

Delib.C.R. 9 luglio 2008, n. 190 ⁽¹⁾.

Piano sanitario regionale - Triennale 2008/2010 ⁽²⁾.

(1) Pubblicata nel B.U. Molise 16 agosto 2008, n. 20, suppl. *ord. n. 1*.

(2) Il Piano sanitario regionale allegato alla presente deliberazione è stato approvato anche dall'*art. 11, comma 1, L.R. 26 novembre 2008, n. 34*.

Il Consiglio regionale

PREMESSO - che l'*articolo 1, comma 274, della legge 23 dicembre 2005, n. 266*, ha posto a carico delle Regioni, nel settore sanitario, obblighi finalizzati a garantire l'equilibrio economico - finanziario ed a prevedere, ove si prospettassero situazioni di squilibrio nelle singole aziende sanitarie, la contestuale presentazione di piani di rientro;

- che l'*articolo 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311*, come integrato dall'*articolo 1, comma 277, della legge 23 dicembre 2005, n. 266*, e dell'*articolo 1, comma 796, lettera e), della legge 27 dicembre 2006, n. 296*, che prevede a carico delle Regioni, nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario cui sono tenute ed ove si prospetti una situazione di squilibrio, l'adozione dei provvedimenti necessari al rispetto del predetto equilibrio;

VISTO il Piano di rientro dal debito sanitario di cui all'accordo stipulato in data 27 marzo 2007 tra il Ministro della Salute, il Ministro dell'Economia e delle Finanze ed il Presidente della Regione Molise;

VISTA la Delib.G.R. 24 ottobre 2007, n. 1249 ad oggetto: "Piano sanitario regionale -Adempimenti del Piano di rientro 2007/2009 - Accordo di cui all'*art. 1, comma 180, della legge n. 311/2004*", con i relativi allegati;

PRESO ATTO che la Quarta commissione permanente, preliminarmente rispetto all'esame del Piano sanitario, ha convocato per le audizioni i soggetti di seguito indicati:

- il 5 novembre 2007 (verbale n. 28): i dirigenti e gli esperti dell'Agenzia servizi sanitari regionali, di Roma;

- il 15 novembre 2007 (verbale n. 30): i presidenti degli ordini dei medici di Campobasso e di Isernia; i presidenti degli ordini dei farmacisti di Campobasso e di Isernia; i presidenti degli ordini dei veterinari di Campobasso e di Isernia; il presidente dell'ordine dei biologi ed il presidente del collegio degli infermieri;

- il 15 novembre 2007 (verbale n. 31): i rappresentanti dell'ANCI, dell'UPI, dell'UNCCEM e delle Comunità montane;

- il 16 novembre 2007 (verbale n. 32): i sindaci dei comuni di: Campobasso, Larino, Isernia, Venafro, Agnone e Termoli; i direttori di zona di Campobasso (Florio), Agnone (Sciulli), Isernia (Gamberale) e Termoli (Giorgetta - commissario straordinario);

- il 16 novembre 2007 (verbale n. 33): i rappresentanti delle seguenti strutture: Villa Maria; Villa Esther; IGEA; e dell'AIOP (Associazione ospedalità privata) e dell'Associazione industriali;

- il 19 novembre 2007 (verbale n. 34): i rappresentanti di: AVIS, AVO, AIDO, ARVAS, AIL, USER, LILT, FRATRES, Cittadinanza attiva, Lega tumori, Croce rossa, Tribunale dei diritti del malato, Comitato malattia ALZHEIMER, ed il prof. Leo Leone;

- il 22 novembre 2007 (verbale n. 35): i rappresentanti sindacali delle categorie interessate (n. 38 sigle);

- il 22 novembre 2007 (verbale n. 36): i rappresentanti di: ADUSBEF, ADICONSUM, ADOC, CONF CONSUMATORI, FEDER CONSUMATORI, LEGA CONSUMATORI, Unione nazionale consumatori, CONF ARTIGIANATO CNA regionale, CONF COMMERCIO regionale, CONF COOPERATIVE regionale, COLDIRETTI regionale, CIA regionale, CONF AGRICOLTURA regionale, CONF ESERCENTI, LEGA Cooperative, CODACONS;

- il 23 novembre 2007 (verbale n. 37): il direttore dell'Istituto NEUROMED;

- il 23 novembre 2007 (verbale n. 37-bis): il direttore dell'Università Cattolica;

- il 23 novembre 2007 (verbale n. 37-ter): il Magnifico rettore dell'Università degli studi del Molise;

- il 18 dicembre 2007 (verbale n. 41): il segretario del SIMET (dr. Colaneri), i responsabili del CUMI (dr. La Vecchia e dr. Crudele), il responsabile regionale del FIMG (dr. Licursi) ed il segretario regionale SNAMI (dr. De Gregorio);

PRESO ATTO altresì che la Quarta commissione permanente ha espresso, nella seduta del 21° gennaio 2008, parere - n. 36 - favorevole all'approvazione del "Piano sanitario regionale - Triennio 2008 - 2010", che del citato parere è parte integrante e sostanziale;

ATTESO che, nella seduta del 3 luglio 2008 (atto n. 186):

- il consigliere Romagnuolo ha svolto la relazione;

- è intervenuto il Presidente della Giunta regionale, Iorio, il quale, tra l'altro, ha annunciato la predisposizione di emendamenti al Piano in discussione;

- il presidente ha quindi disposto il rinvio della trattazione ad altra seduta allo scopo di consentire la valutazione degli emendamenti presentati;

ATTESO che, nella seduta dell'8 luglio 2008 (atto n. 188):

- si è conclusa la discussione generale;

(alle ore 18:49 il presidente Pietracupa si è allontanato dall'aula dichiarando di non partecipare alla votazione ed ha pertanto assunto la presidenza il vicepresidente Picciano)

- l'esame degli emendamenti al "Piano sanitario regionale - Triennio 2008/2010" si è svolto nel modo seguente:

- un emendamento modificativo - a firma del consigliere Romagnuolo - alla pagina 25 del Piano nel testo licenziato dalla Commissione, sul quale interviene dibattito, posto in votazione è approvato a maggioranza;

- un emendamento modificativo - a firma del consigliere Romagnuolo - alla pagina 33 del Piano nel testo licenziato dalla Commissione, posto in votazione è approvato a maggioranza;

- l'esame di un emendamento modificativo - a firma del consigliere Romagnuolo - alla pagina 39 del Piano nel testo licenziato dalla Commissione, è rinviato;

- un emendamento modificativo - a firma del consigliere Romagnuolo - alle pagine 53 e 55 del Piano nel testo licenziato dalla Commissione, posto in votazione è approvato a maggioranza;

- un emendamento modificativo - a firma del consigliere Romagnuolo - alla pagina 81 del Piano nel testo licenziato dalla Commissione, posto in votazione è approvato a maggioranza;

- un emendamento modificativo - a firma del consigliere Romagnuolo - alla pagina 91 del Piano è ritirato dal proponente;

- un emendamento modificativo - a firma del consigliere Romagnuolo - alle pagine 93 e 94 del Piano nel testo licenziato dalla Commissione, posto in votazione è approvato a maggioranza;

- un emendamento modificativo - a firma del consigliere Romagnuolo - alla pagina 99 del Piano nel testo licenziato dalla Commissione, sul quale interviene dibattito, posto in votazione è approvato a maggioranza;

- un emendamento modificativo - a firma del consigliere Romagnuolo - alla pagina 101 del Piano nel testo licenziato dalla Commissione, posto in votazione è approvato a maggioranza;

- un emendamento modificativo - a firma del consigliere Romagnuolo - alla pagina 106 del Piano nel testo licenziato dalla Commissione, posto in votazione è approvato a maggioranza;

- l'esame di un emendamento modificativo - a firma del consigliere Romagnuolo - alla pagina 112 del Piano nel testo licenziato dalla Commissione, udito l'intervento del consigliere Petraroia, è rinviato;

- l'esame di un emendamento modificativo - a firma del consigliere Tamburro - alla pagina 122 del Piano nel testo licenziato dalla Commissione, è rinviato;

- un emendamento modificativo - a firma del consigliere Romagnuolo - alla pagina 123 del Piano nel testo licenziato dalla Commissione, posto in votazione è approvato a maggioranza;

- il vicepresidente Picciano ha quindi disposto la sospensione dell'esame del provvedimento in discussione - allo scopo di consentire la valutazione degli ulteriori emendamenti presentati in aula - per il prosieguo nella seduta del 9 luglio 2008;

Considerato che nell'odierna seduta riprende l'esame del "Piano sanitario regionale - Triennio 2008/2010";

- si dà atto che il presidente Pietracupa ha demandato al vicepresidente di turno il compito di presiedere l'Assemblea e che si è allontanato dall'aula dichiarando di non partecipare alla votazione;

- un emendamento modificativo - a firma del consigliere Romagnuolo - alla pagina 39 del Piano nel testo licenziato dalla Commissione, sul quale interviene dibattito, posto in votazione è approvato a maggioranza;

- un emendamento modificativo - a firma del consigliere Romagnuolo - alla pagina 112 del Piano nel testo licenziato dalla Commissione, sul quale interviene dibattito, posto in votazione è approvato a maggioranza;

- un emendamento - a firma del consigliere Tamburro - aggiuntivo di un paragrafo dopo la pagina 123 del Piano nel testo licenziato dalla Commissione, sul quale interviene dibattito, posto in votazione è approvato a maggioranza;

- il vicepresidente Picciano comunica doversi passare alla discussione degli emendamenti presentati al maxi-emendamento, a firma del consigliere Romagnuolo - contrassegnato con il n. 8 - sostitutivo delle pagine da 124 a 155 del testo licenziato dalla Commissione;

- un emendamento modificativo della pagina 12 dell'emendamento n. 8 - a firma del consigliere Tamburro - sul quale interviene dibattito, posto in votazione è approvato a maggioranza;

- un emendamento modificativo della pagina 13 dell'emendamento n. 8 - a firma del consigliere Tamburro - sul quale interviene dibattito, posto in votazione è approvato a maggioranza;

- un emendamento ulteriormente modificativo della pagina 13 dell'emendamento n. 8 - a firma del consigliere Tamburro - sul quale interviene dibattito, posto in votazione è approvato a maggioranza;

- un emendamento modificativo della pagina 14 dell'emendamento n. 8 - a firma del consigliere Tamburro - sul quale interviene dibattito, posto in votazione è approvato a maggioranza;

- un emendamento modificativo della pagina 19 dell'emendamento n. 8 - a firma dell'assessore Marinelli - sul quale interviene dibattito, posto in votazione è approvato a maggioranza;

- un emendamento modificativo della pagina 27 dell'emendamento n. 8 - a firma del consigliere Tamburro - sul quale interviene dibattito, posto in votazione è approvato a maggioranza;

- un emendamento modificativo della pagina 27 dell'emendamento n. 8 - a firma del consigliere Tamburro - è ritirato dal proponente;

- il consigliere Tamburro presenta un emendamento all'emendamento n. 8 ulteriormente modificativo della pagina 27 - sul quale interviene dibattito, con successiva precisazione del proponente che trattasi di mera applicazione dell'accordo di programma di cui alla Delib.G.R. n. 406/2000; l'emendamento, quindi, posto in votazione, è approvato a maggioranza;

- seguono interventi svolti in sede di programmazione dei lavori dell'Assemblea;

- un emendamento modificativo della pagina 28 dell'emendamento n. 8 - a firma dei consiglieri De Matteis e Romagnuolo - posto in votazione è approvato a maggioranza;

- un emendamento ulteriormente modificativo della pagina 28 dell'emendamento n. 8 - a firma del consigliere Romagnuolo - posto in votazione è approvato a maggioranza;

- il maxiemendamento a firma del consigliere Romagnuolo - contrassegnato con il n. 8 - sostitutivo delle pagine da 124 a 155 del testo licenziato dalla Commissione, sul quale interviene dibattito, posto in votazione è approvato a maggioranza nel testo precedentemente emendato;

- un emendamento aggiuntivo di un paragrafo - a firma del consigliere Tamburro - prima della pagina 156 del Piano, nel testo licenziato dalla Commissione, posto in votazione è approvato all'unanimità;

- un emendamento - a firma del consigliere Romagnuolo - alle tabelle dell'allegato 2 del Piano, nel testo licenziato dalla Commissione, sul quale interviene dibattito, è ritirato dal Presidente della Giunta regionale;

CONSIDERATO che il presidente è autorizzato dall'Assemblea, ai sensi dell'articolo 58 del regolamento interno, al coordinamento formale del testo normativo sia per l'integrazione con gli emendamenti approvati, sia per la correzione delle eventuali incongruenze riscontrate in seguito al lungo iter approvativo del Piano;

UDITI gli interventi svolti in sede di dichiarazione di voto finale (hanno annunciato voto contrario i consiglieri Petrarola, Ottaviano, Natalini, Pangia, Totaro e Romano; hanno annunciato voto favorevole i consiglieri Scarabeo e Niro);

UDITO l'intervento del Presidente della Giunta regionale, Iorio;

a maggioranza dei voti espressi per alzata di mano dai consiglieri presenti in aula

Delibera

di approvare l'allegato «Piano sanitario regionale - Triennio 2008/2010» nel testo modificato in seguito agli emendamenti approvati in aula.

Allegato

Piano sanitario regionale - triennio

2008/2010

PREMESSA - *Un progetto per la salute: il modello molisano*

La Regione Molise si trova, in questa fase, di fronte ad una grande scommessa, che può costituire l'occasione per diventare un laboratorio di buona sanità sostenibile e un modello di tutela della salute della popolazione.

Ha sottoscritto un Piano di rientro per il recupero del deficit economico-finanziario, che la impegna verso i Ministeri della salute e dell'economia nell'adozione di una serie di misure di razionalizzazione e di riequilibrio gestionale, che si muovono sulle direttrici di fondo dell'appropriatezza e dell'economicità.

Una manovra complessa e molto articolata, che prevede atti urgenti ed incalzanti, talora molto incisivi, nella convinzione che si può fare molto per recuperare sprechi e duplicazioni, senza ridurre i servizi sanitari e il livello di tutela della salute, anzi tramite una ricerca ed una definizione di nuove strade per dare risposte appropriate e migliori alla cittadinanza.

Il Piano sanitario regionale costituisce uno degli adempimenti previsti dal Piano di rientro, ma il suo scopo e la sua vision devono andare oltre, avviandosi da una riflessione sul valore del sistema sanitario e sociosanitario molisano e sul grado di risposta che intende dare alla propria popolazione, che risulta davvero di dimensioni contenute: 321.697 abitanti, secondo i dati ISTAT del 1° gennaio 2005, pari allo 0,6 per cento della popolazione italiana.

Un sistema quindi circoscritto ma non per questo meno complesso (anzi con alcuni aspetti di maggiore complessità) che, partendo dalle caratteristiche di vita e di lavoro delle persone, dai bisogni e dalle loro aspettative, mira ad avvicinarsi maggiormente all'obiettivo ideale di tutelare efficacemente il bene "salute", come aspetto fondamentale di qualità della vita, garantendone al contempo la sostenibilità economica.

Una sfida che non può essere raccolta senza un progetto di cambiamento, che deve essere compreso e condiviso nel suo assetto generale, per diventare successivamente analitico e di dettaglio nei diversi ambiti di tutela della salute.

Il progetto che si propone mira a preservare la qualità e le professionalità che il sistema racchiude ma con un diverso orientamento, per pervenire ad una migliore *governance* regionale ed aziendale e superare una visione tuttora fortemente ancorata alla funzione centrale dell'ospedale nella rete dei servizi, operando un diverso equilibrio di attività e risorse tra l'ospedale e il territorio, tra la prevenzione e il sistema dei servizi di cura e riabilitazione.

I dati epidemiologici presentati nello stesso Piano di rientro sostengono fortemente la scelta di pervenire ad un diverso equilibrio tra ospedale e territorio nella rete dei servizi, anche solo guardando a quelli più generali: un contesto quasi esclusivamente montano e collinare (con l'eccezione di una piccola fascia costiera di 38 km); una forte articolazione municipale (136 Comuni) che immediatamente sottende la presenza di una molteplicità di piccoli centri a scarsa densità abitativa; un indice di invecchiamento superiore alla media nazionale (la popolazione con più di 65 anni è pari al 20,92% a fronte del 18,26% del Paese); un conseguente maggior peso della popolazione in età non produttiva (dipendenza strutturale di 54,19% a fronte del 48,21% nazionale, nel periodo 1999-2005).

Questi ed altri dati altrettanto significativi presenti nel piano di rientro (ad esempio disabilità, presenza di famiglie che hanno difficoltà a raggiungere una farmacia, o un pronto soccorso, o la scuola media inferiore), rendono chiaro che il sistema di tutela della salute molisano deve portare i servizi di assistenza primaria più vicini possibile al luogo di vita delle persone, valorizzare e rafforzare il sistema di integrazione tra il sistema sanitario e le municipalità, per rispondere al grande bisogno di salute delle persone fragili e non autosufficienti e per prevenire o allontanare il più possibile le disabilità.

Altri dati chiariscono che le risposte finora offerte sono soprattutto ospedaliere, tra cui la presenza, nella Regione, di un tasso di ospedalizzazione **elevato** e in progressiva crescita, in controtendenza rispetto all'andamento nazionale, con un numero di ricoveri passato da 228,10 per mille abitanti residenti nel 2002 ai **250,41** ricoveri per mille abitanti nel 2005, mentre il limite indicato a livello nazionale è di **180**, di cui il 20% dedicato alle attività a ciclo diurno (day hospital e day surgery). Altri elementi indicano che in diversi ambiti ospedalieri i livelli qualitativi sono un valore da preservare, mentre esistono aree di inappropriata e di duplicazione, anche riferibili all'eccessiva articolazione dei presidi ospedalieri e alla carenza di strutture territoriali.

Questo significa *riorganizzare i servizi ospedalieri*, operando il difficile ma necessario superamento della duplicazione di servizi non solo collegato alla riduzione dei 361 posti letto previsti dal piano di rientro come obbligo normativo per rispettare lo standard nazionale di 4,5 posti letto per mille abitanti, ma sviluppando ulteriormente una più precisa caratterizzazione dei presidi ed operando realmente per una loro collocazione in rete (organizzazione in "rete clinica integrata", ma anche rafforzamento del collegamento ospedale - territorio, ancora sistemi molto separati), nonché collegando le misure di riduzione dei posti letto con un progetto che veda la valorizzazione e la migliore utilizzazione del personale sia all'interno della stessa rete ospedaliera sia sul territorio.

Un Piano che prevede un percorso attuativo, correlato allo sviluppo dei servizi territoriali, con l'obiettivo della razionalizzazione e qualificazione dell'assistenza ospedaliera, mediante lo sviluppo di una *governance* regionale complessiva del sistema ospedaliero, pubblico e privato, anche con strumenti innovativi quali i dipartimenti interaziendali.

In quest'ambito il percorso si avvia dalla graduale unificazione dei livelli ospedalieri per aree omogenee per raggiungere dimensioni ottimali, per quanto riguarda il rapporto costo-benefici e la qualità dell'assistenza, al contempo garantendo - per le discipline interessate a tale processo - una continuità della presenza sul territorio e, dove possibile, anche un potenziamento attraverso lo sviluppo delle équipe professionali operanti su più presidi, con la graduazione della complessità assistenziale sui diversi presidi e con il ricorso alla forma del "five days hospital".

Tutto ciò va accompagnato da un forte potenziamento delle attività erogabili in regime di day hospital e day surgery e specialistico-ambulatoriale, anche nella forma strutturata del "day service".

In questa sede troverà anche sviluppo quanto previsto dal Piano di rientro al punto 11.2 sulla riclassificazione degli ospedali, che indica la necessità di avviare alcuni percorsi, quale quello che mira a pervenire all'accorpamento funzionale in due presidi della rete ospedaliera locale (Termoli-Larino e Venafro-Isernia), in modo da funzionare in modo coordinato e rispondente al bisogno di salute della popolazione. Un percorso da realizzare gradualmente, con un progetto che mira a garantire la qualità dei servizi al cittadino e la professionalità degli operatori.

Per quanto riguarda i poli di alta specialità presenti sul territorio regionale, va tenuto presente che gli stessi rispondono a bacini di utenza a carattere interregionale e che, pertanto, presentano elementi di criticità in relazione alla contenuta dimensione geografica del Molise. Occorre, quindi,

dimensionarne le attività agli effettivi fabbisogni attesi per la popolazione molisana, arricchite dalla capacità di attrazione di pazienti provenienti da altre Regioni, attuale e prospettica. Occorre, inoltre, ridurre gli apporti di tali centri per le attività di base già garantite dagli ospedali a gestione diretta dell'ASREM, e mantenere o anche sviluppare, quando necessario, le attività di alta specializzazione garantendo l'integrazione nella rete pubblica mediante il sistema *"hub and spoke"*.

Nell'ambito ospedaliero, poi, trova sicuramente spazio la ricerca clinica, che costituisce una prerogativa del sistema sanitario nel suo complesso e della recente facoltà di Medicina e Chirurgia molisana, al fine di trasferire in tempi rapidi i risultati della ricerca scientifica nella pratica clinica, previa valutazione dell'impatto complessivo e dell'efficacia dei trattamenti.

Lo sviluppo della Facoltà di Medicina e Chirurgia renderà anche possibile la costituzione dell'Azienda Ospedaliera Universitaria, mediante scorporo dell'Ospedale "A. Cardarelli" di Campobasso, come previsto dall'*art. 13 della L.R. n. 9 del 2005*, da realizzare con il coinvolgimento delle realtà scientifiche e professionali presenti nella Regione.

In particolare, per evitare l'aumento dei costi e il presentarsi di fenomeni di inefficienza o sovrapposizione di attività, l'Azienda ospedaliera stipulerà accordi di collaborazione ed integrazione con l'IRCCS "Neuromed" e con il Centro di ricerca biomedica dell'Università Cattolica del Sacro Cuore, al fine di utilizzare, per la ricerca, la didattica e l'assistenza, le attività in esse già presenti.

Questo progetto significa, inoltre, prevedere e rafforzare realmente il Distretto, per creare un "Distretto forte", secondo il modello previsto dal *D.Lgs. 229/99*, e renderlo una realtà sufficientemente ampia da poter governare una serie di percorsi di cura al di fuori dell'ospedale (per questo è necessario un ambito territoriale di 50-60.000 abitanti) e anche in grado di programmare gli interventi unitariamente alla più grande risorsa dei cittadini al livello locale, ossia i Comuni, in ambito associato.

Per semplificare questa unitarietà di programmazione e anche per avere un interlocutore del distretto altrettanto forte, si mira ad identificare gli "ambiti sociali comunali" previsti dalla *Legge n. 328/2000* con gli assetti comunali coincidenti con il territorio del Distretto (7 Distretti e 7 Ambiti sociali). Inoltre, dovrà essere ridisegnata la rete dei servizi territoriali, identificando i maggiori bisogni e prevedendo pertanto le priorità di potenziamento dei servizi.

Non meno importante è lo sviluppo delle attività di prevenzione e promozione della salute, un ambito che ha, se correttamente programmato, il maggiore rapporto tra costo e benefici, ma che richiede la capacità di far partecipi dei progetti anche settori non sanitari, come il mondo della scuola, dell'imprenditoria, della comunicazione. Inoltre, accanto alla prevenzione primaria, vanno incentivate le iniziative di prevenzione secondaria e terziaria, ad esempio per evitare fenomeni di malnutrizione ospedaliera e territoriale in particolare delle persone anziane fragili, o ancora nell'ambito delle infezioni ospedaliere.

Questa è una vera e propria sfida, che si può accettare solo se il progetto è condiviso, partendo dagli stessi professionisti, in quanto richiede non un mero rafforzamento o realizzazione di qualche struttura, ma prima di tutto la conquista della fiducia dei cittadini sulla qualità di una risposta sanitaria non più solo ospedaliera.

Si mira anche ad una diversa *governance* del Servizio sanitario regionale, sviluppando ulteriormente il disegno di riforma avviato dalla *Legge regionale n. 9 del 2005* che ha costituito un'Azienda sanitaria unica per l'intero territorio, superando le precedenti 4 aziende, di cui una rappresentava da tempo la più piccola ASL d'Italia. Il modello ha previsto, come strumento per

facilitare il processo di rinnovamento, un'articolazione del territorio in due livelli: la zona territoriale, corrispondente al territorio delle 4 precedenti Aziende sanitarie locali, e il Distretto. Ha, inoltre, previsto diversi livelli intermedi di azione, tramite un'articolata rete di dipartimenti aziendali e zonali. In tale ottica dovrà essere previsto un intervento di rafforzamento della struttura amministrativa regionale preposta alla gestione del Piano ed alla programmazione sanitaria che nella fase attuale, ha visto un ampliamento del ruolo di *governance* attribuito alla ASREM che dovrà invece essere rivolto, in particolare, al coordinamento e supporto di tutte le azioni attinenti la valutazione e il miglioramento della qualità. Il processo di rafforzamento del ruolo di *governance* della Regione integrato dalle funzioni dell'ASREM finalizzate alla messa a regime dei distretti "forti", ridotti numericamente, consentirà di ripensare l'attuale articolazione del processo decisionale su tre livelli (azienda, zona e distretto), al fine di rendere tale processo più agevole nel rispetto del ruolo di programmazione della Regione.

Nell'ambito aziendale vanno collocati i dipartimenti, che devono essere strategici riportando ad unitarietà il governo dei diversi ambiti di tutela, quale il sistema della prevenzione e promozione della salute, quello della salute mentale e dell'assetto ospedaliero per disciplina.

Al contempo occorre rafforzare, sulla base del principio di sussidiarietà, la programmazione e gestione dei servizi ad un livello locale, ed in particolare il livello distrettuale come unico livello di governo dei servizi sanitari e sociosanitari territoriali. L'unificazione consente non solo di superare sovrapposizioni e confusioni di ruolo, ma soprattutto di evitare un indebolimento delle funzioni territoriali che invece la Regione considera strategiche per lo sviluppo del Servizio sanitario regionale.

L'unico livello di governo locale svolgerà le seguenti funzioni:

- la programmazione dell'offerta sanitaria e sociosanitaria sul proprio territorio, effettuata in accordo con la Conferenza dei Sindaci e l'ASREM;
- il governo della rete dei servizi territoriali;
- la rilevazione, l'orientamento e la valutazione della domanda sociale e sanitaria;
- la promozione di azioni di governo integrato del territorio secondo obiettivi di salute, utilizzando lo strumento dei programmi delle attività territoriali (veri e propri Piani locali di salute).

Non ultimo, si pone il problema della sostenibilità economica di un Piano sanitario regionale che mira non solo a razionalizzare, ma anche riorganizzare attività e sviluppare servizi che risultano carenti, soprattutto nell'area territoriale e della prevenzione.

La situazione finanziaria regionale risulta particolarmente critica e richiede una profonda ristrutturazione del sistema sanitario. La direzione è chiaramente indicata dal confronto dei dati regionali con quelli nazionali rispetto ai tre macro-livelli di assistenza sanitaria: l'assistenza ospedaliera è cresciuta dal **48,9%** nell'anno 2002 al **55%** nel 2005; di converso l'assistenza distrettuale è scesa dal 46% al 40%), a fronte di un dato nazionale del 50%, come risulta dalla seguente tabella.

	2002		2004		2005	
LIVELLI ESSENZIALI	ITALIA	MOLISE	ITALIA	MOLISE	ITALIA	MOLISE

DI ASSISTENZA						
Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro	3,87	5,21	4,01	5,06	4,22	4,84
Assistenza distrettuale	49,54	45,89	49,66	43,65	49,55	40,00
Assistenza ospedaliera	46,59	48,90	47,51	51,29	46,23	55,16

La difficoltà di rendere operativo il riequilibrio delle aree assistenziali del servizio sanitario molisano consiste, sostanzialmente, nel contrarre la rete ospedaliera e nello sviluppare, contestualmente, i servizi territoriali. Le due azioni sono strettamente interconnesse, ma occorre perseguirle non solo in assenza di risorse aggiuntive, ma addirittura in presenza di una riduzione complessiva delle risorse disponibili. Ciò vuol dire che il sistema deve recuperare risorse utili al potenziamento dei servizi territoriali attraverso il contenimento dei costi per le attività ospedaliere, che - in tal senso - devono ridursi in misura maggiore del deficit complessivo attualmente presente nel sistema sanitario molisano.

Il percorso così delineato non è affatto semplice né può produrre esiti immediati; il Piano sanitario ne delinea obiettivi e strumenti, coerenti con le prescrizioni del Piano di rientro, con la consapevolezza che solo un attento monitoraggio delle azioni poste realmente in essere, sia in ambito ospedaliero che territoriale, potrà consentire di accorciare i tempi di realizzazione, senza diminuire il livello di tutela della salute della popolazione.

È sicuramente necessario avviare interventi di tipo strutturale, in particolare nell'area ospedaliera e specialistica, per ricondurre gradualmente il sistema sanitario regionale nell'ambito del riequilibrio finanziario, che sta producendo un deficit di circa 90 milioni di euro annui, oltre ad un significativo debito pregresso. Rispetto a questa situazione il Piano di rientro ha previsto incisivi interventi di cui il Piano sanitario regionale non può non tener conto.

L'intervento strutturale nell'area ospedaliera, oltre a contribuire alla riduzione del deficit, consentirà di liberare risorse, umane e finanziarie, per lo sviluppo delle attività territoriali, oggi carenti.

Le risorse integrative assegnate dallo Stato alla Regione per la gestione del Piano di rientro e derivanti dalle tassazioni addizionali, devono consentire lo sviluppo del processo di riordino funzionale e, conseguentemente, di riallocazione delle risorse, riducendo al minimo la fase di sovrapposizione dei costi delle nuove attività da potenziare e dei costi connessi ai servizi da ridimensionare.

I progetti del Piano sanitario si avvieranno, pertanto, sulla base delle risorse effettivamente assegnate al sistema sanitario nel triennio di riferimento (con un monitoraggio rilevabile dai conti economici trimestrali, a partire dal secondo trimestre 2007) e troveranno sviluppo, per quanto riguarda gli aspetti di investimento strutturale e tecnologico, nell'ambito del programma straordinario di investimenti in sanità di cui all'*articolo 20 della legge n. 67 del 1988* che sarà approvato dalla giunta regionale coerentemente ed in conformità al presente Piano nonché nell'ambito dei fondi strutturali europei per la quota prevista per la Regione Molise.

In conclusione, il presente Piano:

- delinea un percorso di rinnovamento del Servizio sanitario regionale, che per molti aspetti non potrà esaurirsi nel 2010, ma che si pone l'obiettivo di realizzare nel triennio almeno un'inversione di tendenza verso i traguardi strategici che il Piano indica.

- si colloca in una situazione critica da un punto di vista della sostenibilità finanziaria, che rende urgente orientare il cambiamento del sistema verso il riequilibrio tra i livelli di assistenza, con riconversione di attività e di risorse dall'ospedale al territorio e alla prevenzione, per coniugare tutela della salute con economicità ed efficienza dei servizi.

- si occupa della *governance* del sistema, prevedendo obiettivi di sviluppo del processo di rinnovamento del Servizio sanitario regionale avviato con la *legge regionale 1° aprile 2005, n. 9*. L'obiettivo è conferire alla ASREM più esplicitamente il ruolo di governo e di tutela dei LEA e semplificare i livelli di governo del sistema sanitario regionale, impegnando la Giunta regionale a proporre, entro la fine del triennio di vigenza del Piano, una modifica legislativa.

- sceglie di articolare il livello programmatico regionale su due livelli rispetto ad alcuni ambiti prioritari (quali rete ospedaliera, riabilitazione, residenzialità territoriale): il Piano contiene le indicazioni strategiche; la Giunta regionale è impegnata ad implementare tali obiettivi con allegati tecnici e programmi operativi, che devono essere adottati entro tempi definiti dal presente Piano Sanitario anche attraverso specifici procedimenti e strutture regionali preposte così come peraltro previsto dall'obiettivo n. 18 del Piano di Rientro.

- contiene indicazioni strategiche, non di "dettaglio"; è ormai diffusa la consapevolezza che il percorso programmatico non è "a cascata", ma è a costruzione progressiva, in cui ogni tappa è frutto di livelli istituzionali con forza autonoma, che arricchiscono i programmi di scelte e di indicazioni, che non possono considerarsi solo "attuativi". Questa impostazione comporta la valorizzazione degli strumenti programmatici aziendali e locali (Piano attuativo locale della ASREM e Programma delle attività territoriali del Distretto, in collegamento con il Piano di zona comunale), per definire programmi di azione specifici e legati alle risorse della collettività.

- segue un approccio differenziale, ossia non illustra l'universo della sanità molisana ma individua le aree strategiche e le problematiche su cui intende convergere i maggiori sforzi nel cambiamento nel prossimo triennio. È peraltro pacifico che il Servizio sanitario regionale non trascurerà gli ambiti che non trovano esplicitazione diretta o menzione specifica nel Piano.

- individua sia obiettivi di salute che obiettivi di riorganizzazione dei servizi finalizzati a garantire i livelli essenziali di assistenza alla popolazione. In quest'ambito individua obiettivi di potenziamento dei servizi soprattutto nelle aree territoriali di prevenzione, che sono le aree dove l'investimento di risorse e di sviluppo dei servizi riscontra i maggiori ritardi. Questi interventi, qualora richiedano ingenti risorse non identificate (ad esempio nell'ambito del programma di investimenti in sanità ex art. 20 della L. n. 67 del 1988), si potranno realizzare una volta perseguiti gli obiettivi intermedi di razionalizzazione, soprattutto del macrolivello ospedaliero e dell'assistenza riabilitativa extraospedaliera.

- conferma e rispetta gli impegni assunti dalla Regione nel programma operativo 2007-2009 stipulato il 27 marzo 2007 con il Ministero della salute e delle Finanze (ed. "Piano di rientro"), come traiettoria per la razionalizzazione dei servizi e la lotta agli sprechi, senza diminuire i livelli di tutela della salute della popolazione. In alcuni casi i provvedimenti saranno suscettibili di successivi aggiornamenti o di nuovi indirizzi (lo stesso "Atto aziendale ASREM" potrà essere ridefinito in seguito alle indicazioni del PSR).

- tiene conto dell'apporto dell'Università del Molise, in particolare della Facoltà di Medicina e Chirurgia, e dei due centri di alta specializzazione operanti in ambito regionale.

- tiene conto anche degli obiettivi e dei programmi delineati dal precedente Piano sanitario regionale 1997-1999 (approvato con Delib.C.R. 30 dicembre 1996, n. 505) per gli aspetti che tuttora sono attuali, pur nel nuovo assetto del servizio sanitario regionale, ed in particolare il riequilibrio delle funzioni ospedaliera e territoriale.

In sintesi:

Assi strategici di cambiamento Verso quali obiettivi

Innovazione organizzativa del sistema	del pervenire ad una migliore governance e semplificazione istituzionale dei livelli di governo aziendale e locale per rafforzarne le competenze e responsabilità con sviluppo del modello di aziendalizzazione previsto dalla L.R. n. 9 del 2005
---------------------------------------	---

Riequilibrio tra i LEA	garantire ai cittadini risposte diversificate ed appropriate nell'ambito dei Livelli assistenziali di assistenza, tramite un percorso di riconversione di attività e risorse dall'ospedale al territorio e alla prevenzione
------------------------	---

Controllo direzionale	Operare un controllo quali-quantitativo delle attività e della spesa sostenuta, tramite un preciso sistema direzionale di monitoraggio e controllo specificamente previsto.
-----------------------	---

Potenziamento dell'attività di prevenzione e orientamento verso obiettivi prioritari	Migliorare la tutela della salute della popolazione sana e a rischio, in particolare in tema di malattie cardiovascolari, obesità, diabete, infortuni sul lavoro, incidenti domestici, incidenti stradali, vaccinazioni, screening oncologici (collo dell'utero, mammella e colon retto). Il perseguimento di questi obiettivi costituisce investimento per la società in quanto ne favorisce la crescita e lo sviluppo.
--	--

Potenziamento dell'assistenza territoriale in termini di offerta lungo decorso o cronica e di preservare l'ambito di autonomia (risorse) e di orientamento possibile, migliorandone la qualità di vita.	
---	--

dell'attività verso obiettivi prioritari

Capacità del distretto di essere proattivo, operare in forma integrata con il sistema delle cure primarie e l'area socio-assistenziale

Definizione di un percorso di potenziamento e/o adeguamento dei servizi territoriali e della loro integrazione in rete.

Riorganizzazione della rete ospedaliera e sviluppo di una rete integrata	Pervenire ad una rete ospedaliera qualificata, governando in rete tutti i presidi, pubblici e privati accreditati, gestendo in modo integrato quelli che operano nella stessa zona, operando per evitare duplicazioni di servizi, perseguendo la soddisfazione degli utenti, il governo clinico, l'interdipendenza dei nodi della
--	---

rete, l'appropriatezza clinica ed organizzativa.

Parte prima

Principi ed obiettivi di salute

1 I principi, i valori di riferimento e gli obiettivi di salute prioritari

Il presente Piano sanitario regionale ha l'ambizione di porsi come un progetto per la salute costruito per i cittadini, al fine di offrire loro un miglioramento della tutela della salute.

Si ritiene, pertanto, fondamentale, esplicitare il sistema dei valori e dei principi di riferimento, che improntano le scelte di Piano e devono costituire un riferimento costante per le politiche sanitarie ed i programmi di attuazione.

Il sistema dei valori e dei principi cui il sistema sanitario molisano fa riferimento, in attuazione dell'art. 32 della Costituzione sul diritto alla tutela della salute e in coerenza con le strategie dell'OMS "la salute per tutti nel XXI secolo", sono i seguenti:

- **Universalità, uguaglianza e solidarietà** come principi fondanti del Servizio sanitario nazionale. Il sistema si impegna a garantire a tutti i cittadini le garanzie comprese nei livelli essenziali di assistenza (*universalità delle garanzie*) e a perseguire la parità di accesso ai servizi sanitari per tutti i cittadini proporzionalmente ai loro bisogni ed indipendentemente da luogo, età, genere, etnia, religione e classe sociale di appartenenza (*equità*). A tal fine il sistema deve tener conto delle specificità demografiche e territoriali, in particolare nelle aree disagiate e montane e deve **impegnarsi a ridurre le disuguaglianze di salute e a migliorare la competenza dei servizi ad accogliere i cittadini sulla base delle loro esigenze** (equità sostanziale). Inoltre il Sistema sanitario si basa sulla *solidarietà*, sia come valore generale del rapporto tra le persone, sia come principio finanziario secondo cui ogni cittadino è tenuto a partecipare ai costi della sanità in base al proprio reddito e ha diritto a fruire dei servizi in ragione dei propri bisogni.

- **Centralità del cittadino** - La centralità del cittadino, che impronta tutto il Piano sanitario regionale, risulta più evidente nell'ambito delle patologie croniche, che costituiscono una sfida sanitaria prioritaria nella Regione, come a livello nazionale ed internazionale. Inoltre il sistema si impegna a migliorare la conoscenza dei bisogni della persona sui quali fondare le risposte assistenziali.

- **Libertà**: la persona e i bisogni dei singoli e delle famiglie sono difesi e valorizzati; le libertà di scelta sono pienamente tutelate. La programmazione delle attività si basa sull'analisi dei bisogni.

- **Responsabilità collettiva**: la titolarità della tutela della salute è dell'intera comunità, che se ne assume l'onere attraverso il ruolo determinante della programmazione regionale e locale.

- **Attenzione ai più deboli**: il servizio sanitario presta particolare attenzione ai bisogni dei soggetti più deboli (bambini, anziani, disabili fisici e psichici, persone in difficoltà economica). Rappresentano altresì priorità di tutela i bisogni di salute della donna e quelli inerenti il lavoro.

- **Centralità del territorio:** il territorio nelle sue comunità politiche, organizzative e gestionali, costituisce il centro del sistema anche nell'ottica della molteplicità dei soggetti "produttori di salute".

- **Approccio integrato:** gli obiettivi di salute si perseguono con l'apporto integrato di tutti i soggetti pubblici e privati; la sanità deve integrarsi con gli altri livelli istituzionali sulla base di obiettivi di salute.

- **Sostenibilità:** le scelte sono improntate alla sostenibilità economica e sociale, nell'ottica del massimo impatto in termini di salute. Il controllo della spesa è attuato attraverso la valorizzazione della appropriatezza e degli interventi più efficaci per tutti. La difesa dell'universalità e della qualità comportano un approccio basato sulle priorità nell'ambito della definizione dei livelli di assistenza; risparmiare sul superfluo è il modo per garantire in tempo a tutti ciò che è effettivamente utile.

- **Partecipazione:** i cittadini sono soggetti attivi delle decisioni in tema di salute; affinché la loro partecipazione sia sostanziale è necessario promuovere lo sviluppo della loro competenza per una scelta libera e consapevole dei comportamenti, dei servizi e delle cure. Il Sistema favorisce la partecipazione adottando idonei processi di comunicazione con l'utenza ed un'adeguata informazione.

Nell'assetto aziendale si aggiungono i valori guida per una pratica professionale orientata al cittadino-fruttoro del servizio: *trasparenza, efficacia ed appropriatezza, affidabilità, sicurezza, efficienza gestionale ed organizzativa*. Elementi cruciali di tale atteggiamento sono l'ascolto, l'informazione, lo stimolo alle informazioni di ritorno, la ricerca del consenso e della fiducia delle persone, l'esplicitazione delle scelte e la chiarezza delle attese reciproche.

Sulla base di questi principi, il Piano sanitario regionale intende **valorizzare le progettualità** in sede aziendale e locale, all'interno di regole certe, in modo che la sperimentazione di "buone pratiche" possano essere messe a disposizione dell'intero sistema. Promuove, inoltre, la **flessibilità dei modelli organizzativi ed operativi**, per adattarsi adeguatamente all'evoluzione della domanda e all'innovazione tecnologica.

Alcune iniziative progettuali risultano già finanziate dalla Regione e validamente attuate in sede locale, quali:

- *“Progetto dalla parte dell'utente”*,

- *Progetto “Tutela della fragilità - promozione e sviluppo potenzialità, crescita personale ed integrazione”*,

- *Progetto “Salute senza frontiere” a tutela delle persone immigrate.*

Si tratta di progetti finalizzati alla introduzione di attività, funzioni, servizi e impiego di tecnologie relative a processi operativi che consentono di mettere in atto nuove modalità di semplificazione degli adempimenti dei cittadini, di miglioramento dell'informazione, di rilevamento dei bisogni, per rafforzare le finalità istituzionali e meglio orientare l'utente soprattutto in quei settori nei quali esistono situazioni particolarmente negative, arretrate e comunque gravose per il cittadino.

Gli obiettivi di salute costituiscono uno sviluppo di quelli indicati dal PSN 2006-2008 e sono delineati sulla base delle conoscenze disponibili sui bisogni specifici della popolazione molisana,

delle principali patologie causa di disabilità e morte evitabili nella popolazione e tenendo conto delle potenzialità delle comunità locali e della fattibilità degli interventi.

Gli obiettivi di salute si realizzano primariamente a livello delle comunità locali, dove la popolazione esprime i suoi bisogni e la sua domanda di intervento. I soggetti che prioritariamente se ne fanno carico sono le autorità locali, insieme con le articolazioni locali dell'unica azienda sanitaria regionale e con le componenti della società civile, che intervengono e partecipano, in modo integrato, alle scelte ed ai processi d'erogazione di servizi.

Gli strumenti essenziali di programmazione per il perseguimento di obiettivi di salute sono costituiti dal **Piano attuativo locale** dell'ASREM e dai **Programmi delle attività territoriali** dei Distretti, coordinati con i *Piani di zona* dei Comuni associati negli ambiti sociali.

Obiettivi di salute prioritari (dal PSN 2006-08):

1. Ridurre le disuguaglianze di salute e migliorare la competenza dei Servizi ad accogliere i cittadini sulla base delle loro esigenze;
2. Promuovere politiche intersettoriali per la sicurezza e la salute (stili di vita; lavoro e salute; ambiente e salute)
3. Contrastare le principali patologie: tumori, malattie cardiovascolari, diabete e malattie respiratorie;
4. Promuovere il percorso nascita e lo sviluppo sano del *bambino (la salute nelle prime fasi di vita, infanzia e adolescenza)*, tenendo conto che il PSN 2006-08 indica la necessità di ridefinire la rete ospedaliera pediatrica, anche per i punti nascita rispetto ai quali "500 parti all'anno dovrebbe essere considerato lo standard minimo".
5. La salute della popolazione anziana: prevenire o ritardare la disabilità con appositi programmi ed ampliare la rete dei servizi;
6. Il controllo del dolore come diritto della persona.

Gli obiettivi strumentali, di riorganizzazione dei servizi, sono volti a riqualificare il sistema e a riequilibrare attività e risorse tra i livelli essenziali di assistenza e sono ripresi nei capitoli successivi.

Altri obiettivi considerati prioritari sono trattati in capitoli successivi, quale "la partecipazione dei cittadini alla cura e al sistema dei servizi"; "l'integrazione sociosanitaria"; "il contenimento dei tempi di attesa come parte strutturale dei LEA".

1.1 Equità nell'accesso ai servizi.

L'equità nella tutela della salute è un obiettivo tendenziale e fondamentale per il sistema sanitario, che riguarda diversi aspetti e prima di tutto la garanzia dell'accessibilità alle prestazioni appropriate da parte di tutti i cittadini.

In un concetto più ampio, garantire gli stessi diritti di salute a tutti i cittadini comporta la definizione esplicita delle priorità di salute (per evitare che sia il criterio dell'economicità la scriminante della tutela), ma anche la diffusione della qualità su tutto il territorio, la garanzia della tempestività delle risposte in relazione al bisogno da soddisfare.

In altri termini, operare per garantire l'equità significa assicurare ai cittadini l'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza sul territorio in condizioni di appropriatezza, tempestività, sicurezza e qualità.

A questo proposito vi sono innumerevoli dimostrazioni epidemiologiche che evidenziano la rilevanza del fenomeno e la sua dimensione di grande attualità, soprattutto nei Paesi industrializzati dove la speranza di vita media è direttamente correlata alle differenze di reddito tra classi sociali, indipendentemente dal tipo di sistema sanitario adottato.

A livello nazionale la recente indagine multiscopo ISTAT pubblicata nel marzo 2007, "**Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari**", conferma la presenza di disuguaglianze di salute associate al livello di istruzione per tutte le fasce di età della popolazione. Il basso livello socioeconomico dovuto al titolo di studio condiziona negativamente lo stato di salute, sia in termini di salute percepita che di prevalenza di patologie croniche. Dalle valutazioni soggettive (condizione di salute percepita) ed oggettive (indice di stato fisico, psicologico, presenza di patologie croniche, disabilità, indice di stato mentale) sulla salute della popolazione italiana si osserva che le persone meno istruite presentano un peggioramento della propria condizione individuale.

Le variabili socio-economiche influenzano anche un diverso ricorso ai servizi e la possibilità di ottenere prestazioni sanitarie qualitativamente elevate.

Porsi l'obiettivo di ridurre le disuguaglianze significa affrontare le difficoltà delle persone più fragili, socialmente o per presenza di disabilità, ad accedere ai servizi (primari e specialistici); significa anche promuovere le migliori pratiche e diffonderle la qualità dei servizi nei diversi territori.

Significa anche ampliare i servizi di accoglienza degli stranieri immigrati e migliorare la tutela delle persone in situazioni di diversa difficoltà, quale le fasce sociali emarginate e i detenuti; significa anche garantire ai cittadini una scelta consapevole sulle modalità di tutela della sua salute.

Non ultimo, significa assicurare gli interventi necessari in ogni ambito territoriale, realizzando i servizi di assistenza primaria e assicurando un efficace sistema di emergenza -urgenza nei casi di necessità di servizi specialistici non presenti in loco.

Un obiettivo che il Piano persegue, come linea di fondo, in ogni sua parte, ma che si fonda su alcuni strumenti prioritari, tra cui:

- la produzione e l'implementazione di **linee guida cliniche e percorsi diagnostico-terapeutici**;
- la realizzazione di una **Porta Unica di Accesso alla rete dei servizi** nell'ambito del Distretto per facilitare l'accoglienza e la presa in carico dei cittadini più fragili o non autosufficienti;
- azioni specifiche di **contrasto del fenomeno di "ageism"** (discriminazione dei più anziani nelle cure), e di **disuguaglianze derivanti dalla condizione di fragilità e dipendenza**;

- semplificazione delle **procedure** di **prenotazione** delle prestazioni specialistiche ambulatoriali/diagnostiche per le categorie svantaggiate (anziani soli di età >65 anni, disabili e persone con patologie psichiatriche, immigrati a basso livello di integrazione);

- adesione della Regione Molise alla Rete Nazionale "Osservatorio Disuguaglianze Salute" in fase di costituzione nell'ambito del progetto promosso e finanziato dal Ministero della salute, Centro Controllo delle Malattie (CCM). L'adesione coinvolgerà specificamente l'Assessorato alle Politiche sanitarie e l'Assessorato alle Politiche Sociali.

Lo sviluppo di questi interventi è individuato nei diversi paragrafi del Piano sanitario regionale; di seguito si riportano, in sintesi, le azioni e i principali strumenti da attivare o potenziare per ridurre le disuguaglianze di accesso ai servizi.

Obiettivo: ridurre le disuguaglianze di salute

Azioni prioritarie	Strumenti principali:
<p>- Nella prevenzione Valorizzare le attività di prevenzione efficaci; Facilitare l'accesso ai programmi di prevenzione primaria e secondaria per le persone più deboli; socialmente o per presenza di disabilità (es. malnutrizione dell'anziano fragile).</p> <p>- Nella diagnosi e nelle cure Valorizzare le cure di provata efficacia; perseguire la qualità, anche attraverso il processo di accreditamento; implementare linee guida; interventi specifici per gruppi con particolari bisogni, fra i quali le donne in gravidanza e gli stranieri</p> <p>Nelle fasi terminali della vita Valorizzare ed estendere le cure domiciliari; ampliare l'accessibilità della terapia del dolore e delle cure palliative.</p>	<p>Realizzazione di un Porta unica di accesso alla rete dei servizi, nel Distretto</p> <p>Attivazione di linee guida cliniche e di percorsi di cura ospedale - territorio</p> <p>Promozione delle best practice</p> <p>Realizzazione di azioni specifiche di contrasto del fenomeni di "ageism" (discriminazione dei più anziani nelle cure), e di disuguaglianze derivanti dalla condizione di fragilità e dipendenza</p> <p>Adesione all'Osservatorio Nazionale Disuguaglianze Salute</p>

1.2 Salute e sicurezza (stili di vita e salute; lavoro e salute; ambiente e salute) e la priorità della sicurezza sui luoghi di lavoro

Negli anni si sono susseguite sempre più numerose evidenze scientifiche sulla responsabilità di diete non corrette e di carenza dell'esercizio fisico regolare nell'incremento cospicuo dell'incidenza delle malattie croniche registrato in questi decenni.

Ancora, si stanno ripetendo studi che dimostrano l'efficacia di programmi, spesso a basso costo, che coinvolgono la comunità locale nel prevenire patologie legate all'alimentazione anche in età anziana o nel diminuire la possibilità di recidive, in particolare delle malattie cardiovascolari.

Malgrado queste evidenze, che dimostrano che la prevenzione, se correttamente programmata, ha il miglior rapporto costo-beneficio, si è ancora lontani da una vera cultura di promozione della salute diffusa sul territorio, e rimangono radicate convinzioni ed abitudini alimentari e di vita su cui sembra difficile incidere.

Si richiamano in quest'ambito le strategie per la promozione della salute descritte nella Carta di Bangkok (OMS 2005), con queste azioni prioritarie:

- a) sostenere la causa della salute basandosi sui diritti umani e la solidarietà;
- b) investire in politiche, azioni e infrastrutture sostenibili per indirizzare i determinanti della salute;
- c) creare competenze per lo sviluppo politico, la capacità di guida, la pratica della promozione della salute, la diffusione delle conoscenze, la ricerca e l'alfabetizzazione sanitaria;
- d) regolare e legiferare per assicurare un alto livello di sicurezza e protezione da ogni causa di danno alla salute e permettere uguali opportunità di salute e benessere per tutti;
- e) associarsi e costruire alleanze tra il settore pubblico, quello privato, le organizzazioni non governative e la società civile per creare azioni sostenibili. Ciò richiede un riconoscimento delle differenze culturali e di processo che esistono tra le varie organizzazioni allo scopo di ottenere una migliore comprensione reciproca.

Oltre al Piano Nazionale della Prevenzione, il Ministero della Salute ha partecipato alla definizione di una strategia europea di contrasto all'obesità, approvata il 15 novembre 2006 ad Istanbul, e ha recentemente approvato il Programma **"Guadagnare Salute - Rendere facili le scelte salutari"** (DPCM 4 maggio 2007).

Un impegno nazionale rivolto a coordinare, in una strategia complessiva, gli interventi di contrasto dei principali fattori di rischio, con un approccio non solo verso gli aspetti sanitari ma anche sulle implicazioni ambientali, sociali ed economiche, che richiede la condivisione degli obiettivi da parte degli attori coinvolti (Amministrazioni centrali e regionali, Enti locali, settori privati).

In relazione a queste indicazioni e alle esigenze della Regione Molise, la Regione si impegna nel triennio a:

■ **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).

■ **Attivarsi sugli stili di vita**, con azioni programmate sui quattro principali fattori di rischio (*fumo, alcol, scorretta alimentazione ed inattività fisica*) in gran parte modificabili e nei quali è possibile identificare con certezza i principali determinanti delle malattie croniche più frequenti nel nostro Paese sono ben conosciuti ed è evidente che la mancata azione su di essi comporta un aumento di morti premature e di malattie evitabili. È obiettivo prioritario nel triennio:

- attuare ed implementare gli interventi sulla prevenzione e cura dell'obesità e gestione integrata del diabete previsti dal piano regionale di prevenzione regionale (Delib.G.R. 3 agosto 2005, n. 1107 e Delib.G.R. 19 giugno 2006, n. 826).

- attivare interventi di prevenzione nutrizionale per favorire stili di vita sani, sulla popolazione generale, anche utilizzando tecniche di marketing sociale;

- promuovere l'allattamento al seno e l'adozione di una corretta alimentazione complementare (con relativa formazione del personale sanitario sull'educazione alimentare alle donne in gravidanza);

- effettuare attività educative su nutrizione, educazione al gusto ed educazione motoria in età scolare (Interventi sui capitolati d'appalto per migliorare la qualità nutrizionale nelle scuole e nei posti di lavoro; interventi di educazione al gusto, educazione motoria e di orientamento ai consumi per favorire la scelta di alimenti salutari; pianificazione ed esecuzione di indagini sulla qualità nutrizionale dei menù di strutture sanitarie e socio-assistenziali; sperimentazione di certificazione di qualità per pubblici esercizi sulla base di criteri, condivisi con Comune, Associazioni di categoria ed Associazioni Consumatori, inerenti la qualità nutrizionale degli alimenti somministrati);

- prevedere interventi di prevenzione secondaria su rischi specifici, quali la malnutrizione dell'anziano fragile o non autosufficiente.

Proseguire le attività per la sicurezza sui luoghi di lavoro:

Per quanto riguarda il tema degli *infortuni sul lavoro*, la regione Molise mostra un trend positivo, con una riduzione dei casi totali denunciati da 4.363 nell'anno 2005 a 4.127 nell'anno 2006. Si evidenzia, quindi, una diminuzione dei casi dell'5,4%, contro una media nazionale, sempre con tendenza verso la diminuzione, del -1,3%.

■ Stesso andamento mostrano i dati relativi agli *infortuni mortali sul lavoro*, con una riduzione dei casi totali denunciati da 12 nell'anno 2005 a 9 nell'anno 2006. Si assiste, quindi, ad una diminuzione dei casi totali dell'25%, contro una media nazionale in crescita del 2,2%. L'incidenza di infortuni sul lavoro nella Regione Molise mostra un trend positivo, come risulta dalla tabella allegata:

Infortuni sul lavoro avvenuti negli anni 2005-2006 per gestione

	Agricoltura		Industria e servizi		Dip.nti conto stato		Tutte le gestioni		
	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006	% Var.
Molise	991	920	3.217	3.064	155	143	4.363	4.127	-5,4
Italia	66.449	63.019	844.951	836.366	28.568	28.613	939.968	927.998	-1,3

Fonte: Rapporto annuale sull'andamento infortunistico, 2006. INAIL, luglio 2007

Infortuni mortali sul lavoro avvenuti negli anni 2005-2006 per gestione

	Agricoltura		Industria e servizi		Dip.nti conto stato		Tutte le gestioni		
	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006	% Var.
Molise	2	3	10	6	-	-	12	9	-25,0
Italia	137	121	1.122	1.169	15	12	1.274	1.302	2,2

Fonte: Rapporto annuale sull'andamento infortunistico, 2006. INAIL, luglio 2007

Rimane importante, in ogni caso, non diminuire l'attenzione rispetto a questo tema, soprattutto nei settori più a rischio, nell'ambito cantieristico e dell'agricoltura e anche del precariato, rafforzando quanto già previsto dal Piano regionale di prevenzione attiva.

Un'attenzione particolare deve essere riservata agli appalti, pubblici e privati, per evitare che il ribasso d'asta ricada sugli investimenti per la sicurezza e ancor più sul sistema del subappalto che allenta la catena delle responsabilità, riducendo notevolmente i livelli di sicurezza.

Il piano operativo regionale si sviluppa anche sulla base dell'Accordo 21 dicembre 2000 (rep. Atti 1110) tra il Ministero del Lavoro e della previdenza sociale e le regioni per la realizzazione del piano straordinario di sicurezza sul lavoro (recepita dalla Regione Molise con Delib.G.R. 11 marzo 2002, n. 383).

La Regione Molise partecipa, inoltre, al progetto contro gli infortuni mortali, attivato in collaborazione con l'ISPESL e l'INAIL.

La priorità di questo obiettivo trova riscontro nella recente *legge n. 123 del 3 agosto 2007 "Misure in tema di tutela della salute e della sicurezza sul lavoro e delega al Governo per il riassetto e la riforma della normativa in materia"*.

Obiettivo prioritario:

- gestione e analisi dei flussi informativi, quale elemento fondamentale per orientare le politiche di prevenzione;
- mantenimento di un costante rapporto con le iniziative regionali e nazionali che si svilupperanno nell'ambito della prevenzione basata su prove di efficacia (EBP);
- realizzazione di iniziative formative sui rischi prioritari ed emergenti, dalla caduta dall'alto all'esposizione a sostanze cancerogene e mutagene, in accordo con datori di lavoro e lavoratori;
- definizione dei criteri di sicurezza dei lavoratori nell'ambito delle gare di appalto (anche sulla base delle nuove indicazioni della *L. 123/2007*);
- proposizione di iniziative di informazione e comunicazione tese a diffondere **la cultura della prevenzione** e promuovere corretti stili di vita, in stretta collaborazione con le forze sociali, i soggetti istituzionali, il mondo della scuola e valorizzando il ruolo delle comunità locali.

Nel definire gli obiettivi di prevenzione, è previsto il ruolo essenziale del Comitato regionale di coordinamento, di cui all'*art. 27 del D.Lgs. 626/94* e al DPCM 5 dicembre 1997, a cui nel triennio saranno resi disponibili ulteriori elementi informativi desunti da indagini epidemiologiche, dalle schede di morte, pronto soccorso ecc.

■ Riorganizzare e potenziare i Servizi di Igiene degli alimenti e Veterinari che fanno capo al Dipartimento della Prevenzione per garantire il controllo sanitario della filiera agroalimentare secondo le nuove normative europee

Il Piano Sanitario nazionale 2006-2008 ha individuato tra gli obiettivi prioritari nel campo della prevenzione la promozione di corretti stili di vita, a livello individuale e della collettività. In quest'ambito la sicurezza alimentare, anche alla luce delle emergenze verificatesi negli ultimi anni (BSE, Influenza aviaria ecc.), assume un ruolo decisivo per l'importanza che gli alimenti rivestono nel garantire condizioni di salute e benessere ottimali alle persone.

Uno strumento fondamentale ai fini della "prevenzione di rischi per la salute e la sicurezza della collettività" che deve essere realizzata "attraverso la costruzione, e la costante manutenzione, di una rete di previsione, sorveglianza, controllo e gestione coordinata degli eventi", individuando "nodi territoriali, regionali e nazionali del sistema sanitario" nonché tramite la "integrazione operativa tra reti del sistema sanitario e reti istituzionali diverse (ad esempio quella della protezione civile), sia per lo scambio rapido di informazioni, sia per eventuali interventi coordinati sul campo".

Anche i regolamenti europei del cosiddetto "Pacchetto igiene", emanati tra il 2004 e il 2005, hanno definito un quadro normativo completo che impone, tra l'altro, la riorganizzazione del sistema sanitario di controllo degli alimenti per perseguire quelle stesse finalità.

A livello nazionale tale riorganizzazione è stata già avviata con l'istituzione, presso il Ministero della Salute, del Dipartimento per la Sanità pubblica veterinaria, la Nutrizione e la Sicurezza degli alimenti, mentre è in corso di definizione la normativa che ridefinisce ruoli e compiti dei diversi livelli in cui si articola l'Autorità sanitaria competente (nazionale, regionale, territoriale), e il processo di adeguamento della normativa nazionale del settore.

Il presente Piano, pertanto, pone come obiettivo prioritario la riorganizzazione dell'area della prevenzione (ed in particolare i Servizi di Igiene degli alimenti e Veterinari) funzionale al perseguimento di tali finalità.

La riorganizzazione prevede anche la ridefinizione dei rapporti tra l'ASReM, la Regione e l'Istituto Zooprofilattico sperimentale dell'Abruzzo e del Molise (IZS ASM), elemento integrante del Servizio sanitario regionale, e di quelli con l'Agenzia regionale per l'Ambiente (ARPA Molise). Per quanto riguarda i rapporti con l'IZS ASM, si farà riferimento anche a quanto previsto dall'Accordo di Programma approvato con Delib.G.R. 20 settembre 2006, n. 1413 e sottoscritto in data 2 novembre 2006.

■ Ambiente e salute: Miglioramento della qualità ambientale come determinante di salute

L'inserimento in un ambiente di qualità, o comunque il miglioramento della qualità ambientale, determina una sopravvivenza maggiore ed una incidenza minore di patologie cronico-degenerative.

In materia, il *Piano di azione europeo dell'OMS "Ambiente e la salute per il periodo 2004-2010"* pone tre obiettivi principali:

- migliorare la catena dell'informazione per comprendere i collegamenti tra le fonti di inquinamento e gli effetti sulla salute (es. sviluppare indicatori e monitoraggio integrati dell'ambiente);
- integrare le attuali conoscenze rafforzando la ricerca ed esaminando le tematiche emergenti relative ad ambiente e salute (es. concentrare la ricerca su malattie ed esposizione);
- riesaminare le politiche e migliorare la comunicazione (es. sviluppare reti dedicate ai determinanti ambientali, migliorare la qualità degli ambienti confinati, come scuole, ospedali, abitazioni).

In linea con questi indirizzi, la politica sanitaria regionale promuove **azioni di coordinamento delle diverse politiche ambientali e sanitarie**, che diviene elemento determinante per realizzare una efficace prevenzione ambientale, principalmente tramite il Dipartimento di prevenzione della ASREM e l'Agenzia Regionale per la Protezione Ambientale del Molise (ARPAM) e con il coinvolgimento dei diversi attori della filiera produttiva.

Occorre superare l'attuale situazione di frammentazione degli interventi e l'insufficiente coordinamento tra i singoli enti che determina interventi di scarsa efficacia in termini di prevenzione, creando una base dati comune a livello regionale tra i vari enti interessati, da cui derivare specifici accordi di programma.

Un apposito gruppo di lavoro da attivare a livello regionale, composto da rappresentanti dei Servizi del Dipartimento di Prevenzione e degli altri Enti chiamati in causa, svolgerà supporto tecnico-operativo alla Regione per garantire le funzioni di coordinamento, indirizzo e controllo proprie delle politiche ambientali.

Il presente Piano fa proprie le azioni prioritarie individuate dal PSN 2006-08 in materia di:

- controllo dell'inquinamento atmosferico e della qualità dell'aria; controllo delle acque di balneazione;

- disciplina e controllo delle emissioni di sostanze chimiche pericolose in tutte le matrici ambientali;

- radiazioni; prevenzione e riduzione dell'inquinamento acustico;

- riduzione dell'incidenza delle malattie da ambienti confinati e dell'incidenza di lesioni da incidenti domestici;

- tutela del suolo e delle produzioni; prevenzione e riduzione dei rischi di contaminazione derivanti dalla gestione dei rifiuti.

La salute delle fasce di popolazione più vulnerabili (minori, anziani) deve costituire un obiettivo privilegiato su cui fondare le azioni in tale ambito.

Promuovere politiche intersettoriali per la sicurezza e la salute

Obiettivi	Strumenti generali nel PSR
<p>- Promuovere stili di vita favorevoli alla salute</p> <p>- Migliorare la sicurezza nei luoghi di lavoro Attivazione di interventi di prevenzione e controllo di provata efficacia a livello locale e valutazione di impatto. Riduzione del 20% degli infortuni sul lavoro nel triennio</p> <p>- Migliorare la qualità ambientale (Ambiente e salute)</p>	<p>- Piano regionale della prevenzione (obesità, diabete);</p> <p>- Interventi di prevenzione nutrizionali (maternità; infanzia ed adolescenza; prevenzione secondaria per i soggetti fragili)</p> <p>- Piano regionale di sicurezza sul lavoro (protocollo di trasparenza degli appalti; rafforzamento delle attività di verifica etc.)</p> <p>- Sistemi di monitoraggio dei principali rischi ambientali ed elaborazione di mappe di rischio ambientale; 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.</p>

1.3 Contrastare le principali patologie, quali i tumori e le malattie cardiovascolari

Le principali patologie causa di disabilità e morte sono oggetto del *Piano regionale di prevenzione*, che comprende: la prevenzione delle malattie cardiovascolari, il piano vaccinale, il diabete, gli screening oncologici (PAP test, mammografia e colon retto), la prevenzione degli incidenti domestici, incidenti stradali, infortuni sul lavoro, il controllo dell'obesità e le recidive di accidenti cardiovascolari.

La trattazione tecnica di questi argomenti è rinviata, pertanto, al suddetto Piano e ad altri documenti deliberati dalla Giunta Regionale; in questa sede si richiamano i contenuti e le strategie generali.

• **Prevenzione cardiovascolare, diabete ed obesità** comprensiva di interventi, da potenziare, che puntano a migliorare comportamenti e stili di vita (riducendo così i fattori di rischio ed agendo anche nelle prime epoche della vita) e di interventi che mirano a ridurre le complicanze e le recidive. Risulta fondamentale il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta.

• **Prevenzione dei tumori**

I tumori continuano a rappresentare la seconda causa di morte dopo le malattie cardiovascolari.

Una quota considerevole di casi di tumore è potenzialmente prevenibile attraverso interventi di prevenzione primaria. È ormai noto infatti il ruolo causale di fumo e alcol nella genesi di alcuni tumori, come l'azione protettiva di frutta, verdura, di una dieta povera di grassi e dell'attività motoria o sportiva. Vanno realizzate specifiche azioni di:

lotta al fumo, con particolare attenzione alle donne e alle fasce giovanili da realizzare coinvolgendo Distretti, Consultori, Istituzioni scolastiche etc.:

- prevenzione del fumo di sigaretta con azioni mirate per la popolazione adolescente; disassuefazione dal fumo di sigaretta o riduzione del numero di sigarette fumate; controllo del fumo passivo; attivazione/consolidamento della rete dei Centri Antifumo.

promozione di stili di vita favorevoli alla salute con particolare attenzione alle fasce giovanili, anche adottando uno specifico protocollo d'intesa fra Regione e Direzione Scolastica Regionale e coinvolgimento dei Medici di assistenza primaria, rivolte a:

- cultura del movimento anche ai fini del controllo del peso;
- promozione di comportamenti alimentari protettivi.

Bere il giusto, bere bene : azione per la promozione di un uso moderato di alcol, soprattutto vino (l'OMS indica i limiti di 40 gr/die per gli uomini e di 20 gr/die per le donne come soglia massima consigliata) nell'ambito della valorizzazione delle abitudini tradizionali regionali del bere. Appoggio e trattamento per la riduzione dell'alcolismo. Il ***"bere nuovo"***: azione specifica va creata per le fasce giovanili.

• Diagnosi precoce dei tumori

- consolidamento/miglioramento dello *screening* per il tumore della cervice uterina
- miglioramento dello *screening* del tumore mammario
- miglioramento del programma di *screening* del cancro del colon retto

- garantire una maggior integrazione sul piano della presa in carico tra screening e successivo percorso di approfondimento diagnostico e di terapia con definizione di procedure automatiche di attuazione del sistema di accoglienza per il cittadino risultato positivo allo screening, (con diffusione su tutto il territorio regionale del progetto "Mimosa")

Il primo obiettivo è l'estensione dei suddetti programmi di screening a tutta la popolazione regionale entro l'anno 2010. Inoltre, va garantita la realizzazione della omogeneità di diffusione degli screening pubblici su tutto il territorio regionale, con un più preciso e responsabile ruolo di coordinamento operativo tra tutte le realtà regionali.

Le suddette attività sono curate dal Dipartimento di Prevenzione, in interazione con i Distretti e con gli Ospedali, sia per gli aspetti organizzativi e metodologici (social marketing, convocazione dei soggetti eleggibili, sollecito dei non rispondenti, call center telefonico, gestione dell'agenda appuntamenti), sia per gli aspetti della comunicazione e della valutazione dell'efficacia degli interventi sanitari.

Costituisce uno strumento importante l'opera di sensibilizzazione e di promozione dei medici di medicina generale sulla prevenzione e sulle attività di screening e sulla diagnosi precoce. Vanno valorizzate e coinvolte le organizzazioni del volontariato su specifiche campagne di diffusione.

• I trattamenti di cura (rete oncologica)

Nonostante l'epidemiologia relativa all'universo oncologico offra uno scenario incoraggiante sia sotto il profilo della sopravvivenza sia a livello di remissione, il problema del percorso clinico-assistenziale da proporre al paziente oncologico resta uno dei nodi più impegnativi che il servizio sanitario pubblico si trova a dover organizzare.

Tale problema nasce dal fatto che la gestione del paziente oncologico configura, inevitabilmente, percorsi assistenziali spesso di lunga durata che necessitano di strutture specifiche ed adeguatamente attrezzate e il coinvolgimento di diverse specialità cliniche.

In tale ambito le singole azioni cliniche devono trovare un filo conduttore comune, per coordinare e ricomporre l'intero processo del paziente tenendo presente gli *aspetti relativi all'umanizzazione delle prestazioni erogate*.

Contrastare le principali patologie

Obiettivi	Strumenti generali nel PSR
- Prevenzione cardiovascolare, diabete ed obesità	- Piano regionale della prevenzione;
- Prevenzione dei tumori	- Lotta al fumo in particolare per le donne e fasce giovanili
- Diagnosi precoce dei tumori	- Promozione di stili di vita corretti, in particolare per le fasce giovanili
- Prevenzione incidenti domestici, incidenti stradali ed incidenti sul lavoro	- Completamento degli screening (mammella; colon retto; cervice uterina) per tutta la popolazione entro il 2010

1.4 Promuovere il percorso nascita e lo sviluppo sano del bambino (la salute nelle prime fasi di vita, infanzia e adolescenza)

Garantire la realizzazione del "percorso nascita" significa operare in una rete integrata di servizi territoriali ed ospedalieri che devono essere in grado di rispondere ai bisogni della donna in gravidanza e nel puerperio e tutelare la salute del bambino garantendo la massima sicurezza nel rispetto della fisiologicità dell'evento.

Significa, anche, ridisegnare la rete dei servizi, tenendo conto dell'andamento demografico (fenomeno della denatalità), del quadro epidemiologico generale e delle esigenze di garantire standard orientati alla sicurezza delle pazienti, nonché delle indicazioni nazionali (il PSN 2006-08 indica la necessità di ridefinire la rete ospedaliera pediatrica, anche per i punti nascita rispetto ai quali "500 parti all'anno dovrebbe essere considerato lo standard minimo").

Risulta pertanto necessario operare una diminuzione dei punti nascita e una contrazione dei posti letto ordinari per la pediatria, favorendo lo sviluppo di attività di day hospital e day service e riclassificando le unità funzionali di neonatologia secondo 3 livelli di complessità, così come indicato dal Progetto Obiettivo Nazionale Materno Infantile 1998-2000. ***Gli obiettivi operativi sono indicati nel capitolo sull'assistenza ospedaliera.***

Nel percorso, va valorizzato il consultorio come luogo elettivo per seguire il percorso nascita. Obiettivo principale deve essere quello di garantire cure non invasive alla grande parte delle

gravidanze che sono fisiologiche ed un'adeguata identificazione e monitoraggio della piccola quota di gravidanze a rischio.

Va ridotta la frequenza di procedure diagnostiche e terapeutiche complesse ed invasive; il numero di parti cesarei è uno degli indicatori per misurare la qualità delle cure alla nascita.

L'OMS raccomanda l'uso del taglio cesareo nel 10-15% dei parti, che in Italia è ampiamente superata (circa 35,5%). In Regione Molise nell'anno 2005 ci sono stati un totale di 2457 parti, di cui 1210 sono stati parti cesarei, con un'incidenza del 49% e con una rilevante variabilità tra le diverse aree territoriali.

OBIETTIVI

Nel sistema articolato di servizi, che assicura protezione durante tutto il percorso nascita, si dovrà tendere a migliorare l'interconnessione tra i vari "nodi" del sistema ed in particolare occorre:

- garantire il percorso della gravidanza fino al momento del parto e il puerperio nell'ambito della rete consultoriale, rafforzandone l'equipe e le strumentazioni a disposizione;

- assicurare gli accessi ai livelli specialistici attraverso la strutturazione di percorsi assistenziali dipartimentali articolati in base alla complessità, a garanzia della omogeneità e della completezza delle prestazioni su tutto il territorio regionale;

- potenziare le azioni classificabili come interventi di rispetto e di promozione della fisiologicità dell'evento, per garantire la necessaria attenzione agli aspetti umani e relazionali in tutte le situazioni, compresi i livelli di cure intensive;

- garantire lo svolgimento dei corsi di preparazione al parto all'interno dei Consultori anche con tecniche musicoterapeutiche, avvalendosi di figure professionali specifiche quali il "prenatal tutor", che si sono dimostrate efficaci nel sostegno della partoriente, nella promozione della comunicazione madre-figlio e nella riduzione dell'incidenza dei tagli cesarei;

- riorganizzare i punti nascita secondo standard assistenziali di qualità e assicurare, nell'ambito della rete ospedaliera, le attività specifiche per l'assistenza sub intensiva della gravidanza patologica e/o ad alto rischio;

- garantire una specifica sorveglianza sull'incidenza dei parti cesarei e contenere il ricorso al taglio cesareo riservandolo ai casi con una indicazione precisa;

- promuovere dell'allattamento al seno, con l'applicazione di tutte le indicazioni OMS, proseguendo le esperienze positive già realizzate nella Regione;

- attivare il sistema del trasporto neonatale, con il rispetto delle indicazioni della *L.R. 26 aprile 1999, n. 16*;

- promuovere le modalità per favorire il parto fisiologico "senza dolore" secondo le indicazioni nazionali (Disegno di legge "Norme per la tutela dei diritti della partoriente, la promozione del parto fisiologico e la salvaguardia della salute del neonato", in fase di approvazione);

- rilevazione sistematica ed automatizzata dei certificati di assistenza al parto (CEDAP) dai diversi punti nascita ed inoltro semestrale dei dati al Ministero della salute, ai sensi del *D.M. 16 luglio 2001, n. 349* e modificazioni.

Per una migliore assistenza al neonato occorre promuovere una più stretta collaborazione tra il pediatra ospedaliero e quello di libera scelta, sia per una dimissione "concordata ed appropriata" della puerpera e del neonato presunto sano, che garantisca la sicurezza del neonato e la tranquillità della famiglia, sia nelle situazioni di dimissione "protetta" di alcuni neonati patologici (es. prematuri con displasia broncopolmonare) per una auspicabile "cogestione" del paziente da parte del neonatologo ospedaliero e del pediatra di libera scelta.

Promuovere il percorso nascita e lo sviluppo sano del bambino

Obiettivi	Strumenti generali nel PSR
- Valorizzazione del consultorio come luogo elettivo per seguire il percorso nascita	Progetto "percorso nascita e sviluppo sano del bambino"
- Ridefinizione dei punti nascita	Individuazione, quali punti nascita regionali, gli Ospedali di Campobasso, Termoli e Isernia
- Promozione del parto naturale e riduzione del ricorso al taglio cesareo	Riportare il ricorso al taglio cesareo almeno alla media nazionale
- Attivare il sistema del trasporto neonatale	

1.5 La salute della popolazione anziana: prevenire o ritardare la non autosufficienza

La prevenzione della non autosufficienza è una sfida che va affrontata soprattutto a livello del territorio, ma anche ponendosi il problema dell'appropriatezza e dell'accessibilità delle cure per gli anziani con patologia acuta.

La Regione intende valorizzare ed incentivare la permanenza al domicilio degli anziani disabili, purché ve ne siano le condizioni, appoggiando in questo le famiglie e la rete sociale. Intende inoltre impegnarsi ulteriormente per offrire una assistenza adeguata e dignitosa a coloro che non possono rimanere al proprio domicilio.

A tal fine, si impegna ad ampliare la rete territoriale di supporto agli anziani e alle famiglie, e nel contempo a personalizzare e qualificare l'offerta istituzionale per gli anziani disabili. Il presente Piano sanitario regionale si pone l'obiettivo primario di promuovere una stretta collaborazione fra

Enti locali, Sanità e terzo settore non profit per adeguare e gestire i servizi di assistenza agli anziani, nell'ambito dei Programmi di attività territoriale dei Distretti. L'adeguatezza rispetto al bisogno dei servizi agli anziani, soprattutto di quelli domiciliari e di supporto sociale, sarà oggetto di valutazione nel triennio.

Obiettivi:

- Promuovere interventi e maggiori opportunità nei confronti della popolazione anziana fragile, ed in particolare le persone ultrasessantacinquenni, in condizioni di solitudine e di possibile difficoltà che possono aver bisogno di informazione, orientamento, aiuti e sostegni per continuare a vivere nel proprio contesto di vita.

- Potenziare le azioni di prevenzione, primaria (*invecchiare in salute*) e secondaria (malnutrizione degli anziani fragili etc.).

- Attivare appositi interventi nei confronti degli anziani in situazioni pericolose per la salute come, ad esempio, nel periodo estivo, per evitare gli esiti delle "ondate di calore", che hanno causato in alcuni anni sensibili incrementi della mortalità. Vanno individuate le persone a rischio e le azioni prioritarie, secondo le indicazioni del Ministero della salute ed anche sperimentando interventi di sorveglianza attiva, quali servizi di teleassistenza e telesoccorso.

Azioni prioritarie:

- Sperimentazione di percorsi innovativi, quali azioni/interventi di "sorveglianza attiva" e servizi di teleassistenza e telesoccorso, anche proseguendo il progetto attivato dall'anno 2003 per anziani non autosufficienti a domicilio, promosso dall'Assessorato alle Politiche Sociali;

- sostegno al percorso della domiciliarità per le persone a rischio attraverso una rete di supporto che veda la partecipazione solidale delle risorse formali e informali della comunità locale;

- offerta di risposte differenziate e flessibili come strumenti per promuovere e mantenere concretamente il rispetto della domiciliarità e della qualità della vita;

- potenziamento e riorganizzazione del sistema delle cure domiciliari;

- realizzazione di letti di sollievo e di strutture residenziali e semiresidenziali e loro caratterizzazione in relazione al bisogno sociosanitario della persona e alla complessità degli interventi offerti.

Gli obiettivi posti potranno realizzarsi grazie ad un alto livello di integrazione interistituzionale, in particolare tra Comuni e Distretti della ASREM, ed interprofessionale, in particolare tra i medici di medicina generale, specialisti e servizi sociali territoriali, attraverso l'attivazione di Progetti volti a prevenire o ridurre la non autosufficienza.

La salute della popolazione anziana: prevenire o ritardare la non autosufficienza

Obiettivi	Strumenti generali nel PSR
<ul style="list-style-type: none"> - Azioni di sorveglianza attiva - Sostegno della domiciliarità - Diversificare la rete di offerta (anche letti di sollievo) 	<ul style="list-style-type: none"> - Definizione di patti della salute intersettoriali e coinvolgimento MMG/Medici di continuità assistenziale - Potenziamento cure domiciliari - Organizzazione rete delle strutture residenziali e semiresidenziali - Sperimentazione di servizi di telesoccorso e teleassistenza in interazione con l'Assessorato alle Politiche Sociali

1.6 Il controllo del dolore come diritto della persona, anche tramite la rete delle cure palliative

Il Sistema sanitario regionale riconosce l'esigenza di cambiare attitudini e comportamenti degli operatori sanitari e dei cittadini nei confronti di un fenomeno, il dolore, che viene spesso sottostimato e considerato ineluttabile, nonostante i progressi realizzati in questi ultimi decenni e malgrado sia stato dimostrato quanto la sua presenza sia invalidante dal punto di vista fisico, sociale ed emozionale.

L'obiettivo del Piano è costituire una rete integrata ospedale-territorio per la gestione e il trattamento del dolore cronico. Le strutture ospedaliere si attivano per assicurare ai pazienti il trattamento del dolore acuto, con particolare riferimento al dolore post-operatorio, anche concretizzando quanto previsto dal progetto "Ospedale senza dolore".

A tal fine la Regione recepisce e mira a dare piena attuazione alle **"Linee Guida per la realizzazione dell'ospedale senza dolore"** (di cui all'Accordo Stato-Regioni del 24 maggio 2001), adottate sulla base delle indicazioni OMS (campagna *"lotta al dolore inutile"*), con il coinvolgimento di tutte le professionalità interessate e con l'ampia partecipazione di professionalità infermieristiche.

La ASREM costituisce un gruppo di lavoro per coordinare il processo applicativo delle linee guida e lo sviluppo di azioni per la lotta al dolore inutile, quale l'adozione e la valutazione di protocolli di trattamento (farmacologico e di supporto) del dolore secondo criteri evidence-based e definisce le risorse per la loro applicazione.

La strategia per la realizzazione del progetto "Ospedali senza dolore" si sviluppa attraverso una serie di azioni che ogni Ospedale aderente è tenuto a perseguire gradualmente, nell'arco massimo di 5 anni.

Esse prevedono, sinteticamente: la formazione specifica del personale; la costituzione del Comitato "Ospedale senza dolore" in ogni struttura ospedaliera; strumenti per il monitoraggio del dolore; strumenti di rilevazione del dolore; modalità codificate per il trattamento del dolore; la valutazione dei risultati del progetto.

Tra le azioni prioritarie vi sono:

- individuazione di un *Referente* della struttura ospedaliera per l'attuazione delle linee guida.

- l'istituzione dei **Comitati Ospedale Senza Dolore** (la cui composizione deve rispettare i criteri contenuti nelle Linee Guida nazionali, che prevedono: "Il personale infermieristico deve rappresentare almeno un terzo dei membri del comitato; gli operatori delle strutture di terapia del dolore e/o cure palliative nonché di anestesia e rianimazione devono essere rappresentati nel comitato; un referente del servizio farmaceutico deve essere incluso nel comitato").

- l'attivazione degli **ambulatori di terapia del dolore** presso i Servizi di Anestesia della Regione, la cui attività si svolgerà in stretta interrelazione funzionale con le unità operative, di degenza coinvolte nella diagnosi e nel trattamento del dolore acuto e delle sindromi dolorose croniche, e con i Medici di medicina generale, anche attraverso il Sistema delle cure domiciliari.

Si raccomanda il potenziamento della lotta al dolore anche in quei settori nei quali esso è ancora oggi ampiamente sottovalutato, come durante il travaglio ed il parto naturale, il postoperatorio, il pronto soccorso. Particolare attenzione dovrà essere prestata al riconoscimento ed alla cura del dolore in età pediatrica.

Identico obiettivo si pone nell'assistenza territoriale e domiciliare, dove si concentrano le situazioni terminali e le patologie alla base del dolore cronico con il suo forte impatto sulla qualità della vita di tanta parte della popolazione.

Al medico di famiglia, anche con il supporto del personale infermieristico dell'ADI, viene richiesta una nuova attenzione al problema, un impegno all'utilizzazione di strumenti per la misurazione del dolore, un trattamento efficace dello stesso, avvalendosi, ove necessario, dell'esperienza dei Comitati ospedali senza dolore. Grande attenzione deve essere dedicata alla fase terminale delle patologie ad andamento evolutivo infausto, non rappresentata soltanto dalla malattia oncologica.

Va assicurato l'aggiornamento professionale dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta in tema di cura del dolore. Saranno sviluppate le azioni di cure palliative e i processi di integrazione tra ospedale e territorio con la forte integrazione dei medici di medicina generale.

Va sviluppata, nel triennio, anche **la rete delle cure palliative** che comprende, sulla base del D.M. 28 settembre 1999 "Programma nazionale per le cure palliative", l'insieme dei servizi distrettuali ed ospedalieri, sanitari e sociali, presenti sul territorio (quindi cure domiciliari, ambulatoriali, ospedaliere e strutture dedicate: hospice, presente attualmente solo a Larino).

L'obiettivo è realizzare una rete integrata di assistenza al morente, attraverso il lavoro di équipe multidisciplinari specializzate e strutturata prioritariamente sull'assistenza domiciliare al malato e alla sua famiglia. Solo quando tale forma di assistenza non sia effettivamente praticabile, l'organizzazione della rete prevede il ricovero in *hospice*, struttura a bassa tecnologia ma ad altissima qualificazione e livello di prestazioni assistenziali (ASSR, 2003).

Gli obiettivi di sviluppo della rete di cure palliative sono ripresi nel capitolo sul LEA "assistenza distrettuale".

La Regione, entro 120 giorni dall'entrata in vigore del presente Piano, definisce i criteri e le modalità per dare attuazione alla rete integrata per il dolore cronico e per lo sviluppo del progetto "Ospedali senza dolore".

Il controllo del dolore come diritto della persona

Obiettivi	Strumenti generali nel PSR
- Attivazione del progetto "Ospedali senza dolore"	- Comitato senza dolore
- Sviluppo della rete delle cure palliative (in sede domiciliare, ambulatoriale; residenziale)	- Ambulatori di terapia del dolore
	- Definizione di una rete integrata per il dolore cronico, con percorsi specifici nelle cure domiciliari e Hospice

Parte seconda

Il contesto, la governance e le logiche del sistema

2.1 Contesto istituzionale e locale: punti di forza e criticità

L'analisi del contesto regionale costituisce il presupposto per lo sviluppo degli obiettivi e delle azioni del Piano sanitario regionale, al fine di rendere gli **indirizzi e le strategie il più possibile aderenti alle specificità territoriali e ai bisogni della popolazione.**

Un'analisi non solo descrittiva ma anche valutativa dello stato di salute della popolazione e della situazione lavorativa e di contesto dove è inserita costituisce il primo e fondamentale strumento per comprendere i fabbisogni della comunità e le aspettative delle varie componenti del sistema. Inoltre, avere un quadro della situazione di partenza consente di **verificare successivamente il grado di conseguimento degli obiettivi delineati**, rendendo il processo programmatico più trasparente.

Questo quadro consente di definire i **punti di forza e le principali criticità** del sistema in termini di conoscenza dei bisogni; regolazione del sistema; razionalizzazione dei servizi; riequilibrio dell'offerta tra area ospedaliera, territoriale e di prevenzione; verificare la qualità e le quantità delle prestazioni e la sostenibilità finanziaria.

Sull'aspetto conoscitivo, la regione dispone di una serie di strumenti, tra cui le banche dati gestite tramite la Società a partecipazione regionale "*Molisedati*", ma costituisce obiettivo prioritario del

Piano approfondire gli aspetti di conoscenza del sistema (bisogni, domanda, offerta, quantità-qualità delle prestazioni, costi di produzione).

In allegato del Presente Piano si riporta un sintetico quadro della situazione di partenza sotto diversi profili:

- territorio, viabilità, contesto economico, popolazione, disabilità, tempi di percorrenza rispetto alla Farmacia e al Pronto soccorso;

- rete dei servizi presenti nella Regione nell'area territoriale, ospedaliera e della prevenzione collettiva.

Scheda di sintesi dell'analisi SWOT sui punti di forza e di debolezza riportata nel Piano di rientro (distinta per i seguenti macrolivelli: assetto organizzativo aziendale; assistenza territoriale; assistenza ospedaliera).

Macrolivello Assetto Organizzativo				
Obiettivo specifico	Punti di forza	Punti di debolezza	Minacce	Opportunità
Assetto organizzativo ASREM/Regione	Esercizio unitario delle funzioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione; coordinamento dell'attività territoriali nelle singole zone; funzioni di raccordo delle prestazioni sanitarie con gli altri soggetti erogatori pubblici e privati; riorganizzazione delle funzioni e delle strutture amministrative della Regione	Disomogeneità nei flussi informativi; differenze organizzative tra le diverse AASSLL	Iniziale resistenza al cambiamento	Riforma del sistema sanitario (legge n. 9 del 2005); forte commitment del Governo Regionale; rafforzamento del ruolo regionale.

Macrolivello Assistenza territoriale				
Obiettivo specifico	Punti di forza	Punti di debolezza	Minacce	Opportunità
Riassetto	Capillarità	Identificazione	Resistenza all'	L'esistenza di ambiti

articolazione organizzativa dei distretti	dell'assetto di offerta sanitaria territoriale	<p>della struttura di erogazione con il servizio;</p> <p>Numero elevato di punti decisionali dotati di autonomia e costi elevati di coordinamento;</p> <p>Difficoltà di assicurare omogenea erogazione dei LEA;</p> <p>Difficoltà ad assicurare l'integrazione con la dimensione socio-sanitaria;</p> <p>Scarso sviluppo nell'evoluzione delle funzioni distrettuali;</p>	<p>cambiamento da parte degli enti locali interessati dal processo di razionalizzazione che potrebbero rallentare lo stesso;</p>	<p>sociali già esistenti ed operativi, dimensionati in coerenza con il piano di organizzazione dei distretti sanitari e, conseguentemente, la possibilità di assicurare una maggiore integrazione sociosanitaria;</p> <p>Spinta nazionale verso il potenziamento di questo livello di assistenza.</p>
Potenziamento e regolazione dell'emergenza territoriale e della continuità assistenziale	Capillare diffusione del servizio	<p>Eccesso di offerta di medici di continuità assistenziale;</p> <p>Esistenza di alcune zone non adeguatamente coperte dalla rete dell'emergenza</p>	Nessuna	<p>Sviluppo tecnologico nella telemedicina e in altri strumenti di comunicazione</p>
Riequilibrio regolazione dell'assistenza riabilitativa	Esistenza di poli consolidati di erogazione	<p>Carenza di prestazioni riabilitative di terzo livello; Carenza di criteri di valutazione dell'appropriatezza;</p> <p>Carenza di sistemi di controlli e di verifica;</p> <p>Carenza di programmazione del fabbisogno;</p>	Invecchiamento della popolazione	Nessuna

		Carenza di funzionalità delle UVM		
Regolazione assistenza specialistica territoriale di diagnosi e cura	Nessuno	<p>Eccesso di offerta di prestazioni specialistiche;</p> <p>Carenza di criteri di valutazione dell'appropriatezza;</p> <p>Carenza di sistemi di controllo e verifica;</p> <p>Carenza di programmazione del fabbisogno;</p> <p>Elevata presenza di strutture private;</p> <p>Carenza della cultura dei processi assistenziali</p>	<p>Crescita della domanda di assistenza specialistica da parte della popolazione;</p> <p>Invecchiamento della popolazione;</p> <p>Sviluppo tecnologico</p>	Sviluppo tecnologico
Potenziamento e regolazione del sistema residenziale per assistenza anziani non autosufficienti	Esistenza di poli consolidati di erogazione	<p>Squilibrio territoriale dell'offerta;</p> <p>Carenza di sistemi di controllo e verifica;</p> <p>Carenza di programmazione del fabbisogno;</p> <p>Elevata presenza, solo in alcune aree territoriali, di strutture private;</p>	<p>Invecchiamento della popolazione;</p> <p>Scarsa definizione di politiche intersettoriali</p>	<p>Fondo per la non autosufficienza;</p> <p>Forte richiesta da parte della popolazione e delle sue rappresentanze;</p> <p>Settore attrattivo per investimenti privati;</p> <p>Formulazione di politiche intersettoriali;</p> <p>Sviluppo tecnologico nella telematica e in altri strumenti di comunicazione.</p>
Potenziamento del sistema della cure domiciliari	Esistenza diverse sperimentazioni in via di consolidamento e ad alta valenza socio-sanitaria	<p>Disequilibrio dell'offerta a livello territoriale;</p> <p>Carenza di sistemici controllo e verifica; carenza di programmazione del fabbisogno;</p>	Resistenza culturale da parte della popolazione	<p>Spinta nazionale verso il potenziamento di questo livello di assistenza: Sviluppo tecnologico nella telemedicina e in altri strumenti di comunicazione.</p>

Rispetto del tetto di spesa previsto dalla normativa di riferimento	Adozione della ricetta unica nazionale con identificazione certa del medico prescrittore e avvio dal 2006 del monitoraggio delle prescrizioni farmaceutiche; Prescrizione diretta da parte dei medici specialisti; Capillarità della distribuzione territoriale delle farmacie convenzionate	Diffusione comportamenti prescrittivi inappropriati e scarsa cultura Evidence Based; Scarso sviluppo della distribuzione e somministrazione diretta dei farmaci alla dimissione e ai pazienti gestiti sul territorio in regime di RSA e ADI; Scarso ricorso al Technology Assessment per l'introduzione di nuovi farmaci ad elevato costo; Frammentazione dei processi di acquisto e di gestione del farmaco secondo modalità non economiche; Scarso ricorso all'utilizzo di farmaci generici e di prodotti galenici;	Eventuali aggiornamenti economici del Prontuario Farmaceutico e delle politiche nazionali di partecipazione del cittadino alla spesa farmaceutica; Progresso scientifico in campo farmacoterapeutico con l'immissione sul mercato di specialità ad elevato costo;	Nessuna
---	---	--	---	---------

Macrolivello ospedaliero				
Obiettivo specifico	Punti di forza	Punti di debolezza	Minacce	Opportunità
Riassetto della rete ospedaliera	Esistenza di alcune realtà eccellenti sia sul piano organizzativo che professionale con riflessi positivi sul fronte della mobilità interregionale	Elevato numero di posti letto per acuti sia a livello globale che rispetto a singole specialità; Carenza di posti letto per lungodegenza; Disequilibrio dei posti letto per la	Resistenze al cambiamento degli enti locali che degli operatori interessati al processo di cambiamento	Esistenza di un polo universitario con la facoltà di medicina e chirurgia.

		riabilitazione; Elevato numero di presidi ospedalieri; Indifferenziazione della produzione; Consistente numero di strutture private; Scarso sviluppo di strutture territoriali alternative al ricovero;		
Riduzione tasso di ospedalizzazione	Somma dei punti di forza degli altri interventi	Somma dei punti di debolezza degli altri interventi	Somma delle minacce degli altri interventi; Crescita della domanda di assistenza complessa, anche sul piano tecnologico, e intensa da parte della popolazione; Invecchiamento della popolazione.	Somma delle opportunità degli altri interventi
Sviluppo regimi di assistenza alternativa ai ricoveri ordinari	Assenza di vincoli precostituiti e determinati dallo sviluppo storico dei servizi e delle specialità	Scarso sviluppo dei regimi di ricovero a carattere diurno e delle prestazioni complesse in ambito ambulatoriale; Scarsa cultura generale sul ricovero diurno a livello di operatori ospedalieri, di strutture di invio e di pazienti; Scarso sviluppo di modelli organizzativi adeguati alla gestione del	Difficoltà a trasmettere alla popolazione la cultura della prestazione in regime diurno;	nessuna

		ricovero in regime diurno con modalità efficienti ed efficaci; Difficoltà di integrazione con le strutture territoriali e, in particolare, con i MMG		
Sviluppo sistemi di valutazione e controllo dell'appropriatezza	Buona qualità media dei professionisti	Scarsa cultura dell'audit; Scarso sviluppo dei sistemi di controllo dell'appropriatezza sia a livello regionale che aziendale	Nessuna	L'esistenza di modelli concettuali di riferimento consolidati al fine di monitorare e valutare l'appropriatezza in campo sanitario; L'evoluzione in campo IT che consente di misurare fenomeni sempre più complessi a costi contenuti

2.2 Il rafforzamento del ruolo regionale

Nella sanità, il processo di decentramento delle competenze dallo Stato alle Regioni è già avviato da tempo, considerato che la "regionalizzazione", già presente, del resto, fra le linee ispiratrici della *legge n. 833 del 1978*, è uno degli aspetti salienti del riordino del Servizio sanitario nazionale degli anni '90. Il *decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*, modificato dal *decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517* riconosceva alla Regione un ruolo fondamentale nella programmazione e nell'organizzazione dei servizi sanitari, nella definizione dei criteri di finanziamento nonché nel controllo delle aziende sanitarie, anche per quanto riguarda la valutazione della qualità delle prestazioni erogate.

La fase attuale è caratterizzata dall'ulteriore passaggio, ancora più decisivo, dal decentramento dei poteri dal centro alla periferia ad un contesto di graduale e reale federalismo, improntato alla sussidiarietà orizzontale, intesa come partecipazione di diversi soggetti alla gestione dei servizi, partendo da quelli più vicini ai cittadini.

La forza di questo cambiamento è evidente nel riconoscimento a livello costituzionale del diverso rapporto di poteri tra Stato, Regioni ed Enti locali operata dalla *legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3* recante "Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione".

In questo contesto, la Regione ha una responsabilità piena in materia sanitaria ed è chiamata ad esercitare compiutamente una funzione di governo sul sistema, che presuppone l'esistenza di sistemi e strumenti in grado di fornire un quadro conoscitivo globale dei risultati conseguiti sia sul piano economico, sia e soprattutto su quello della capacità di assicurare i livelli essenziali di assistenza e la qualità dei servizi offerti.

Per svolgere queste funzioni, la Regione ha la necessità di rafforzare immediatamente la propria struttura amministrativa e quindi la propria capacità di governo clinico ed economico, mediante lo sviluppo di un'attività di programmazione strategica basata sulla conoscenza delle caratteristiche della domanda e dell'offerta sanitaria, e, contemporaneamente, di migliorare le capacità di valutazione dei risultati gestionali conseguiti dalla ASREM e dai singoli presidi e strutture sanitarie, anche mediante l'analisi comparativa dei costi sostenuti rispetto all'attività svolta e dell'efficacia delle prestazioni e dei servizi erogati.

Questo obiettivo, che si collega a quanto previsto dal Piano di rientro, nel punto 18 (*rafforzamento del ruolo regionale ed implementazione dei procedimenti amministrativi*) si sostanzierà, soprattutto per gli aspetti di controllo della spesa sanitaria, nella riqualificazione e rifunzionalizzazione del personale amministrativo verso attività di monitoraggio e controllo con forte implementazione dei processi di informatizzazione connessi agli investimenti per la rete informatica regionale di cui all'*art. 20 della legge 67/88*. Verrà altresì assicurato il raccordo di tutti i processi con funzioni già delegate alla società a partecipazione regionale Molise Dati.

La Regione si impegna, pertanto, a potenziare il sistema di garanzia dei LEA, tramite la rigorosa organizzazione dei procedimenti di monitoraggio, controllo e verifica della spesa sanitaria e dei servizi erogati in rapporto ai bisogni di salute della popolazione, attraverso istituzione di specifici servizi della direzione regionale V con due priorità:

- sviluppo dell'Osservatorio epidemiologico regionale (OER Molise),
 - sviluppo di un Sistema regionale informativo-contabile per il controllo di gestione della sanità (informatizzazione e controllo direzionale).
-

2.1.1 Osservatorio epidemiologico regionale (OER Molise)

- come struttura tecnico-scientifica della Regione che opera in collaborazione con l'Assessorato alle politiche sanitarie e con l'Assessorato alle politiche sociali (quest'ultimo, in particolare per le tematiche relative alle disuguaglianze sociali).

L'Osservatorio si avvarrà di un gruppo di lavoro formato dalle competenze già esistenti a livello regionale ed aziendale anche tramite uno specifico servizio della direzione generale V. L'Osservatorio, ed il relativo servizio, sarà integrato organizzativamente da un nucleo di professionisti esperti, di cui fa parte integrante l'area epidemiologica all'ASREM (Dipartimento di prevenzione) e richiederà la costituzione di una **Rete regionale dei referenti sul territorio**, e

collegamenti con l'Agenzia regionale per l'Ambiente (ARPA Molise) e con l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale. Ad esso è demandato, in particolare, il compito di analizzare lo stato di salute della popolazione e la qualità dei servizi sanitari attivati per fornire ai diversi decisori, e prima di tutto alla Giunta regionale, le informazioni epidemiologiche necessarie per orientare le politiche sanitarie e sociali sui bisogni sanitari della popolazione e sulle aree critiche di intervento.

Il debito informativo che la struttura deve assolvere verso l'esterno (decisori e cittadinanza) è la produzione della **Relazione sanitaria sullo stato di salute della popolazione**, oltre a pubblicazioni informative su singole aree tematiche della salute e del benessere sociale.

L'Osservatorio sviluppa una visione dell'epidemiologia finalizzata a:

- orientare le grandi scelte della programmazione tramite l'individuazione delle priorità di intervento basate sullo stato di salute della popolazione e sugli eventi evitabili;
- subordinare le scelte organizzative alla loro capacità di contribuire positivamente al raggiungimento degli obiettivi di salute valorizzando le conoscenze *"evidence based management"*;
- fornire dati e collaborare nello sviluppo di strumenti di misurazione dell'efficacia degli interventi e dei risultati raggiunti (outcome) dalle attività sanitarie, nel quadro della strategia del governo clinico;
- favorire politiche per un accesso appropriato ed equo ai servizi, anche migliorando la conoscenza delle disuguaglianze sociali;
- promuovere iniziative con il Dipartimento di prevenzione della ASREM e con i principali attori per migliorare la conoscenza epidemiologica dei bisogni di salute delle comunità, nonché per definire azioni concordate sui determinanti di salute (tenendo conto soprattutto dei fattori modificabili, quali quelli socio-economici, ambientali, stili di vita, istruzione e accesso ai servizi) e sui metodi di partecipazione e formazione delle scelte di priorità.

Poiché la funzione epidemiologica è tanto più svolta in forma qualificata ed efficace per la programmazione quanto più sono presenti, evoluti e qualificati i sistemi informativi e gli archivi informatizzati locali, si renderà necessario accompagnare le attività previste nel prossimo triennio da una più efficace e tempestiva capacità di acquisizione dei dati regionali e delle indagini statistiche nazionali, oltre che potenziare le sinergie organizzative e funzionali tra i detentori di dati e di flussi informativi di interesse epidemiologico e sociale ed i responsabili dell'osservazione epidemiologica e sociale.

In particolare l'Osservatorio darà supporto, per quanto di competenza, al conseguimento dei seguenti obiettivi prioritari in materia di sistema informativo regionale:

- collegamenti con l'ufficio competente della Regione per il trasferimento dei dati provenienti da indagini ISTAT e per il trattamento di dati individuali non nominativi;
- consolidamento di una piattaforma informativa regionale corrente in ambito sanitario;
- messa a regime di sistemi informativi nei settori della morbosità non acuta e dell'attività dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta;

- messa a regime del registro regionale di mortalità a fini di valorizzazione epidemiologica;
- accoglimento, all'interno degli attuali flussi informativi, di dati riferiti alle caratteristiche sociali delle persone che utilizzano l'assistenza sanitaria regionale;
- possibilità di uso integrato delle fonti informative, nonché alla valorizzazione di nuovi sistemi informativi, anche in relazione all'analisi delle disuguaglianze sociali.

Obiettivi

Nel corso di vigenza del PSR, la Regione si impegna a:

- assicurare **l'avvio effettivo dell'Osservatorio epidemiologico regionale** tramite la costituzione, entro l'anno 2008, di un Gruppo di lavoro all'interno dell'apposito servizio dell'Assessorato regionale alla sanità che dovrà elaborare un programma operativo per lo sviluppo della struttura;
- adeguare la propria rete informativa;
- assicurare una rete regionale di referenti per l'O.E.R. e la rete delle collaborazioni, in particolare con i Dipartimenti di Prevenzione e di Salute Mentale dell'ASREM, con l'ARPA e con l'IZS;
- predisporre la relazione sullo stato di salute della popolazione molisana;
- fornire indicazioni epidemiologiche sulla valutazione degli effetti del presente Piano.

2.2.2 *Informatizzazione e sistema di controllo direzionale*

Un buon Servizio sanitario non può prescindere dalla realizzazione di un buon sistema informativo sanitario e da un efficace sistema di controllo direzionale da parte della Regione.

Il Sistema informativo deve configurarsi come infrastruttura portante dell'intera organizzazione sanitaria, nella quale si integrano le informazioni che si muovono in senso verticale, tra livello centrale e livello locale, e orizzontale, tra amministrazioni e soggetti locali, in grado di fornire ai decisori di qualsiasi livello (distretto, azienda, regione) "rappresentazioni" utili al governo e alla gestione della sanità (o sistema socio sanitario). L'osservazione epidemiologica rappresenta una parte fondamentale del Sistema informativo sanitario, capace di aggregare e analizzare i dati al fine di garantire la lettura dei bisogni sanitari e dei rischi. Pertanto, il sistema informativo sanitario e l'osservazione epidemiologica devono trovare a livello regionale e locale momenti di sintesi funzionale, operativa e organizzativa. In questa ottica è necessario un rafforzamento del servizio regionale informativo sanitario.

Altro elemento fondamentale per il governo del sistema sanitario, è l'attivazione di un semplice ed efficace controllo di gestione, che riorganizzi in modo organico le informazioni già esistenti a

livello regionale e di ASREM, con priorità per la realizzazione di un *datawarehouse* unitario regionale.

In quest'ambito trovano collocazione i flussi informativi già esistenti e, nel prossimo futuro, i nuovi modelli di rilevazione dei costi. Il sistema darà anche impulso al processo di informatizzazione soprattutto nelle aree territoriali e di prevenzione, tenendo conto delle iniziative nazionali, tra cui i Progetti di informatizzazione dei Medici di medicina generale e dei Pediatri di libera scelta.

Va rilevato che lo sviluppo del Nuovo Sistema Informativo Sanitario Nazionale, che si sta orientando verso nuovi modelli per la rilevazione di Conto Economico, di Stato Patrimoniale, di Costo dei Livelli di Assistenza, di Costo dei Presidi Ospedalieri (anche sulla base delle risultanze del Gruppo di lavoro "Mattone Costi LEA", sviluppato presso l'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali), è una occasione per affinare i sistemi di rilevazione dei costi nella Regione Molise.

Il grado di analiticità delle informazioni richieste impone una verifica dei sistemi contabili in atto e l'eventuale loro aggiornamento.

Obiettivi

Ai suddetti fini, il Piano impegna l'Assessorato regionale alle politiche della salute a:

- costituire entro 3 mesi dall'approvazione del Piano, un **apposito gruppo di lavoro**, che potrà avvalersi di esperti della materia, con il compito di definire un **piano operativo** per costruire una modalità di controllo di gestione che sia sistematica all'interno della Regione e flessibile rispetto ai cambiamenti continui del sistema;

- accompagnare lo sviluppo delle attività, con un'adeguata attività formativa e di affiancamento del gruppo di lavoro regionale dotata delle necessarie professionalità e strumentazione tecnologica;

- trasformare il gruppo di lavoro, una volta in grado di svolgere le necessarie attività, in una struttura organizzativa o un servizio all'interno dell'Assessorato alla politiche della salute che avrà i seguenti compiti:

- * effettuare le analisi economico-finanziarie fondamentali per il monitoraggio del sistema (come l'analisi di congruenza tra i risultati economici della ASREM e delle singole strutture rispetto alle prestazioni erogate; la congruenza tra risultati economico finanziari ottenuti dalla ASREM e quanto previsto dagli obiettivi di programmazione regionale; le cause degli scostamenti tra dati previsionali e dati consuntivi; i fenomeni connessi alla mobilità sanitaria attiva e passiva; l'andamento dei costi relativi ai fattori produttivi più critici sviluppando confronti temporali e spaziali anche con riferimento ai livelli di attività; il grado di congruenza del sistema di tariffazione regionale in vigore consentendo il suo sistematico aggiornamento e, se del caso, modificazione e/o integrazione etc.);

- * identificare le principali azioni correttive che la Regione, di concerto con la ASREM, può assumere al fine di riorientare tempestivamente i risultati di gestione rispetto agli obiettivi prefissati;

- * supportare l'attività di programmazione annuale e pluriennale regionale.

Il piano si svilupperà tramite alcune fasi fondamentali:

- individuazione delle caratteristiche dei flussi informativi (tipologia analitica dei dati; tracciato record e formato elettronico di riferimento; tempistica etc.);
- organizzazione e attivazione dei flussi informativi (in collegamento con il sistema di budget e di contabilità analitica della ASREM);
- definizione di cruscotti di monitoraggio specifici, con identificazione di un set di indicatori rispetto ai quali si ritiene utile esercitare un monitoraggio sistematico a fini di valutazione e decisione (analisi economiche; assetto dell'offerta; volumi e mix prestazionali; qualità e LEA);
- progettazione e realizzazione del sistema di reporting routinario sintetico e analitico.

Inoltre, in collegamento con gli impegni assunti dal Piano di rientro, la Regione si impegna a potenziare, nel triennio, il sistema di regolazione del sistema, sviluppo di logiche integrate, organizzative ed operative, della rete dei servizi.

2.3 Governance e logiche del sistema (le strategie e il miglioramento continuo della qualità)

Il Piano sanitario regionale è uno strumento di orientamento di tutto il sistema assistenziale e, come tale, deve saper indicare le logiche di sviluppo e di innovazione di tutte le componenti del sistema e deve saper indirizzare verso concrete prospettive di azione, facilitando la traduzione delle logiche dichiarate in metodi, strumenti ed indirizzi operativi.

Va ribadito che il piano si orienta a fornire un quadro di riferimento teorico e metodologico per costruire un progetto di cambiamento che si incentri sul cittadino al fine di dare una risposta adeguata ai suoi bisogni di salute, semplici o complessi.

I principi di riferimento riguardano:

- Migliore la governance del sistema, completando il quadro di rinnovamento del Servizio sanitario regionale avviato con la *L.R. 1° aprile 2005, n. 9*;
- Governo clinico - qualità, appropriatezza e sicurezza delle cure;
- Integrazione e continuità nei percorsi di cura;
- Formazione continua delle professionalità;
- Ricerca per lo sviluppo e l'innovazione del sistema sanitario.

Inoltre, occorre assicurare **il riequilibrio delle attività e delle risorse tra i diversi Livelli di assistenza**, pervenendo con un percorso graduale agli obiettivi tendenziali previsti dal PSN 2006-08 per l'allocazione delle risorse finanziarie del sistema sanitario: 5% per la prevenzione; 51% per l'assistenza distrettuale; 44% per l'assistenza ospedaliera.

Sulla base di queste indicazioni si individuano alcuni strumenti da sviluppare operativamente: medicina basata sulle evidenze, valutazione delle tecnologie, gestione del rischio clinico, percorsi assistenziali, carta dei servizi, comunicazione istituzionale e partecipazione della comunità, rafforzamento dei sistemi di controllo.

2.4 Lo sviluppo del modello di aziendalizzazione: accentramento e sussidiarietà

La *L.R. n. 9 del 2005* ha istituito un'unica azienda sanitaria regionale, attribuendo alla stessa funzioni di programmazione e coordinamento dei servizi ed affidando alle zone le funzioni generali di organizzazione dei servizi nonché di produzione delle prestazioni.

A diversi anni dalla sua approvazione, si può individuare uno sviluppo di questo modello di aziendalizzazione, ripensando alle funzioni di governo e del sistema dei servizi.

La ASREM, in relazione alle scelte assunte dalla *L.R. n. 9 del 2005*, deve sviluppare ulteriormente le funzioni inerenti il governo clinico ed in particolare **la programmazione, il coordinamento e il supporto di tutte le azioni attinenti alla valutazione e al miglioramento della qualità.**

A tal fine promuove la **corresponsabilizzazione dei dirigenti e degli operatori alle scelte strategiche** effettuate ai diversi livelli del sistema sanitario, che si esercitano prioritariamente nel **Collegio di direzione** e nei **Dipartimenti aziendali**.

Inoltre svolge anche funzioni di produzione di servizi, garantendo a livello accentrato alcuni servizi, al fine di conseguire economie di scala e semplificazione delle procedure:

- la gestione degli acquisti di beni e servizi,
- la programmazione dei servizi di media ed alta specialità;
- la programmazione dei dipartimenti di tipo strutturale, quali quelli di salute mentale e di prevenzione;
- lo sviluppo delle attività di programmazione, negoziazione (accordi contrattuali) e verifiche di qualità, appropriatezza e volumi di prestazioni,
- il conseguimento degli obiettivi di salute concordati con i vertici aziendali,
- il coordinamento delle risorse professionali, valorizzandone le professionalità, la formazione e la loro collocazione in modo funzionale agli obiettivi di tutela della salute e di organizzazione dei servizi.

La valorizzazione del personale comprende anche la definizione di un progetto condiviso con la Regione per avviare i percorsi di diversa utilizzazione delle professionalità che risultino necessari sia per il ridisegno dei livelli di governo aziendale sia per gli interventi di riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale.

Per sviluppare ulteriormente il sistema di governo clinico, nel triennio si mira a riorganizzare e semplificare i livelli decisionali, creando un unico livello di governo sul territorio, con competenze rafforzate nella programmazione locale e nel sistema di sviluppo delle cure primarie. Ancora, va reso operativo il collegamento in rete degli ospedali anche con strumenti flessibili, come gruppi di lavoro.

Ancora, si mira a pervenire nel triennio ad una contabilità economica generale unitaria di tipo aziendale, con gli strumenti definiti a livello nazionale (nell'ambito del Mattone "Misura dei costi"), con articolazione a livello di distretti e di presidi ospedalieri mediante la contabilità analitica.

Per raggiungere questo obiettivo occorre:

- > attribuire più esplicitamente alla ASREM compiti di governo del sistema, ed in particolare programmazione, negoziazione e controllo delle attività e degli esiti di salute

- > prevedere un **Collegio di direzione unico**, ai sensi dell'*art. 17 del D.Lgs. 502/92* e modificazioni, **superando la distinzione tra comitato aziendale e comitato zonale** previsto dalla *L.R. n. 9 del 2005*. Il Collegio di direzione sarà formato dal direttore sanitario e amministrativo della ASREM, dai direttori di distretto, di dipartimento e di presidio, e costituisce il principale strumento per il governo delle attività cliniche, la programmazione e valutazione delle attività tecnico-sanitarie e di quelle ad alta integrazione sanitaria

- > semplificare l'individuazione dei Dipartimenti previsti dalla *L.R. n. 9/2005* ed in particolare prevedere unicamente **Dipartimenti di livello aziendale** o invece di singola struttura, superando la previsione di Dipartimenti zonali territoriali (fragilità etc.) ed ospedalieri

- > individuare un'unica contabilità aziendale della ASREM, superando le attuali contabilità separate nelle zone

- > **prevedere un unico livello di governo territoriale**, formato dai Distretti, superando l'articolazione della ASREM in zone, con Direttori nominati dalla Giunta regionale, al fine di rafforzare il governo dei servizi territoriali (la previsione di due livelli rischia di indebolire anziché rinforzare lo sviluppo della rete territoriale)

- > **modificare gli ambiti territoriali dei Distretti esistenti, renderli pienamente coincidenti con gli ambiti sociali dei Comuni** per garantire una migliore integrazione dei servizi sanitari e sociali (7 Distretti e 7 Ambiti sociali comunali), **ed** ampliare le funzioni dei Distretti nella programmazione e nella gestione delle attività sanitarie e sociosanitarie sul territorio.

Per queste finalità, il Piano impegna la Giunta regionale ad adottare, entro l'anno 2008, un disegno di legge di modifica della legge regionale 1° aprile 2007, n. 9 al fine di pervenire ad una semplificazione dei livelli istituzionali, prevedendo un superamento delle zone e semplificando il sistema dei Dipartimenti.

La ASREM provvederà, successivamente, ad aggiornare l'atto aziendale previsto dall'*art. 2 del D.Lgs. 502/92* e modificazioni.

2.5 Governo clinico - qualità, appropriatezza e sicurezza delle cure

Per governo clinico si intende una strategia di politica sanitaria che, fondata sugli strumenti metodologici della *evidence based medicine*, valorizza il ruolo dei professionisti nel definire, mantenere e verificare gli standard di qualità clinica (secondo la definizione del Gruppo Italiano per la Medicina Basata sulle Evidenze).

Il nostro Paese sta assumendo il governo clinico come linea di fondo di un progetto per l'ammodernamento del Servizio sanitario nazionale, scegliendo di rendere i professionisti sanitari maggiormente partecipi delle scelte strategiche aziendali nella promozione della qualità e nella verifica dei risultati e, al contempo, corresponsabili riguardo la prevenzione degli errori e l'agire secondo i principi della appropriatezza e della qualità, nel Collegio di direzione, nei Dipartimenti e nei Distretti.

Il Governo Clinico si pone, ai diversi livelli di responsabilità del sistema sanitario regionale, lo scopo ambizioso di tentare di regolare il processo decisionale in sanità, tra il ruolo professionale degli operatori sanitari, quello autonomo dei cittadini e quello organizzativo degli amministratori. È quindi un patto di reciproca responsabilità nell'ambito dei limiti possibili della medicina attuale, nel tentativo di condividere con la società il presupposto di far carico al servizio di tutte le prestazioni fondate su evidenze scientifiche e del minimo possibile di prestazioni non altrettanto efficaci per quanto utili.

È un percorso ancora non del tutto delineato a livello nazionale, che mette in campo tutti gli strumenti della medicina basata sulle evidenze, quali lo sviluppo e l'adozione di linee guida o protocolli diagnostico-terapeutici, la valutazione delle tecnologie sanitarie (Health technology assessment - HTA), l'audit clinico, il rischio clinico (risk management), la formazione continua e l'accreditamento professionale (metodiche dell'ECM) e la potenzialità della ricerca.

Una scelta che implica un ripensamento del modello attuale di aziendalizzazione che, nel difficile equilibrio tra l'esigenza di garantire i livelli di assistenza ai cittadini e quella di contenere le spese entro limiti predefiniti, ha finito per concentrare, nel tempo, l'attenzione verso ciò che è più facile misurare, ossia la dimensione economico-finanziaria dei risultati. Questo orientamento è sicuramente riduttivo ed inefficace se non è accompagnato da una ben più ampia analisi dei risultati generati dai servizi sanitari, tramite un insieme di indicatori che comprendano le diverse dimensioni della qualità (sicurezza, efficacia, equità, appropriatezza, efficienza, soddisfazione degli utenti).

In sintesi, questo approccio implica un nuovo ruolo dei professionisti rispetto a:

- coinvolgimento diretto nella scelte aziendali sulla qualità dei servizi, con relativa responsabilizzazione rispetto alle attività e alla verifica dei risultati (accountability);
- una coerente applicazione delle linee-guida fondate sull'evidenza (evidence-based medicine);
- la realizzazione di un sistema di miglioramento e valutazione della qualità delle cure basato sull'audit, l'efficacia clinica, l'utilizzo dei reclami, la gestione del rischio clinico, l'informazione del pubblico;
- la definizione di meccanismi di controllo della performance clinica (autoregolamentazione, ispettori, ecc.);
- la collaborazione interprofessionale e il lavoro in équipe.

Come è stato autorevolmente affermato, l'effettiva attuazione del Governo clinico consentirebbe di valutare sia la istituzione di riferimento, sia il personale che vi opera, individualmente e come componente di equipe, con la relativa possibilità di assegnare su basi più ragionevoli i budget, gli incarichi e le retribuzioni di risultato. Inoltre, in luogo della passiva adesione a principi stabiliti normativamente, le persone in prima linea, in ospedale e sul territorio, potrebbero meglio tutelare gli interessi dei cittadini e la sostenibilità del servizio sanitario regionale.

In questa prospettiva, per la promozione del governo clinico vanno implementati nella ASREM alcune modalità di coinvolgimento dei dirigenti medici nei processi decisionali che incidono sulla vita e sulle performance delle strutture sanitarie: il collegio di direzione, il consiglio dei sanitari, nonché il dipartimento.

Governo clinico	Sviluppo del modello di aziendalizzazione - Collegio di direzione ex <i>D.Lgs. 229/99</i> Unità di Rischio clinico Organizzazione dipartimentale Sistema accreditamento istituzionale
-----------------	---

2.6 La gestione del rischio clinico

Alla base della gestione del rischio clinico c'è la necessità di imparare dall'errore, di migliorare la sicurezza del paziente e la tutela degli operatori ed anche di contenere i rischi assicurativi.

Nella regione non esiste, a tuttora, un **sistema di gestione del rischio clinico**, finalizzato alla sicurezza dei pazienti nel percorso di diagnosi e cura, incluso il rischio di infezioni ospedaliere.

La realizzazione di tale sistema costituisce obiettivo prioritario da conseguire nel triennio, tramite il coinvolgimento di più attori:

- la regione ha il compito di adottare indirizzi per lo sviluppo del sistema di gestione del rischio e di promuovere iniziative per la sicurezza del paziente e degli operatori

- la ASREM attiva una **Unità di risk management, o Unità Rischio Clinico (URC)** con un proprio Responsabile, da individuare fra i dipendenti del SSR, che coordina il sistema e svolge le attività di analisi, monitoraggio degli eventi avversi, definizione di raccomandazioni per l'intera Regione. Opera avvalendosi di un gruppo di lavoro multidisciplinare, formato da figure tecniche esperte del problema e dai referenti sotto indicati

- ogni struttura ospedaliera **individua un referente per la sicurezza dei pazienti e per la gestione del rischio clinico.**

L'Unità di rischio clinico:

- individua gli strumenti operativi volti all'identificazione precoce di potenziali fattori di rischio attraverso l'analisi ed il monitoraggio di indicatori già presenti nelle fonti informative istituzionali [1] o di indicatori che richiedano un criterio di ricerca, raccolta e strutturazione delle informazioni [2]

- valuta i rischi attraverso opportune tecniche di analisi degli stessi

- effettua il monitoraggio delle aree di criticità mediante verifiche a campione e l'analisi di indicatori di risultato

- introduce un meccanismo di segnalazione degli "eventi sentinella" (intesi sia come eventi avversi con esito negativo che come eventi avversi evitati), una successiva analisi degli stessi e definisce i piani di miglioramento sulla base dei risultati emersi dalle analisi

- indica strumenti ed azioni per ridurre i danni al paziente, agli operatori e il contenzioso legale

- definisce strategie per migliorare i rapporti tra azienda sanitaria ed utenza

- definisce un piano di formazione per promuovere la cultura del rischio

- individua un sistema regionale informatizzato per la gestione del sistema.

Strumenti fondamentali di questo sistema sono: la corretta gestione della cartella clinica; il consenso informato; i programmi di contrasto delle infezioni ospedaliere.

Le informazioni raccolte dall'Unità di gestione del rischio clinico o dal singolo referente della sicurezza dei pazienti sono utilizzabili esclusivamente allo scopo di garantire la migliore conoscenza sul fenomeno degli errori e degli eventi avversi, la promozione della sicurezza nelle diverse attività assistenziali, nonché la promozione della qualità dei servizi a favore dei pazienti.

Le informazioni consentiranno lo studio e l'analisi delle segnalazioni stesse, al fine di adottare tutti gli interventi ritenuti opportuni, ma non potranno essere utilizzati né in corso di giudizio davanti all'Autorità giudiziaria né per l'esercizio del potere disciplinare né per l'adozione di provvedimenti punitivi.

Le segnalazioni relative ai singoli eventi ed i dati successivamente elaborati devono essere trattati in forma completamente anonima, cioè privi di indicazioni personali relative al segnalatore ed all'utente interessato o di qualsiasi riferimento che possa far risalire all'identità dei soggetti coinvolti.

Si fa riferimento, in materia, al decreto "Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio" firmato dal Ministro della Salute On. Livia Turco il 10 gennaio 2007, che attiva, in via sperimentale e per un periodo di due anni, il **Sistema Nazionale di Riferimento per la sicurezza dei pazienti (Sistema Sicurezza)**. Come presupposto di partenza, il Sistema evidenzia che la sicurezza dei pazienti costituisce una "componente strutturale dei LEA" e rappresenta un aspetto fondamentale del governo clinico nell'ottica del miglioramento della qualità.

Il Sistema Sicurezza prevede:

- il monitoraggio degli eventi sentinella, quali eventi avversi di particolare gravità, indicativi di un serio malfunzionamento del sistema, che causano morte o gravi danni al paziente e che determinano una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del Servizio Sanitario;

- il monitoraggio dell'esposizione al rischio dell'evento avverso;

- le Raccomandazioni, specifiche per ciascun evento "a rischio", per permettere alle strutture sanitarie di avere un quadro di riferimento da adattare ed implementare nelle singole realtà.

È importante il coinvolgimento dei principali stakeholders (portatori di interesse) per la promozione della sicurezza, che sono i cittadini, i familiari, le organizzazioni di rappresentanza dei cittadini, le associazioni di volontariato, gli enti locali, il personale e i dirigenti delle aziende sanitarie, i sindacati e le assicurazioni.

[1] Analisi mortalità intraospedaliera, analisi complicanze intraospedaliere, analisi delle prestazioni rianimatorie in condizioni di emergenza analisi dei trasferimenti, analisi dei ricoveri ripetuti (entro un lasso di tempo predefinito dalla precedente dimissione), analisi infezioni ospedaliere, statistiche dei sinistri (richieste di risarcimento) e degli infortuni, etc.

[2] Screening a campione delle cartelle cliniche, analisi dei guasti di apparecchiature elettromedicali segnalazioni di disservizio/reclami statistiche URP, etc.

Sintesi degli obiettivi e delle azioni prioritarie:

GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO		
Criticità	Obiettivi	Azioni
Assenza di una rete regionale ed aziendale	Attivazione di un sistema di Gestione del rischio Clinico	Costituzione di un Gruppo di lavoro regione/ASREM/ strutture ed enti di eccellenza per la definizione delle modalità di realizzazione del sistema
Ridotta conoscenza degli strumenti di Gestione del Rischio Clinico	Formare e informare il maggior numero degli Operatori Sanitari	Svolgimento di Corsi di Formazione
Assenza di un sistema Informatizzato in materia	Facilitare le conoscenze in tema di gestione del rischio e collegamenti col Ministero della Salute	Attivazione di un Sistema informatizzato regionale per la sinistrosità e gli eventi sentinella
Infezioni Ospedaliere	Ridurre l'incidenza	Attivazione di misure di prevenzione, Sistemi di sorveglianza e di controllo con report semestrali
Cartella clinica	Standardizzazione della modulistica	Informatizzazione della cartella clinica; previsione di una scheda unica terapeutica per le modalità di gestione del farmaco

Consenso informato	Ridurre il Contenzioso	Attivazione di Procedura a valenza regionale
Percorsi di cura		Adozione di linee guida o percorsi diagnostico-terapeutici.

2.7 La Ricerca per lo sviluppo e l'innovazione del sistema sanitario

L'incremento dell'efficacia e la progressiva qualificazione di un sistema sanitario dipendono anche dallo sviluppo dell'attività di ricerca e dall'introduzione di innovazioni di carattere tecnologico, attraverso le quali vengono dimostrate evidenze, accresciute le conoscenze, facilitati gli scambi di informazioni e di collegamento, e conseguentemente introdotti quei cambiamenti operativi e organizzativi mirati che consentono l'evoluzione e l'adeguamento dinamico del sistema stesso.

Considerate le finalità e gli obiettivi di salute posti all'interno del Piano, è necessario che l'attività di ricerca sia prevalentemente indirizzata allo sviluppo delle conoscenze clinico-scientifiche e al miglioramento dei processi finalizzato all'efficacia, mentre l'innovazione tecnologica deve concretizzarsi a favore della diffusione della telematica sanitaria.

Allo stato attuale nella Regione lo svolgimento di queste attività può essere efficacemente assicurato avvalendosi delle risorse professionali presenti sia a livello nazionale (ISS, CNR, ASSR) sia a livello locale, ed in particolare tramite ASREM, Centri di ricerca ed Università del Molise.

Le attività di ricerca e sperimentazione devono svolgersi in un contesto coordinato e finalizzato alla crescita del Sistema sanitario regionale, in armonia con gli obiettivi strategici del PSR e con la partecipazione ed il contributo scientifico della Università molisana e di altri centri di ricerca universitari situati nella Regione.

La ricerca scientifica non dovrà concentrarsi unicamente sulla dimensione biologica o clinica (area biomedica), ma estendersi anche alla ricerca sui servizi sanitari.

La ricerca biomedica si orienta, sulla scorta delle indicazioni del PSN, sulla ricerca preclinica ed in particolare su quella clinica. Essa riguarda sia l'acquisizione di informazioni fisiopatologiche utili per capire le cause di malattia e per individuare gli interventi terapeutici, sia la ricerca su temi in grado di contribuire alla formulazione di linee guida diagnostico-terapeutiche ed alla loro successiva diffusione ed adozione.

La ricerca sui servizi sanitari è diretta all'approfondimento critico ed allo studio di temi ed argomenti in materia di esiti di salute, di organizzazione, di economia e di tecnologia sanitaria ed è promossa per dare impulso a processi di innovazione per migliorare la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni, valutare i modelli assistenziali, l'equità e l'accessibilità dei servizi.

L'area si articola in ambito:

- *epidemiologico*, per potenziare le conoscenze utili ai decisori, agli operatori ed ai cittadini, e per utilizzare le prove di evidenza scientifica sull'efficacia delle diverse modalità di fornitura dei servizi.

- *preventivo*, per affrontare i determinanti di salute attraverso azioni di promozione e di prevenzione nei confronti di fasce deboli e gruppi a rischio.

- *di Health Technology Assessment* per valutare l'applicabilità, la sicurezza, l'efficacia, l'efficienza e l'impatto delle tecnologie sanitarie sulle modificazioni dei livelli di salute.

La Regione intende assumere un ruolo importante nel processo di rilancio della ricerca sanitaria, anche attraverso la **partecipazione ad iniziative promosse dal Ministero della salute o dall'Unione Europea, usufruendo degli appositi fondi nazionali ed europei.**

In particolare intende aderire i ai programmi di ricerca finalizzata nazionale *ex art. 12 del D.Lgs. 502/92* e modificazioni, anche attivando forme di coordinamento con i finanziatori privati, perseguendo i seguenti obiettivi:

> supporto alla crescita di gruppi di ricerca in grado di fare massa critica in specifici settori di studio;

> supporto alla realizzazione di iniziative in grado di rendere disponibili le grandi attrezzature necessarie per la ricerca avanzata (e il loro continuo rinnovamento);

> potenziamento dei Centri di Eccellenza esistenti attorno ai quali promuovere la nascita di nuove iniziative;

> supporto finanziario allo sviluppo di nuove ricerche sulla base dei criteri di originalità, innovati vita, fattibilità, potenziale applicabilità e competenza dei proponenti.

A tal fine, la Regione istituisce un **Comitato tecnico-scientifico per la ricerca in sanità**, che si avvale del contributo dell'Università del Molise e delle altre sedi didattiche e di eccellenza presenti in Regione, con il compito di contribuire alla individuazione di linee di intervento nel settore della ricerca biomedica, clinica e sui servizi sanitari, alla definizione di criteri di valutazione delle ricerche e delle loro ricadute in termini di miglioramento dei servizi. Particolare attenzione dovrà essere dedicata all'attività volta al trasferimento dei risultati della ricerca clinica nella pratica dei servizi sanitari.

OBIETTIVI	AZIONI
• sviluppo della ricerca scientifica e dell'innovazione tecnologica finalizzate al miglioramento delle capacità diagnostiche e terapeutiche, all'integrazione orizzontale e verticale degli operatori e delle strutture, all'erogazione dell'assistenza vicino alla residenza dei pazienti e all'aggiornamento delle risorse umane	• attuare iniziative o sperimentazioni, con particolare riferimento alle priorità definite dal Piano sanitario, promuovendo sinergie con soggetti pubblici e privati e attingendo alle fonti di finanziamento disponibili a livello nazionale ed europeo • sviluppare progetti orientati alla gestione telematica della sanità

Principali settori interessati: regione sistemi informativi, università.

2.8 Health Technology Assessment

Nell'ambito delle responsabilità organizzative per il governo clinico, assume una specifica rilevanza la corretta valutazione delle tecnologie sanitarie (Health Technology Assessment - HTA), necessaria per supportare decisioni manageriali e cliniche basate sull'evidenza.

È un ampio campo di ricerca, che comprende la valutazione di efficacia, sicurezza e impatto in termini di salute delle tecnologie e che sinteticamente si può riportare come una valutazione del rapporto costo-benefici. Non riguarda solo le apparecchiature più sofisticate, ma anche farmaci, strumenti, attrezzature e procedure mediche e chirurgiche utilizzate in campo sanitario, nell'assistenza medica e nelle organizzazioni di supporto.

È, pertanto, uno strumento fondamentale per i decisori per orientarsi correttamente sugli investimenti da assumere, ma è anche uno strumento importante per i singoli professionisti, riguardando anche pratiche clinico- assistenziali di uso diffuso, come il counseling contro il fumo, il pap-test, o anche l'endoscopia digestiva, anche ove implicino l'uso di strumentazione solo relativamente sofisticata. Le raccomandazioni derivate dal processo di valutazione si riferiscono in questo caso a modelli di comportamento generali, piuttosto che a scelte di investimento specifiche.

Le tre fasi fondamentali dell'HTA riguardano:

- selezione degli studi ed analisi critica degli stessi, secondo criteri relativamente codificati, ed essenzialmente sintetizzabili con l'approccio adottato dai Centri Cochrane;
- valutazione dell'impatto della tecnologia mediante studi multidisciplinari sulle implicazioni economiche, sociali ed etiche (Health Impact Assessment: valutazione dell'impatto sulla salute);
- diffusione dei risultati e formulazione di raccomandazioni, linee guida o consensus conference

L'HCA richiede un supporto metodologico importante che può essere fornito dall'Osservatorio Epidemiologico Regionale (OER) con il contributo specifico, di volta in volta, degli esperti del campo, dell'Università Molisana e degli enti di ricerca presenti sul territorio.

Inoltre professionisti saranno direttamente coinvolti nel processo di valutazione, che necessariamente richiede la strutturazione di una rete di collaborazioni che coinvolgono tutti i livelli di sistema sanitario.

Obiettivi

Nel corso di vigenza del PSR, la Regione si impegna a:

- attivarsi per promuovere la partecipazione degli operatori alle iniziative nazionali sull'HCA e ad adeguare la propria rete informativa;

- stabilire un sistema di monitoraggio degli acquisti di tecnologie biomediche presso le strutture del proprio territorio e ad implementare il sistema di pubblicazione previsto dall'*art. 75, comma 5, della legge 27 dicembre 2002, n. 289*;

- aggiornare l'inventario delle attrezzature biomediche.

2.9 La formazione del personale del Servizio sanitario regionale

Formazione di accesso e ruolo Università

Le disposizioni nazionali e regionali non sempre sono stati accompagnati da una valutazione della ricaduta sul personale in termini di collocazione e modifica dei ruoli professionali.

Idonee politiche di formazione e di aggiornamento continuo, regionali ed aziendali, in grado di accompagnare lo sviluppo organizzativo del sistema sanitario con la necessaria tempestività, richiedono una puntuale e preliminare definizione dei fabbisogni che conseguono alle più generali politiche del personale. La programmazione del fabbisogno deve tenere conto delle esigenze espresse dal settore pubblico e privato ed avere un'ottica di medio e lungo periodo, in considerazione dei tempi necessari per l'avvio dei programmi formativi e per il completamento del loro iter.

Costituisce obiettivo del presente piano, anche al fine di concorrere alla determinazione del fabbisogno a livello nazionale, procedere alla *sistematica ed organica individuazione delle esigenze di personale sanitario* tenuto conto degli obiettivi di programmazione regionale e dei modelli organizzativi, dei contratti e degli accordi sindacali, del turn-over del personale.

La programmazione e la realizzazione delle attività di formazione di accesso ai profili professionali impiegati dal Servizio Sanitario Regionale dovrà essere improntata a caratterizzare, dal punto di vista didattico e contenutistico, i processi formativi verso una stretta aderenza ai bisogni in termini di capacità e competenze professionali degli operatori delle strutture sanitarie.

È interesse della Regione che, anche all'interno dei percorsi formativi gestiti dall'Università ***siano presenti alcuni insegnamenti indispensabili*** a qualificare l'attività professionale di chi dovrà accedere al Servizio Sanitario. Il riferimento è agli aspetti normativi ed organizzativi del Servizio Sanitario a livello nazionale e regionale, all'etica della professione, ai diritti dell'utenza ed alle modalità di rapportarsi alla stessa, alla metodologia necessaria a garantire appropriatezza e qualità delle prestazioni, al rischio clinico e alla innovazione organizzativa e tecnologica finalizzata al miglioramento qualitativo dell'assistenza.

Il *protocollo d'intesa* rappresenta la sede e lo strumento per definire concretamente le iniziative da assumere e le modalità di collaborazione tra Regione e Università (ai sensi degli *artt. 6 e 6-bis del D.Lgs. 229/99; art 1, comma 2, del D.Lgs. 517/99; D.P.C.M. 24 maggio 2001*).

La Giunta regionale è delegata a introdurre nel protocollo di intesa con l'Università accordi che prevedano anche l'utilizzo di strutture e di personale del servizio sanitario regionale nella formazione per l'accesso. L'Università e la Regione concordano inoltre l'introduzione, all'interno dei percorsi formativi, di specifiche tematiche di interesse regionale.

Il protocollo d'intesa dovrà definire: partecipazione dell'Università alla programmazione sanitaria regionale, finanziamento, ricerca, compartecipazione ai risultati di gestione.

Formazione continua

Per quanto riguarda la formazione continua, va rilevato preliminarmente il ruolo strategico della formazione nel cambiamento e nell'adeguamento progressivo dei contenuti culturali, professionali e organizzativi del Servizio sanitario. La formazione continua deve garantire un sistema di conoscenze legato non solo all'innalzamento della specifica professionalità, ma ad un miglioramento più ampio delle capacità di ognuno di lavorare all'interno di una struttura e di rapportarsi all'utenza. Assumono un ruolo importante i contenuti formativi relativi alla *comunicazione ed alla bioetica*.

Nell'ambito della formazione continua, è necessario considerare che:

- > il sistema sanitario è prima di tutto un'organizzazione professionale e questo elemento richiede una nuova riflessione sulle modalità di programmazione e gestione ancora prevalentemente legate agli aspetti strutturali;

- > dai professionisti dipende la qualità dei servizi e la sua possibilità di "sviluppo sostenibile",

- > Il fattore "personale" è la principale voce del sistema sanitario, anche in termini economici

- > costituiscono momenti determinanti ai fini della formazione degli operatori, oltre che la partecipazione a corsi di tipo accademico, anche la partecipazione a processi formativi all'interno dell'attività lavorativa, quali riunioni permanenti di aggiornamento professionale, periodi di tirocinio e stages applicativi.

La funzione della Regione in materia di formazione continua, già definita dal decreto 229/99, si esprime in una attività di indirizzo, coordinamento e monitoraggio dell'attività, nonché di impegno attivo nell'ambito della formazione manageriale.

Costituiscono obiettivi per il triennio:

- > la redazione di indirizzi regionali per la predisposizione del piano formativo della ASREM. Il piano formativo aziendale costituisce il principale strumento per definire un sistema di qualificazione del personale, che deve avviarsi dall'analisi dei bisogni, dal confronto con le diverse professionalità, fino alla valutazione degli effetti prodotti delle iniziative avviate (con sviluppo di nuove metodologie formative e di adeguati strumenti di valutazione ed eventuale attivazione di processi formativi complessi articolati su più anni).

- > La promozione dell'integrazione fra i diversi operatori del sistema sanitario (personale dipendente e convenzionato, personale sanitario e sociale, ecc.) a livello regionale e locale.

- > La promozione dell'integrazione fra gli operatori del sistema sanitario e gli operatori della comunità locale di altri Enti ed Istituzioni su progetti di interesse comune.

> La specifica attenzione al cambiamento secondo gli obiettivi e le linee strategiche individuate dal presente Piano.

> Attivare, a seguito delle indicazioni che saranno fornite dalla Commissione Nazionale per la Formazione Continua inerenti la definizione sia dei "crediti formativi" che ogni operatore deve maturare in un determinato arco di tempo sia dei requisiti per l'accreditamento dei soggetti formatori, di cui all'*art. 16-ter del D.Lgs. 229/99*, una fase di sperimentazione tesa a definire i criteri per l'accreditamento dei soggetti formatori, quale presupposto per l'attribuzione dei crediti formativi.

2.10 Il percorso dell'autorizzazione, accreditamento istituzionale ed accordi contrattuali

La Regione ha recentemente definito i principali strumenti per l'avvio del processo relativo alle autorizzazioni, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali definendo sia le procedure (Delib.G.R. 9 febbraio 2007, n. 102) sia il manuale contenente i requisiti minimi per l'autorizzazione e i requisiti ulteriori per l'accreditamento. (Delib.G.R. 30 marzo 2007, n. 361).

La Regione si è avvalsa, per la predisposizione dei suddetti atti, del Comitato Regionale per l'Accreditamento delle Strutture Sanitarie (CRASS) incardinato presso la Direzione Generale V della Regione Molise, recentemente ridefinito in un apposito "Organismo Regionale per l'Accreditamento".

Il Piano di rientro affida a provvedimenti specifici, adottati dalla Giunta regionale sulla base delle indicazioni degli organismi sopraccitati, gli aspetti di dettaglio per l'avvio del sistema, sulle procedure (modelli di domanda; autocertificazione; tempi; durata dell'atto etc.) e sulle verifiche (team di verifica; formazione dei facilitatori del processo e dei verificatori; etc.).

Il Piano sanitario regionale, ai sensi del *D.Lgs. 229/99*, ha l'obiettivo di fornire indirizzi e **indicazioni strategiche sulle priorità e sul fabbisogno, nonché sulle modalità per avviare il sistema e per semplificare i passaggi** (quali la possibilità per le strutture pubbliche di effettuare con un unico passaggio la verifica dell'autorizzazione e dell'accreditamento).

Costituisce obiettivo del presente Piano lo sviluppo dell'accreditamento quale strumento sia di regolazione dei rapporti fra i produttori di prestazioni sanitarie all'interno degli atti della programmazione regionale sia di promozione e miglioramento complessivo della qualità dei servizi e delle prestazioni erogate.

Il miglioramento della qualità, infatti, presuppone il miglioramento del servizio sotto i diversi aspetti (organizzazione, professionalità, rapporto con l'utenza), la riduzione dei costi e la crescita della produttività, valorizzando i margini di miglioramento presenti.

Nel triennio devono essere garantiti:

- **L'attuazione del sistema di autorizzazione e di accreditamento**, secondo le procedure e il manuale dei requisiti approvati con la *Delib.G.R. 25 giugno 2007, n. 717* e la *Delib.G.R. 30 luglio 2007, n. 905* e, per le strutture sociosanitarie, con la *Delib.G.R. 16 ottobre 2006, n. 1722*;

- lo sviluppo dell'accreditamento come strumento del sistema qualità aziendale;
- lo sviluppo di percorsi di autoverifica interna dei presidi e delle strutture organizzative pubbliche e private, con il coinvolgimento di tutti gli operatori sanitari;
- la realizzazione di momenti di incontro e confronto, con il coinvolgimento dei produttori pubblici e privati, dell'utenza e delle professioni.

Saranno inoltre favoriti momenti di "confronto fra pari", in coerenza con il processo di accreditamento istituzionale.

2.11 *L'integrazione sanitaria e sociosanitaria*

L'integrazione sociosanitaria costituisce una priorità strategica della programmazione regionale, sia sociale che sanitaria, perché essa è condizione indispensabile per riuscire a dare risposta ai bisogni complessi di assistenza, in quanto dipendenti da disturbi, patologie o problemi legati alla componente psicologica, sociale, familiare, relazionale e lavorativa, agli stili di vita e ai fattori ambientali.

Di fronte al disagio multifattoriale, è necessario considerare l'unicità e la globalità della persona in tutte le sue dimensioni, superando prassi settoriali ed integrando competenze e servizi diversi, in una prospettiva di prevenzione e sostegno, specie delle persone più deboli.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità indica la strada evolutiva della *nuova cultura della salute*, già nella definizione della salute come *benessere psicofisico della persona* e non come mera assenza della malattia o infermità, pertanto coinvolge tutta la condizione esistenziale della persona umana ("ben-essere"), come aspetto fondamentale della qualità della vita.

L'integrazione tra i diversi Livelli essenziali di assistenza e l'integrazione sociosanitaria costituiscono obiettivi fondamentali per un sistema sanitario costruito sui bisogni del cittadino ed in particolare per garantire la continuità assistenziale nei percorsi di cura più articolati e complessi e rispetto ai diversi ambiti di assistenza.

Il superamento delle risposte settoriali, con l'integrazione delle diverse politiche per la salute e l'attuazione di servizi integrati, richiede l'adozione di scelte qualificanti, indirizzate al processo di riequilibrio delle responsabilità nelle politiche per la salute, con l'attribuzione di un nuovo ruolo agli Enti Locali rispetto alla ASREM e ai Distretti.

Ciò significa riorientare i flussi delle decisioni, mettendo gli Enti Locali nelle condizioni di essere parte attiva nelle scelte di programmazione, attuazione e valutazione degli interventi che coinvolgono i servizi socio sanitari.

Richiede, anche il raccordo operativo tra gli strumenti della programmazione territoriale e tra i servizi sociali e sanitari, sotto i tre profili della integrazione istituzionale, gestionale e professionale, che vanno congiuntamente promossi e attuati.

In tal senso il PSR farà proprie e svilupperà le indicazioni del PSN 2006-08 ed in particolare:

- definire ed implementare protocolli di dimissione protetta;
- formulare percorsi diagnostico-terapeutici condivisi tra territorio ed ospedale, con individuazione dei compiti e responsabilità;
- garantire la tempestiva presa in carico del paziente con bisogno sociosanitario complesso da parte della rete territoriale, tramite la valutazione multidimensionale del paziente e l'elaborazione del piano personalizzato di assistenza;
- attivare funzioni di teleconsulto e di telemedicina;
- attivare programmi di valutazione in termini di esiti, di efficienza e di gradimento;
- implementare l'integrazione funzionale a livello programmatico ed operativo tra i servizi sanitari e sociali, con le modalità previste dall'attuale normativa (Piani attuativi locali, Piani delle attività territoriali, accordi di programma con i Comuni, etc.), per il raggiungimento di obiettivi comuni tramite la concertazione degli interventi e la condivisione delle risorse;
- promuovere la partecipazione alla rete socio-sanitaria dei gruppi formali ed informali presenti sul territorio e del privato, valorizzando il ruolo della famiglia, lì dove presente e del terzo settore.

In merito agli strumenti di programmazione regionale si prevede:

1. di riallineare il Piano Sociale e il Piano Sanitario con la stesura, alla scadenza del presente piano, di un unico *Piano Sociosanitario Regionale*, da adottare di concerto tra l'Assessorato alle Politiche Sociali e l'Assessorato alla Sanità;

2. di definire modalità per l'adozione tempestiva ed unitaria degli strumenti di programmazione locale: ***Programma delle attività territoriali del Distretto e Piano di zona degli Ambiti sociali comunali***, una volta stabilizzato il processo di ridefinizione territoriale dei distretti e degli ambiti sociali e di valutare la possibilità di adottare uno *strumento unico di programmazione sociosanitaria*, per le aree ad alta integrazione.

Va a questo fine approfondita la possibilità di costituire un fondo dedicato per il finanziamento degli interventi sociosanitari, costituito da quota parte del fondo sanitario per i servizi sanitari distrettuali e da quota parte delle risorse comunali e di ambito destinate al finanziamento dei servizi sociali, come previsto anche dal *D.Lgs. n. 229/99*.

2.12 La partecipazione della comunità locale e dei rappresentanti degli utenti

Il PSR promuove, come scelta strategica di sviluppo di un sistema di salute costruito intorno ai bisogni della persona, la partecipazione al sistema sanitario dei cittadini e delle loro organizzazioni, con particolare riferimento alle associazioni di volontariato e a quelle di tutela dei diritti.

Il PSN 2006-2008 evidenzia questa nuova impostazione con due elementi importanti: */ ***passaggio dal consenso alle cure all'empowerment, e la partecipazione più ampia della comunità locale*** alla programmazione e alla verifica delle attività e dei risultati di salute conseguiti.

Il primo passaggio riguarda il rapporto tra il cittadino e professionisti delle cure e mira a valorizzare il rapporto fiduciario tra gli stessi, promuovendo un nuovo concetto di "consenso alle cure", come partecipazione attiva della persona nei processi sanitari che lo coinvolgono, rendendolo più consapevole del suo percorso di cura e quindi partner dello stesso (così come già avviene in alcuni percorsi fortemente orientati al paziente, come la day surgery nelle unità di cura dedicate).

Ciò è favorito dal processo di miglioramento della conoscenza della persona e delle capacità (*empowerment*) per influenzare il proprio e l'altrui comportamento, per migliorare la qualità della propria vita.

Questa azione è richiamata anche nei documenti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, come in numerosi documenti elaborati a livello Europeo e, in primo luogo, nella Convenzione europea sui diritti dell'uomo e la biomedicina, recepita in Italia con la *legge 28 marzo 2001, n. 145*. Documenti che evidenziano la necessità che i servizi accertino le aspettative e le priorità dei pazienti, li coinvolgano nei propri piani di cura ed assistenza ed utilizzino, nel rispetto dei diritti e delle libertà individuali, l'approccio della *decisione condivisa*, richiedendo il *feedback dei pazienti anche sui servizi*, per avviare conseguenti processi di miglioramento.

Obiettivi per il triennio:

- la costituzione di un **Comitato Consultivo Misto**, che esprime pareri e proposte rispetto alla definizione delle politiche di salute e di partecipazione ai processi di controllo e valutazione dei servizi sanitari e sociosanitari, in coerenza con quanto previsto dal PSN 2006-08 e dalla *L.R. n. 9/2005* (arti 9 e 10);

- il potenziamento dei **processi d'informazione e comunicazione** tra cittadino ed operatore e tra cittadino ed istituzioni sanitarie, promuovendo in particolare le iniziative di prevenzione e promozione della salute;

- la valorizzazione della **Conferenza annuale dei Servizi** (*art. 10 della L.R. n. 9/2005*) come strumento di confronto tra azienda sanitaria ed organizzazioni dei cittadini per esprimere valutazioni sull'andamento dei servizi e proposte per il loro miglioramento;

- La promozione del passaggio dal **"consenso alle cure" all'empowerment del cittadino**, previsto dal PSN 2006-2008, tramite l'approccio della decisione condivisa (partner delle cure), e richiedendo il feedback delle persone sui servizi, per avviare conseguenti processi di miglioramento. Per conseguire tale risultato occorre implementare i processi di informazione e comunicazione tra cittadino ed operatore, principalmente tramite:

- processi di revisione e miglioramento del consenso informato, anche all'interno delle Unità di rischio clinico da realizzare in ambito ospedaliero, omogeneizzando procedure, semplificando passaggi, rendendo trasparente il governo del rischio clinico;

- campagne di educazione e di promozione della salute, a supporto della capacità dei cittadini di scegliere stili di vita favorevoli alla salute (corretta alimentazione, esercizio fisico, evitare il fumo e l'abuso di alcol).

- l'ulteriore sviluppo della **Carta dei Servizi**, con la quale vengono esplicitati non solo la tipologia dei servizi e le modalità di erogazione, ma anche gli **impegni assunti e gli standard sui tempi di attesa e sulle dimensioni qualitative di ogni servizio**: informazione, accessibilità, rispetto della persona, aspetti alberghieri, comfort. Inoltre deve prevedere **meccanismi di tutela**, quali uffici relazioni con il pubblico, comitati misti consultivi, difensore civico.

In particolare, la carta dei servizi si configura come un vero e proprio "patto" tra i soggetti produttori del servizio e il cittadino.

Nella Regione Molise la **Carta dei servizi** è adottata dalla ASREM e pubblicizzata tramite il sito web dell'Azienda e anche con l'inserimento di una "guida per il cittadino" all'interno dell'elenco telefonico, nelle pagine gialle, come elemento di immediato orientamento delle persone a diffusione capillare.

Costituisce impegno della ASREM aggiornare annualmente la Carta dei servizi e renderla un primo strumento che traduce in azioni concrete e verificabili i **14 diritti del cittadino europeo**:

1. Diritto a misure preventive
2. Diritto all'accesso
3. Diritto all'informazione
4. Diritto al consenso
5. Diritto alla libera scelta
6. Diritto alla privacy e alla confidenzialità
7. Diritto al rispetto del tempo dei pazienti
8. Diritto al rispetto degli standard di qualità
9. Diritto alla sicurezza
10. Diritto all'innovazione
11. Diritto a evitare le sofferenze ed il dolore inutile
12. Diritto ad un trattamento personalizzato
13. Diritto al reclamo
14. Diritto al risarcimento.

Inoltre, la redazione e l'aggiornamento periodico della carta dei servizi, con le caratteristiche sopra descritte, costituisce un requisito di accreditamento per le strutture private.

Sintesi obiettivi "Migliorare la partecipazione e la competenza del cittadino e della comunità locale"

Obiettivi ed azioni prioritarie	Strumenti generali nel PSR
<ul style="list-style-type: none">• Migliorare la competenza (empowerment) Supportare la capacità dei cittadini a scegliere stili di vita per la salute; Facilitare il cittadino ad orientarsi correttamente nei consumi di servizi e prestazioni.• Migliorare il consenso (partner delle cure) Attivare azioni per la salute a livello di comunità locali, da perseguire con interventi integrati.• Migliorare la partecipazione ai processi di programmazione e valutazione dei servizi	<ul style="list-style-type: none">• Revisione delle modalità del "Consenso alle cure" come coinvolgimento del cittadino nel processo di cura e di assistenza• Sviluppo della Carta dei Servizi, con processo partecipativo delle diverse strutture di erogazione; pubblicazione e diffusione.• Potenziamento degli Uffici Relazioni con il Pubblico (URP) e utilizzo delle segnalazioni per il miglioramento dei servizi• Campagne di educazione sanitaria e di promozione della salute• Costituzione di comitati consultivi misti nei Distretti e partecipazione alla definizione dei Piani distrettuali (PAT) e loro verifica• Indicazioni sulla standardizzazione della cartella clinica (anche nell'ambito delle Unità di rischio clinico)

2.13 Il processo di valutazione del piano sanitario regionale

La valutazione di effetto degli atti di programmazione è un processo fondamentale che deve avere la caratteristica della obiettività e della libertà rispetto ad eventuali conflitti di interesse. È quindi necessario che il processo di valutazione sia guidato da un soggetto esterno rispetto ai contenuti della valutazione stessa, seppure partecipe, interattivo ed attento alla correttezza dei percorsi comunicativi.

La Regione, nel mettere in atto il meccanismo di valutazione del PSR, intende avviare in tale ambito un corretto rapporto con l'ASREM, i diversi enti erogatori pubblici e privati accreditati, le

Autonomie Locali e componenti della società civile, ponendo al centro del processo valutativo la trasparenza dei risultati rispetto agli obiettivi di salute a cui è finalizzato l'intero impianto del PSR.

Il presente Piano prevede gli strumenti di valutazione di effetto delle politiche da esso attivate. Questa scelta permetterà di sorvegliare il livello di realizzazione dei cambiamenti che il Piano prevede e di orientare *in itinere* il processo di riorganizzazione dei servizi sanitari.

Il processo di valutazione richiede l'uso di specifici indicatori. Per essere utili ed applicabili questi ultimi sono:

- informativi rispetto agli obiettivi,
- numericamente limitati,
- facilmente rilevabili a livello regionale e/o aziendale.

L'accessibilità a questi indicatori viene universalmente garantita, così permettendo la trasparenza del processo di valutazione.

Gli indicatori sono suddivisi in tre gruppi: indicatori di effetto generale, indicatori di effetto delle scelte strategiche e degli strumenti, indicatori di effetto delle azioni.

A loro volta, nei tre gruppi saranno previsti indicatori di processo o efficienza (fino a che punto i cambiamenti organizzativi previsti sono stati attuati) e di esito o efficacia (quanto questi hanno cambiato parametri connessi con la salute e la percezione dei cittadini).

La Giunta Regionale, avvalendosi del **sistema di contabilità direzionale e dell'Osservatorio epidemiologico**, è impegnata ad attivare il processo di valutazione a partire dalla data di approvazione del Piano, e a produrre ogni anno per il Consiglio regionale una valutazione sintetica dello stato di attuazione del PSR, basata sugli indicatori previsti, nell'ambito della Relazione Sanitaria Regionale.

Si intendono utilizzare prioritariamente i seguenti indicatori di effetto:

Indicatore	Sistema informativo	Obiettivo quantitativo da raggiungere
Speranza di vita alla nascita	Demografico	Mantenimento degli attuali livelli nel triennio
Mortalità infantile	Registro di Mortalità Regionale	Ulteriore riduzione del tasso nel triennio
Tasso di ospedalizzazione	Schede di dimissione ospedaliera	160x1000 nel triennio
Tempi di attesa	Specialistica ambulatoriale	90% di adesione ai tempi indicati dal PSR nel triennio
Bilancio	Controllo di gestione	Pareggio nel triennio a livello regionale

Parte terza

Obiettivi di sistema: il riassetto della rete dei servizi

3. Il progetto per il cambiamento della rete dei servizi

Il Piano sanitario regionale si pone come obiettivo prioritario il riassetto dell'organizzazione dei servizi, con l'obiettivo del riequilibrio di attività e risorse tra i Livelli assistenziali e il miglioramento qualitativo dei servizi.

Il riassetto riguarderà:

- Riassetto della rete territoriale, con potenziamento della rete dei servizi sanitari e sociosanitari e rinnovo del sistema delle cure primarie
- Potenziamento dei servizi di prevenzione individuale e collettiva
- Riordino della rete ospedaliera

Per alcune aree trasversali, come le misure *di appropriatezza dell'uso della risorsa farmaco*, in ambito ospedaliero e territoriale, le presenti linee guida non riportano indicazioni specifiche, ponendosi l'obiettivo di sviluppare le strategie generali e le indicazioni del Piano di rientro.

Si tratta, pertanto, della ridefinizione del sistema di produzione dei LEA ricondotti, dal DPCM 29 novembre 2001, nelle 3 macro-aree: Assistenza distrettuale, Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro e Assistenza Ospedaliera.

Come delineato in premessa del PSR, gli obiettivi strategici da perseguire con la riorganizzazione dei macrolivelli assistenziali sono:

- il **potenziamento dell'offerta dei servizi territoriali** da realizzarsi attraverso il **progressivo spostamento di risorse economico-finanziarie** dal macrolivello ospedaliero e con la **riorganizzazione dell'assetto distrettuale**;
- la **ridefinizione dell'offerta ospedaliera** orientata all'appropriata e tecnologicamente avanzata assistenza al paziente acuto e alla garanzia delle situazioni di emergenza-urgenza;
- il **potenziamento dei servizi e degli interventi di prevenzione** individuale e collettiva; l'attivazione della rete di servizi territoriali a favore della popolazione anziana;
- la **valorizzazione** dell'intero sistema delle **cure primarie**, anche attraverso la promozione delle **forme innovative di associazionismo dei professionisti** (Unità di cure primarie, Casa della salute, ecc.);

Il potenziamento di tali settori dovrà realizzarsi all'interno del quadro delle risorse definito nel Piano operativo per il riequilibrio finanziario 2007-2009 stipulato con il Governo.

3.1 Riassetto della rete territoriale (Il LEA "Assistenza sanitaria distrettuale")

3.1.1 Le zone e il distretto

Nell'ambito della riforma del Servizio sanitario regionale previsto dalla *L.R. n. 9/2005*, un aspetto fondamentale riveste la configurazione delle zone territoriali quali ambito di governo intermedio tra ASREM e Distretti, con compiti di programmazione e gestione dei servizi sanitari e sociosanitari necessari per assicurare le prestazioni LEA e l'equo accesso ai servizi.

In questo modello, inevitabilmente, il Distretto diventa un secondo livello di governo territoriale, in quanto rappresenta l'articolazione della zona territoriale, e svolge funzioni di programmazione attuativa locale, con l'obiettivo prioritario di coordinarsi con il sistema sociale e la collettività locale, e di erogare i servizi e le prestazioni di assistenza primaria alla popolazione.

Un prevedibile sviluppo di questo modello, che va realizzato nel triennio di riferimento del Piano, è quello di realizzare un **unico livello di governo del sistema territoriale**, tramite il rafforzamento del ruolo del distretto e il collegamento in rete dei presidi ospedalieri.

A tal fine, alla Giunta regionale è affidato il mandato di proporre al Consiglio regionale entro il triennio di vigenza del presente PSR la modifica della *L.R. n. 9 del 2005* prevedendo il superamento delle "zone" e il rafforzamento del livello distrettuale, sulla base delle indicazioni del presente Piano.

Con questo presupposto si può delineare il Distretto sociosanitario come luogo di governo e integrazione delle cure primarie e domiciliari, riferimento unitario per il cittadino, attuando quanto previsto dal *D.Lgs. 229/99*. Questo decreto delinea un Distretto "forte", ben lontano da un semplice luogo di coordinamento nella erogazione dei servizi di assistenza di base, in quanto ha la funzione di governare l'intera rete dei servizi sanitari e sociosanitari territoriali, garantendo il coordinamento e l'integrazione tra i diversi "nodi" della rete, ossia tra professionisti e servizi dell'area sanitaria e socioassistenziale.

Spetta al Distretto, inoltre, coordinare ed erogare il sistema delle cure primarie, 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 sociosanitaria.

In sintesi, secondo le indicazioni nazionali (PSN 1998-2000 e successivi), il Distretto deve diventare:

- «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 lavorare su 3 aspetti fondamentali: costituire un punto di accesso unico per il cittadino per tutti i servizi dell'azienda, 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 che coincida 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.

Sull'area territoriale, 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.

3.1.2 Il Distretto sociosanitario: funzioni e organizzazione

Il ruolo strategico che il Piano sanitario regionale affida al macrolivello territoriale si realizza principalmente tramite il **riassetto dei distretti attualmente caratterizzati da alcune debolezze, tra cui principalmente:**

- ristrettezza dell'ambito di riferimento, con conseguente difficoltà di gestire percorsi di cura territoriali,

- debolezza programmatoria ed organizzativa dovuta anche alla già citata compresenza sul territorio di zone e distretto, che comporta anche una dispersione nell'utilizzo delle risorse finanziarie e soprattutto professionali,

- cronica carenza di personale che ha reso difficile lo sviluppo capillare dei servizi,

- scarsa chiarezza nei rapporti tra Distretti e Dipartimenti territoriali ed ospedalieri e difficoltà di integrazione con gli ospedali per la gestione della post-acuzie e delle patologie a lungo decorso o croniche,

- disomogeneità nello svolgimento delle attività tra i diversi Distretti e scarsa capacità di conoscenza e diffusione delle buone pratiche.

L'obiettivo prioritario del Piano è definire una nuova e più solida architettura del Distretto, in attuazione delle indicazioni del *D.Lgs. 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 altre strutture complesse e semplici, 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. 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 rendere omogeneo il sistema, nel Distretto vengono delineate **4 macro aree di attività** riconducibili a:

- **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 agli anziani, delle cure domiciliari e residenziali**, che

comprende anche la semi-residenzialità (centri diurni) e l'assistenza protesica, e richiede la creazione dei percorsi di accesso e di presa in carico delle persone con bisogni sociosanitari complessi;

- **area dell'assistenza consultoriale**, con assistenza in gravidanza e puerperio, controllo fertilità e prevenzione dell'IVG, prevenzione dei tumori femminili, spazio adolescenti;

- **area di coordinamento delle attività dei Dipartimenti territoriali** (prevenzione, dipendenze, salute mentale).

- Azioni prioritarie:

- **Revisione degli ambiti territoriali dei distretti, che devono essere di norma di 50-60.000 abitanti**, con riduzione del numero di distretti dagli attuali 13 a 7 e contestuale ridefinizione degli Ambiti Sociali da 11 a 7.

- Omogeneizzare modalità operative e gestionali basate sulle migliori pratiche presenti nella regione.

- Introduzione e sviluppo di sistemi di valutazione del bisogno e dell'organizzazione e costruzione di adeguati flussi informativi regionali.

- Potenziamento dei servizi a gestione diretta di cure domiciliari, sulla base delle linee guida regionali adottate con *Delib.G.R. 30 maggio 2007, n. 556*.

- Realizzazione di modalità adeguate di gestione domiciliare del paziente multiproblematico e sviluppo di strumenti operativi di continuità di cura e di presa in carico.

- Attivazione della **Unità di Valutazione Multidimensionale** Distrettuale, in modo che ogni Distretto sia in grado di realizzare la valutazione e la "presa in carico" dei bisogni del cittadino, strutturando percorsi di cura ed assistenza, utilizzando al meglio il ventaglio dell'offerta sanitaria.

- Sviluppo delle reti integrate dell'offerta territoriale della regione attraverso la definizione di percorsi a diverso livello di intensità assistenziale;

- Attivazione di strutture e posti di residenzialità per anziani non autosufficienti, sulla base delle indicazioni del Piano stralcio previsto dal Piano di rientro, anche tramite riconversione di posti letti ospedalieri;

- Potenziamento della riabilitazione extraospedaliera ed introduzione di nuovi modelli organizzativi come Ospedali di Comunità, Casa della Salute ed Hospice (attualmente presente solo a Larino).

- Attivazione di meccanismi e strumenti di continuità dell'assistenza e di dimissione protetta (intesa come modalità per garantire la presa in carico dei pazienti da parte dell'UVM durante gli ultimi giorni di degenza ospedaliera).

- Introduzione di modalità operative di integrazione tra i professionisti, ricerca di strumenti idonei al trasferimento delle informazioni utili, definizione di modalità di passaggio ai diversi livelli della rete territoriale. Attraverso accordi decentrati/integrativi vanno create le condizioni per valorizzare il ruolo del medico di medicina generale, quale vero case-manager dei percorsi assistenziali e lettore/interprete dei bisogni sanitari della comunità.

- Realizzazione, nel Distretto, del **Porta unica di Accesso** ai servizi territoriali, come luogo di orientamento, accettazione e presa in carico del bisogno di salute del cittadino.

- Definizione dei livelli d'integrazione socio sanitaria, ogni Distretto deve definire la mappa dell'offerta in accordo con gli Ambiti sociali, per la tutela dei soggetti "fragili" (tutela materno infantile e adolescenza; disabilità, cronicità e demenza; salute mentale e dipendenza.).

- Uso **flessibile ed integrato** delle risorse.

La scelta di fondo dell'azione di governo regionale vede la *centralità del territorio* (comunità - distretto - dipartimento di prevenzione - medico di medicina generale), la *promozione della cooperazione* tra i soggetti erogatori per garantire l'integrazione e l'appropriatezza dei diversi livelli assistenziali, *l'integrazione interdisciplinare, interprofessionale e intersettoriale* come strategia operativa di fondo partendo sempre dall'integrazione socio-sanitaria.

LE FUNZIONI

Secondo il *Decreto Legislativo n. 229 del 1999*, recante norme per la razionalizzazione del SSN, il Distretto è, al contempo, luogo:

- **di programmazione e governo dei servizi territoriali e dei percorsi di cura** (ruolo di committenza: individuazione di quali risposte per quali bisogni), garantendo l'integrazione;

- **di erogazione di attività e prestazioni**, di tipo domiciliare, semiresidenziale e residenziale (ruolo di produzione di servizi di assistenza primaria).

La principale funzione del Distretto è **garantire a tutti i cittadini del territorio di competenza l'erogazione appropriata e tempestiva delle attività e prestazioni comprese nel LEA distrettuale**, con la presa in carico globale e continuativa del paziente, programmando anche il passaggio tra i diversi setting dei servizi quando necessario.

Il Distretto deve garantire tutto questo anche e soprattutto ai soggetti più fragili, perseguendo **l'equità sostanziale nell'accesso alle cure** con azioni mirate a rendere facilmente conoscibili e fruibili i servizi e a far emergere la domanda inespressa di salute. Si ritiene prioritario, a questo fine, attivare in nella Regione Molise la **porta unica di accesso ai servizi**, in via

sperimentale, al fine di valutarne l'utilità in termini di facilitazione dell'accoglienza e della presa in carico della persona, integrando i diversi professionisti e servizi per garantire una risposta assistenziale adeguata ai bisogni sociosanitari complessi.

Il DPCM 29 novembre 2001, di "Definizione dei livelli essenziali di assistenza" (LEA), indica le aree di assistenza comprese nel LEA distrettuale:

- assistenza sanitaria di base
- attività di emergenza sanitaria territoriale
- assistenza farmaceutica erogata attraverso le farmacie territoriali
- assistenza integrativa
- assistenza specialistica ambulatoriale
- assistenza protesica
- assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare
- assistenza territoriale residenziale e semiresidenziale
- assistenza termale.

L'area distrettuale è, pertanto, molto vasta e comprende anche le attività o servizi afferenti alle cosiddette "fragilità", quali la prevenzione e la cura delle tossicodipendenze; attività o servizi rivolti a disabili ed anziani; le cure domiciliari semplici e complesse, le attività o servizi per le patologie da HIV e per le patologie in fase terminale, le attività o servizi consultoriali per la tutela della salute di: infanzia, donna e famiglia.

Trovano, inoltre, collocazione funzionale nel distretto le articolazioni organizzative dei:

- dipartimento della salute mentale
- dipartimento della prevenzione.

OBIETTIVI

Sugli obiettivi di tutela del LEA "Assistenza Distrettuale" **si confermano le indicazioni del Piano di rientro** e si riportano gli obiettivi prioritari ed ulteriori di riassetto dei servizi.

Sintesi obiettivi prioritari sul riassetto organizzativo del Distretto

Criticità	Obiettivi	Azioni
-----------	-----------	--------

Sovrapposizione di ruoli tra Zone e Distretti Distretto debole e frammentato, nel ruolo di articolazione della zona, e di piccola realtà territoriale	Costruzione di un Distretto "forte", unico livello di governo locale per il governo dei percorsi di cura territoriali	Percorso di superamento delle zone e riconduzione delle competenze territoriali ai Distretti Riconduzione del numero dei distretti dagli attuali n. 13 a n. 7 Distretti, ai sensi dell' <i>art. 3-quater del D.Lgs. 229/99</i>
Non perfetta coincidenza con gli ambiti sociali e debolezza nella reale rappresentatività dei bisogni di una comunità locale	Coincidenza Distretti e Ambiti sociali	La riorganizzazione degli ambiti territoriali da 13 a 7 va accompagnata con la modifica degli attuali 11 ambiti sociali previsti dal Piano sociale regionale 2004-2006 per una piena coincidenza: 7 Distretti e 7 Ambiti sociali
Difficoltà del Distretto di garantire percorsi integrati sociosanitari	Sviluppo del Distretto in chiave "sociosanitaria" e alcune priorità	Integrazione tra Distretti ed Ambiti sociali per le aree della fragilità e non autosufficienza, con: - definizione dei Programmi di attività distrettuali, Piani di Zona sociali, Accordi di programma - realizzazione dei relativi interventi, con chiara attribuzione di responsabilità e oneri finanziari. Sviluppo delle attività sociosanitarie per i soggetti fragili e dei nuovi problemi, quale l'immigrazione. Attivazione, in via sperimentale, di un progetto di telemedicina per alcune patologie, seguendo il concetto di "telemedicina" proposto dal Ministero della salute, sulla base dell' European Health Telematics Observatory -Osservatorio delle applicazioni mediche della telematica.
Debolezza del Distretto come luogo di programmazione e raccordo di professionisti e servizi diversi sul territorio Disomogeneità dell'articolazione organizzativa e del funzionamento delle strutture.	Riorganizzazione del Distretto	Indicazione chiara delle funzioni del Distretto secondo quanto previsto dal <i>D.Lgs. 229/99</i> con funzioni di committenza e produzione ed in particolare: - polo di coordinamento della rete dei servizi sanitari e sociosanitari territoriali - punto di riferimento del cittadino

<p>Carenza di erogazione di alcuni servizi territoriali.</p>		<p>per l'accesso ai servizi e ai percorsi di cura sul territorio e nel collegamento ospedale-territorio</p> <ul style="list-style-type: none"> - sede principale dell'integrazione sociosanitaria <p>Priorità assoluta di razionalizzare i rapporti tra i Distretti e i presidi ospedalieri e territoriali, finalizzati al conseguimento di una maggiore efficienza ed efficacia nel quadro di un più qualificato impiego delle risorse disponibili, capaci comunque di migliorare i livelli di salute della Comunità;</p> <p>Individuazione del distretto come struttura complessa con attribuzione ai distretti di un budget per obiettivi di salute da conseguire</p> <p>Sviluppo della funzione del Distretto di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - accettazione, valutazione ed orientamento della domanda di salute dei cittadini, - risposta appropriata e non differita alle condizioni di cronicità, non autosufficienza e fragilità. <p>Definizione all'interno del Distretto di un Porta unica di accesso ai servizi territoriali rivolto prioritariamente ai soggetti "fragili".</p> <p>Individuazione delle modalità di coordinamento con il Dipartimento di Salute Mentale e Dipartimento di Prevenzione.</p>
<p>Carenza di conoscenza della rete dei servizi territoriali</p>	<p>flusso informativo territoriale</p>	<p>Va sviluppato un sistema informativo, anche valorizzando i progetti già in essere (tra cui la messa in rete dei Medici di medicina generale e dei Pediatri di libera scelta)</p>

Il presente piano introduce un **sistema integrato di indicatori di monitoraggio** del macrolivello territoriale che si compone anche:

- della Scheda di Rilevazione dell'Attività Domiciliare RAD, introdotta dal Mattone 13 per la realizzazione del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) e ripreso dal Sistema delle Cure Domiciliari-Linee Guida;
- dei flussi informativi che alimentano il sistema regionale di controllo direzionale;
- del sistema di monitoraggio RUG per la Rete residenziale;
- degli indicatori dei flussi informativi nazionali.

3.1.3 Gli strumenti di programmazione (Il piano locale di salute del Distretto e il Piano di zona)

La necessità che il Distretto diventi una realtà precisa, visibile e riconoscibile dai cittadini, capace di garantire la continuità assistenziale e di governare una complessa rete di servizi e di percorsi di cura sul territorio, si avvia da questo grande passaggio: **il Distretto è sede di programmazione**, di definizione degli obiettivi di salute e di riorganizzazione dei servizi e **non solo un centro di erogazione di servizi**.

Spetta al direttore di distretto, pertanto, individuare i bisogni di salute e le priorità da conseguire, concertare obiettivi e programmi di attività con gli enti locali e con i diversi interlocutori, negoziare annualmente con il Direttore generale della ASREM le relative risorse, nell'ambito dei programmi di budget.

Gli strumenti per la programmazione integrata e negoziata dei servizi, a livello locale, sono costituiti da:

- **il Piano delle Attività Territoriali (PAT)** di cui è titolare il Distretto;

- **il Piano di Zona (PDZ)** la cui titolarità spetta al Comune, o meglio ai Comuni associati in Ambito Sociale, ai sensi della *Legge 328/2000*.

Entrambi i Piani sono l'espressione di una intera comunità, che assume in prima persona la responsabilità del proprio benessere ed insieme concorrono a costruire la rete dei servizi integrati, con un'offerta sempre più diversificata dei servizi alla persona che mira ad assicurare salute e benessere inteso come stato di equilibrio tra diversi fattori.

Entrambi i Piani si basano sul principio dell'intersettorialità degli interventi, cui concorrono le diverse strutture operative.

È fondamentale che le indicazioni del PAT ed il PDZ siano pienamente **coincidenti per l'area dell'integrazione sociosanitaria**, garantendo unicità della programmazione per la grande fascia della "fragilità".

Queste indicazioni saranno poi recepite e attuate tramite **l'accordo di programma** tra il Distretto e l'Ambito Sociale, che dovrà individuare le modalità operative, decidendo i responsabili degli

interventi, le attività da svolgere e le modalità organizzative, i tempi e le risorse da attivare per garantire i LEA sociosanitari ai cittadini.

In linea generale il PAT costituisce un vero e proprio **Piano locale di salute** del Distretto e rappresenta lo strumento per definire:

- L'analisi dei bisogni e della domanda di salute a livello locale;
- Gli obiettivi prioritari di salute e di riorganizzazione dei servizi relativi a: minori, famiglia, anziani, disabili e area dell'inclusione sociale;
- I percorsi per collegare gli Enti e le associazioni che entrano a far parte del PAT e le sedi operative (tra cui l'Ufficio di Piano);
- Gli strumenti per garantire l'accessibilità, la qualità, la quantità dei servizi e delle prestazioni (tra cui la porta unica di Accesso; i percorsi di cura, le modalità per semplificare l'accesso ai presidi e servizi da parte delle persone con disabilità etc.);
- Le risorse necessarie per garantire l'implementazione del PAT e le quote rispettivamente a carico del SSN e dell'utente (o del Comune in caso di indigenza);
- Gli indicatori per la misurazione del raggiungimento degli obiettivi di salute.

Il PAT è proposto dal direttore del distretto sulla base delle risorse assegnate e delle priorità stabilite dalla regione; è elaborato con la partecipazione degli enti locali, ossia con il Comitato dei sindaci del distretto (è prevista l'intesa del Comitato per le attività sociosanitarie e il parere dello stesso sugli altri aspetti); è approvato dal direttore generale dell'ASREM.

Il Comitato dei Sindaci di Distretto, oltre a partecipare alla definizione del Programma delle attività territoriali, concorre alla verifica delle relative attività e del raggiungimento dei risultati di salute.

Il Piano di Zona è, secondo quanto previsto dall'art. 19 della Legge quadro 328/2000, lo strumento con cui i Comuni, singoli o associati, di intesa con i Distretti e con gli altri organismi presenti sul territorio, definiscono obiettivi e modalità per la gestione unitaria del sistema locale degli interventi sociali e socio- sanitari in rete.

È dunque lo strumento di programmazione per la gestione unitaria dei servizi alla persona ed attua, a livello locale, le scelte e gli obiettivi di politica sociale, previsti dal Piano Sociale Regionale.

3.1.4 Sperimentazione della Porta unica di accesso ai servizi sanitari e sociosanitari territoriali

La necessità di trovare soluzioni operative semplici per rendere maggiormente fruibile e riconoscibile il Distretto e i suoi servizi, ha portato diverse Regioni ad adottare, per lo più in forma sperimentale, una **Porta unica di accesso**, prioritariamente rivolto alle cure domiciliari per i soggetti più fragili, ma gradualmente utilizzabile anche per l'accesso a presidi e servizi residenziali e semiresidenziali.

La PUA costituisce il primo e fondamentale anello di un più ampio 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 costruzione di un piano personalizzato di assistenza, ed infine il processo di verifica dei risultati conseguiti.

Consentirà anche di ridurre i ricoveri ospedalieri impropri e ripetuti, soprattutto per i soggetti più fragili, consentendo una più facile accessibilità e coordinamento nel percorso delle cure domiciliari.

Il presente Piano prevede la sperimentazione, in fase iniziale, della Porta unica di accesso in due Distretti, con apertura giornaliera di 4-8 ore, con l'obiettivo di verificare, nel triennio, l'utilità di questo strumento e l'eventuale successiva adozione in tutti i distretti della regione.

La sperimentazione della PUA si svilupperà secondo le seguenti indicazioni operative [3]:

La Porta unica di Accesso (PUA) è 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. È costruito sui bisogni della persona, mira a migliorare le modalità di presa in carico unitaria della stessa, e ad eliminare o semplificare i numerosi passaggi che la persona assistita e i suoi familiari sono spesso costretti ad intraprendere.

Ciò implica un cambiamento di prospettiva sostanziale: si tratta di "passare dal malato che ruota intorno ai servizi, ai servizi costruiti intorno al bisogno della persona", come indicato dal PSN 1998-2000 e confermato dai successivi Piani sanitari nazionali.

[3] Le indicazioni operative per la realizzazione della PUA sono frutto di un progetto di ricerca finalizzata 2006-2007, finanziato dal Ministero della salute ex *art. 12 del D.Lgs. 502/92*, coordinato dall'Agenzia per i servizi sanitari regionali e svolto con la partecipazione di 9 Regioni, Federsanità-ANCI e la Fondazione Gigi Ghirotti per l'ascolto e l'assistenza del malato oncologico.

Funzioni principali

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 e ospedaliera

- connessione in rete con le risorse organizzative del sistema per garantire la continuità dell'assistenza.

Attività svolte

- analisi della domanda e individuazione percorsi
- registrazione dell'accesso
- risposte informative e di orientamento sui percorsi assistenziali e socio- sanitari e sulle modalità di accesso
- apertura di una cartella con data- set minimo di informazioni, per bisogni complessi
- segnalazione del caso complesso (bisogno sociosanitario) con trasmissione informazioni, all'UVM per la valutazione del bisogno e l'eventuale presa in carico.

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

L'attivazione della PUA implica anche una riorganizzazione delle procedure amministrative e burocratiche per semplificare 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.

La Porta unica di Accesso, pertanto:

- fornisce informazioni, aggiornate in tempo reale (e possibilmente disponibili on line per gli operatori), relative alle diverse opportunità, risorse, prestazioni, agevolazioni, servizi del sistema dei servizi, prima di tutto per la domiciliarità, esistenti e accessibili per gli utenti del territorio;
- raccoglie le domande di accesso a prestazioni e servizi e le inoltra, se occorre, ai servizi competenti;
- effettua una prima lettura dei bisogni, proponendo al cittadino le prestazioni e i servizi a lui accessibili in base alla tipologia di bisogno;
- invia a servizi e operatori specialistici le situazioni complesse e/o delicate, che possono necessitare di una successiva valutazione e presa in carico integrata;
- fornisce le risposte dirette a bisogni semplici e attiva l'UVM quando necessario, per i bisogni complessi.

La Porta unica d'Accesso costituisce la prima porta a disposizione dei cittadini, dove si realizza una sorta di triage di prima o precoce valutazione, caratterizzato da competenze proprie centrate sulla capacità d'individuazione dei percorsi territoriali appropriati, oltre che della lettura del bisogno sociale e sanitario. A regime il PUA deve possedere le seguenti caratteristiche:

Sede

Deve avere una sede territorialmente accessibile e deve essere ubicato in ambito distrettuale; può avvalersi di sedi decentrate presso gli "sportelli distrettuali" o gli "sportelli di cittadinanza" (Segretariati Sociali), presenti nei Comuni e nelle associazioni intercomunali. Deve garantire la facile raggiungibilità da parte degli utenti.

La sede deve possedere i requisiti strutturali, organizzativi e di strumentazione tecnologica per essere in grado di assolvere in maniera qualificata e tempestiva a tutte le sue funzioni.

Dovranno prevedersi:

- Spazi dedicati a funzioni di front- office, in cui siano raccolte informazioni, segnalazioni, archivi, dotati dei necessari mezzi di comunicazione telefonica e telematica; dovrà essere collegata on line con gli altri servizi della ASL ed in particolare con l'U.O. distrettuale per le Cure Domiciliari e con i servizi sociali dei Comuni.

- Spazi adeguatamente "riservati" per colloqui e valutazione del caso assistenziale a maggiore indice di complessità.

La programmazione aziendale individua le sedi della Porta unica di accesso, le risorse a ciò destinate (operatori, attrezzature, spazi), le modalità di copertura dei costi legati al suo funzionamento.

Deve essere garantita una diffusa ed idonea informazione ai cittadini sulla PUA, che comprenda l'ubicazione, le funzioni, gli orari e le modalità di accesso.

Operatività

Il personale di front- office e le relative funzioni saranno definite d'intesa tra Distretto e Ambito sociale al fine di garantire unitarietà in tutto il percorso. Le funzioni di back- office e di coordinamento sono assicurate dal Direttore del Distretto o da un suo delegato in stretta collaborazione con il responsabile dell'ufficio di piano dell'Ente di Ambito Sociale.

Il Distretto, anche in base alla pianificazione locale integrata (PAT e PdZ), individua:

- specifiche figure professionali da inserire nella PUA, tenendo conto che la dotazione minima dovrà prevedere un medico, un assistente sociale dell'Ambito, personale infermieristico e unità amministrative;

- orari di accesso al pubblico, prevedendo una operatività di 8 ore al giorno nella fascia oraria 8-20 x 6 gg. Settimanali (5 giorni e 6 ore nei prefestivi);

- modalità di comunicazione con i diversi servizi sanitari (cure primarie, servizi specialistici, dipartimenti, presidi ospedalieri, etc), servizi sociali istituzionali (Provincia, Ambiti Sociali, Scuola, Tribunale, Prefettura..) e non istituzionali (centri residenziali, RA, cooperative sociali, volontariato..);

- sistema informativo di supporto.

Per un corretto funzionamento, la porta unica di Accesso deve poter garantire:

- una regia organizzativa per la predisposizione iniziale della PUA;
- la formazione di personale dedicato, l'individuazione dei componenti delle commissioni di valutazione del bisogno e delle competenze dei singoli operatori;
- il coordinamento dei vari professionisti ed Enti territoriali;
- la predisposizione di procedure e di strumenti, strutturali e telematici, e di programmazione specifica dell'attività, con uso di documentazione comune e condivisa;
- l'individuazione di strutture idonee.

Segnalazione ed accettazione

Si tratta di una procedura formalizzata che può essere inoltrata su modelli cartacei (schede), tramite telefono, computer o, semplicemente anche sul piano verbale, che contiene le informazioni fondamentali per definire la domanda di assistenza.

Alla segnalazione seguono altre azioni che possono riguardare l'inoltro diretto a servizi o la richiesta di specifica valutazione preliminare alla presa in carico del caso.

Nei termini indicati si privilegia la segnalazione formalizzata anche a fini statistici e di verifica dei percorsi assistenziali.

Occorre distinguere tra segnalazione ed attivazione degli interventi:

- La segnalazione può giungere da diversi attori: medico di medicina generale, medico ospedaliero, servizi sociali del Comune, diretto interessato, familiari o supporti informali, volontari. La porta unica di accesso raccoglie (anche grazie all'ausilio di mezzi di comunicazione oggi disponibili: telefono, fax, e-mail) e analizza le richieste, le integra se necessario (con segnalazione al MMG se la richiesta proviene da altra fonte). Effettua, poi, l'accettazione delle domande e, se il caso è complesso, attiva la Unità di Valutazione Multidimensionale. Questa fase risulta molto importante per la "riconoscibilità" del servizio per il cittadino e per facilitare i rapporti con i diversi operatori coinvolti.

- L'attivazione verrà gestita dagli operatori della PUA, attraverso risposte distrettuali o attraverso risposte dei servizi afferenti alla rete territoriale, che comunque dovranno trasmettere allo sportello la modulistica (scheda di segnalazione e/o impegnativa del medico) al fine di centralizzare in questa sede la determinazione delle prestazioni eseguite ed il numero di utenti assistiti nel sistema, con lo scopo evidente di rendere omogeneo il percorso della raccolta dati. Relazioni con gli altri contesti.

La PUA come sopra definito presuppone la collocazione all'interno di un "sistema" che si avvale di più risorse e di "reti" clinico-terapeutiche, psico-sociali, solidaristiche, per rispondere ai bisogni multidimensionali delle persone che accedono ai servizi.

É indubbia, in tal senso l'importanza delle reti nei confronti delle fragilità e della cronicità, con particolare riferimento alle reti familiari, reti della solidarietà sociale, reti sociosanitarie e reti sanitarie.

3.1.5 Lo sviluppo delle cure primarie

Il Piano si pone l'obiettivo prioritario di realizzare **una rete integrata di servizi di assistenza primaria**, fondamentale per intercettare la domanda di salute e garantire la continuità dell'assistenza, con la presa in carico dell'utente e il governo dei percorsi sanitari e sociali, in una rigorosa linea di appropriatezza degli interventi e di sostenibilità economica. Ciò consentirà al territorio di soddisfare, nella misura massima possibile, la domanda di salute a partire dal primo intervento, perseguendo anche l'obiettivo di ricondurre le liste di attesa entro tempi accettabili.

Il principale strumento per lo sviluppo delle cure primarie, individuato dalla programmazione sanitaria nazionale e regionale, è costituito dalla **medicina associata, nelle forme innovative** che consentono la condivisione di obiettivi di tutela della salute da parte dei medici e altri professionisti associati, definiti concordemente nel Distretto.

In tal senso si orienta anche l'Accordo Collettivo Nazionale dei medici di medicina generale recepito con Atto d'Intesa della Conferenza Stato Regioni del 23 marzo 2005, che prevede la valorizzazione del territorio quale sede di maggiore intercettazione della domanda di salute, attraverso:

- una forte incentivazione dell'attività associativa dei medici, in particolare della forma di gruppo
- la garanzia della continuità dell'assistenza di tutti i cittadini, quale condizione principale per rispondere alla domanda di salute in un quadro di appropriatezza degli interventi
- l'implementazione della costruzione di una rete informatica che colleghi la maggior parte dei medici convenzionati
- la progressiva integrazione dei medici della continuità assistenziale con l'attività della medicina generale.

Lo stesso Accordo prevede, all'art. 26, le forme organizzative delle cure primarie: equipe territoriali ed UTAP (Unità territoriali di assistenza primaria).

Finora la debolezza del modello associativo delle cure primarie, anche nelle forme più innovative, derivava dall'adesione volontaria dei professionisti, con il conseguente rischio di diffusione disomogenea sul territorio. Altrettanto difficile risultava coordinare le diverse forme associative con le strategie e gli obiettivi di tutela di salute del Distretto.

Ora, tramite il citato art. 26, si sta operando un passaggio fondamentale: spetta alla programmazione regionale definire forme organizzative delle cure primarie che, seppur basate sull'adesione volontaria dei professionisti, sono considerate elementi fondamentali per l'attuazione degli obiettivi di tutela della salute del Distretto.

A tal fine si **prevede la sperimentazione**, definita in sede regionale d'intesa con le oo.ss., di **Unità di cure primarie**, quali strutture operative organizzate dagli stessi professionisti e fondate sul lavoro di gruppo, **di tipo funzionale o con sede comune**, composte da medici di medicina generale (assistenza primaria e medici di continuità assistenziale) e pediatri di libera scelta, con la presenza di specialisti ambulatoriali interni ed altre professionalità sanitarie, in un quadro di unità programmatica e gestionale del territorio di ogni azienda sanitaria, in coerenza con l'intesa Stato -Regioni del 29 luglio 2004 e con l'ACN della medicina generale del 23 marzo 2005 (art. 26).

Le unità di cure primarie costituiscono un presidio del Distretto e sono finalizzati al conseguimento di specifici obiettivi di tutela della salute:

- incremento delle attività di prevenzione primaria e secondaria (ad esempio: vaccinazione antinfluenzale nei soggetti a rischio; screening mammografico; progetti di counselling: lotta al tabagismo, all'alcolismo, alla dipendenza da droghe, al sovrappeso e all'obesità);

- miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva per la farmaceutica, la specialistica ed i ricoveri ospedalieri;

- garanzia di una effettiva continuità assistenziale per i malati affetti da condizioni croniche e invalidanti (ad esempio: partecipazione dei MMG/PLS alle unità di valutazione multidimensionale e alla realizzazione del piano individuale di assistenza).

Altri obiettivi possono essere individuati dal Distretto nell'ambito del programma delle attività territoriale e di appositi accordi con i medici di assistenza primaria.

Obiettivi di continuità assistenziale

Il modello organizzativo in atto garantisce il servizio e la dotazione dei medici in rapporto alla popolazione è 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 3500 abitanti residenti.

Si osserva:

- Gli attuali punti di continuità assistenziale sono antecedenti alla costituzione dell'Azienda unica regionale e, pur nel rispetto dei parametri di densità di popolazione, non sempre riescono a garantire un assetto organizzativo che sia a copertura di una tipologia diversificata del servizio che tenga conto dei percorsi assistenziali in carico al distretto e possa incidere sulla qualità delle prestazioni e sul livello di soddisfazione dell'utenza.

- Le attuali sedi non sono adeguatamente strutturate e al servizio mancano quelle facilitazioni e potenzialità che il progresso tecnologico e i nuovi sistemi di comunicazione potrebbero offrire.

- È di rilevante necessità una maggiore integrazione dei medici di continuità assistenziale con i medici di medicina generale nell'ambito delle nuove funzioni dell'assistenza primaria definite nell'Accordo collettivo Nazionale e nell'Accordo decentrato regionale, con i medici di pronto soccorso e con gli specialisti ospedalieri e del territorio.

Azioni di qualificazione della continuità assistenziale potrebbero essere:

- progetto sperimentale rivolto a pazienti assistiti in assistenza domiciliare e residenziale. E bambini in età da 0-6 anni.

È necessario dare continuità al domicilio dei pazienti o presso strutture protette, ai programmi di assistenza domiciliare in stretta collaborazione con il personale infermieristico delle cooperative e con i dirigenti sanitari distrettuali, al fine di garantire le necessità assistenziali anche nei periodi festivi e notturni o in caso di impedimento temporaneo nei giorni feriali del MMG, nell'ambito di complessi percorsi assistenziali. Il medico di C.A., impegnato nella visita, deve poter seguire il programma terapeutico della scheda clinica individuale.

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

Le modalità di corresponsione dei compensi previsti dagli Accordi Collettivi potranno essere definite in sede aziendale, unitamente ad opportuni indicatori di verifica dell'attività svolta.

- la continuità assistenziale presenta attualmente criticità nei confronti dei bambini in età 0-6 anni, che possono presentare problematiche cliniche moderate 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, da effettuare al di fuori dell'orario di servizio e con un compenso orario da definire in ambito di negoziazione regionale 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. L'attività potrebbe essere organizzata con due turni di tre ore e comprendere:

- verifica pazienti inviati dal triade di PS
- esecuzione prestazioni ambulatoriali concordate con l'Azienda e prescrizioni farmaceutiche
- redazione certificazioni di competenza MMG
- rinvio appropriatamente al MMG con breve relazione/referto
- affidamento a UU.OO. ospedaliere specialistiche dei pazienti che necessitano di consulenze, utilizzando il ricettario unico
- trasferimento pazienti area emergenza nei casi di necessità
- redazione apposito registro informatizzato delle prestazioni effettuate.

Si prevede di identificare, in via sperimentale e per la durata di un anno, l'ambulatorio quale **Centro Unico di chiamata** simile alle centrali operative del 118, quale struttura snella, agile ed economica per trattamenti di urgenza minori, con registrazione delle chiamate, da definire in sede di negoziazione regionale, comprendendovi **il consiglio terapeutico telefonico**, in considerazione della aumentata capacità del cittadino di descrivere in modo appropriato un sintomo o una situazione di malattia con possibile risposta terapeutica, previa inchiesta anamnestica.

Vanno definiti protocolli clinici condivisi che definiscano situazioni cliniche da poter monitorare con il consiglio telefonico.

L'attività ambulatoriale diurna feriale, prefestiva e festiva, innanzi descritta, potrebbe anche essere garantita con l'anticipazione o il prolungamento dell'orario degli studi dei MMG, con modalità da definirsi in sede di negoziazione regionale.

Questa Direzione, dopo confronto con i medici della continuità assistenziale e in considerazione della indispensabilità di una rete territoriale che valorizzi le cure primarie e intermedie, stante le multiproblematicità sanitarie e socio-assistenziali legate alle patologie croniche e la necessità di produzione di percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali nei luoghi più vicini a quelli in cui i cittadini vivono, in una visione d'integrazione delle risorse e coordinamento dei processi, ritiene non condivisibile un riassetto della continuità assistenziale che sostanzialmente vada a ingenerare commistioni con i presidi per l'emergenza sanitaria, sia per la specifica formazione richiesta che per il diverso stato giuridico degli operatori.

Diversamente è ipotizzabile un riassetto, come innanzi delineato, attraverso anche l'eventuale valutazione - ove possibile- di un ridimensionamento degli ambiti e la utilizzazione dei sanitari, in caso di eccedenza oraria, in attività diurne distrettuali e domiciliari che siano a garanzia dell'accoglienza in una organizzazione flessibile e adattabile a seconda delle esigenze della popolazione di riferimento.

Indicazioni operative per lo sviluppo sperimentale delle Unità di cure primarie:

Lo scopo della sperimentazione è di garantire, anche in tempi differenziati: l'erogazione di una effettiva continuità assistenziale nell'arco delle 24 ore (LEA) per 7 giorni alla settimana, con la presa in carico del paziente; risposte sanitarie e socio-sanitarie organizzate di livello più complesso, anche con utilizzo di adeguata strumentazione tecnica ed inserimento di altre professionalità a valenza territoriale.

La sperimentazione mira a ricondurre la medicina territoriale al proprio ruolo originario di intercettazione del fabbisogno sanitario, oggi spesso impropriamente attribuito al livello ospedaliero, tramite:

- un miglioramento continuo del processo e del percorso assistenziale;
- l'integrazione operativa e funzionale delle varie risorse professionali;
- la semplificazione dei percorsi di accesso alle prestazioni;
- l'appropriatezza delle prestazioni erogate;

- l'educazione sanitaria e la promozione della salute.

A tal fine occorre che l'Unità di cura primaria garantisca i seguenti servizi ed attività, modulati in relazione al livello organizzativo della sperimentazione:

- presa in carico da parte del medico presente nella sede dell'ucp, per la risoluzione di tutte le problematiche non differibili;
- attività di primo soccorso anche con l'intervento dell'infermiere inserito nell'UCP;
- prenotazione tramite il servizio CUP delle prestazioni specialistiche e indagini diagnostiche necessarie; prestazioni;
- specialistiche in funzione dei medici specialisti coinvolti nella sperimentazione;
- gestione delle patologie croniche;
- erogazione di prestazioni diagnostiche di 1° livello nelle sedi dove è presente la strumentazione necessaria.

Una riorganizzazione che deve assicurare:

- Una diminuzione degli accessi impropri al Pronto Soccorso, essenzialmente per la gestione dei codici bianchi;
- lo snellimento delle procedure burocratiche a favore dell'assistito;
- L'utilizzo di linee-guida comuni da parte dei medici che partecipano all'Unità di cure primarie;
- La predisposizione di protocolli diagnostico-terapeutici e di percorsi assistenziali innovativi concordati con Distretto e Ospedale;
- L'attivazione di ambulatori per particolari patologie, con integrazione specialistico-ambulatoriale, da concordare nel Distretto in relazione ai bisogni di salute della popolazione;
- Una risposta medico-infermieristica e specialistica h 24 anche per le cure domiciliari, residenziali e per interventi anche personalizzati a pazienti con patologie croniche.

I criteri da utilizzare per attuare il progetto sperimentale di unità di cure primarie sono:

- L'adesione volontaria, organica e/o funzionale, dei medici convenzionati che afferiscono all'area sperimentale;
- L'aggregazione per un bacino di utenza significativo, di 6.000-10.000 assistiti (con l'eccezione del distretto di Agnone: dove, eventualmente, le Unità di cure primarie dovranno essere di 3.000-6.000 abitanti);
- La disponibilità di una sede comune interna al presidio distrettuale o, solo dove non sia possibile, presso altre sedi del servizio sanitario regionale, rispondente ai requisiti indicati dagli Accordi Collettivi Nazionali vigenti, con presenza di infermiere, dotata di collegamenti informatici con gli ambulatori dei singoli medici aderenti e con il Distretto di riferimento, di adeguate

attrezzature e locali per interventi di primo soccorso e di personale di supporto, quale il collaboratore di studio. All'interno della sede centrale trova collocazione la parte significativamente più importante dell'attività dei singoli medici, pur permanendo l'apertura di ambulatori periferici individuali, ove si renda necessario, al fine di garantire il necessario livello di assistenza sanitaria ai cittadini;

- l'apertura della sede garantita per almeno 12 h, che gradualmente dovranno assicurare secondo quanto previsto nel PSR una continuità assistenziale nell'arco delle 24 ore per 7 giorni, con la presenza di personale medico e infermieristico;

- Tendenzialmente la sede del punto di guardia è localizzata nella sede centrale dell'UCP, al fine di meglio garantire la continuità di cure con l'apporto dei medici convenzionati per la continuità assistenziale già presenti sul territorio di riferimento dell'UCP e, ove possibile, in sinergia con il servizio del 118 (attraverso opportuni protocolli d'Intesa);

- Nelle ore di attivazione della continuità assistenziale tutti gli utenti che necessitano di assistenza possono rivolgersi al servizio di continuità assistenziale presente all'interno dell'UCP, nei limiti previsti dalla normativa vigente;

- La partecipazione della specialistica ambulatoriale attraverso l'integrazione funzionale e laddove possibile strutturale, per garantire l'assistenza specialistica al percorso assistenziale e collaborare responsabilmente al raggiungimento degli obiettivi comuni anche mediante:

Programmi e progetti finalizzati (art. 31 ACN)

Organizzazione e coordinamento di attività multidisciplinari (art. 30 dell'ACN)

Utilizzo di tutti gli istituti dell'ACN per garantire la continuità assistenziale specialistica anche per le patologie croniche

- La partecipazione della Pediatria di Famiglia alla organizzazione delle Unità di Cure Primarie con modalità da concordare a livello locale nonché attraverso l'adesione alla Consulenza Pediatrica Ambulatoriale o anche la sperimentazione di forme organizzative complesse di cui all'art. 14, comma 6, dell' ACN per la Pediatria di Famiglia sottoscritto il 15 dicembre 2005.

Obiettivi del PSR sul Distretto e sviluppo delle cure primarie:

Distretto socio sanitario e sviluppo delle cure primarie		
Criticità	Obiettivi	Azioni
Scarsa integrazione del sistema delle cure primarie nello sviluppo di risposte territoriali	Maggiore responsabilizzazione ed integrazione dei Medici di assistenza primaria nel Distretto	Elaborazione di specifici progetti-obiettivo regionali su cure primarie con previsione di un sistema disincentivante in caso di mancato raggiungimento degli obiettivi (avvalendosi degli strumenti previsti dall'Accordo Decentrato Regionale, approvato

		<p>con <i>Delib.G.R. 27 febbraio 2007, n. 173</i>).</p> <p>Diffusione su tutto il territorio regionale del processo di budget di attività per il sistema delle cure primarie.</p> <p>Razionalizzazione della distribuzione dei punti di soccorso e di presidi di continuità assistenziale.</p>
<p>Difficoltà dei Medici di assistenza primaria di operare in rete tra loro e con gli altri professionisti del territorio per garantire obiettivi di tutela della salute condivisi nel Distretto</p>	<p>Sviluppo cure primarie - forme associative evolute</p>	<p>Potenziamento delle forme innovative di associazionismo medico, ed in particolare équipe territoriali di tipo funzionale, da costruire ai sensi dell'art. 26 dell'Accordo collettivo nazionale della Medicina Generale.</p> <p>Eventuale sperimentazione in ambiti delimitati di organizzazioni strutturali quali Case della Salute o UTAP, da realizzare prioritariamente in strutture dismesse e previo accordo aziendale sui contenuti ed obiettivi.</p> <p>Definizione per le suddette forme associative delle modalità di raccordo con il Distretto ed in particolare la finalizzazione della forma associativa al conseguimento di specifici obiettivi di tutela della salute, quali:</p> <ul style="list-style-type: none"> • incremento delle attività di prevenzione primaria e secondaria (ad esempio: vaccinazione antinfluenzale nei soggetti a rischio; screening mammografico; progetti di counselling: lotta al tabagismo, all'alcolismo, alla dipendenza da droghe, al sovrappeso e all'obesità); • miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva per la farmaceutica, la specialistica ed i ricoveri ospedalieri; • garanzia di una effettiva continuità assistenziale per i malati affetti da

		condizioni croniche e invalidanti (ad esempio: partecipazione dei MMG/PLS alle unità di valutazione multidimensionale e alla realizzazione del piano individuale di assistenza).
Scarsa integrazione del sistema delle cure primarie nella programmazione delle attività distrettuali e nel raccordo con l'ospedale	Coinvolgimento dei medici del sistema delle cure primarie nel governo delle attività territoriali e nella individuazione di strategie alternative al ricovero ospedaliero	Attivazione delle Unità di Coordinamento dell'Assistenza Distrettuale (UCAD) in tutti distretti socio-sanitari ai sensi dell' <i>art. 3-sexies, comma 2, del D.Lgs. 229/99</i> Promozione della partecipazione dei MMG/PLS alle Unità di valutazione multidimensionale per bisogni sociosanitari complessi Individuazione di protocolli di dimissione protetta Costituzione di specifica sottocommissione nell'ambito del "Comitato Permanente Regionale della Medicina Generale" per l'individuazione di strategie alternative al ricovero ospedaliero che prevedano la partecipazione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta alla sperimentazione di sistemi organizzativi territoriali
Disomogeneità nelle scelte prescrittive delle prestazioni mediche, farmaceutiche e specialistiche e debolezza del sistema di controllo	Adottare misure uniformi in materia di informazione e appropriatezza prescrittiva a sostegno del governo clinico, e relativo sistema di controllo	Attivazione di un "Osservatorio regionale sull'appropriatezza in medicina generale" e definizione degli strumenti per implementare le attività (osservatorio costituito con Delib.G.R. 30 aprile 2007, n. 435)
Presenza di punti di soccorso e di presidi di continuità assistenziale in eccesso rispetto allo standard di 1 posto ogni 3.500 abitanti	Razionalizzare la distribuzione dei punti di soccorso e di presidi di continuità assistenziale	Stesura del piano di razionalizzazione e messa a regime dello stesso, tenendo conto dello standard nazionale di cui all'ACN 23 marzo 2005 e utilizzando il personale eccedente nell'ambito dell'emergenza-urgenza.

3.1.6 L'assistenza farmaceutica

L'attuazione di un processo strategico tendente alla qualificazione dell'impiego della risorsa farmaco nel rispetto, oltre che dei criteri di appropriatezza, efficacia e sicurezza, anche della sostenibilità economica, costituisce oggetto di impegno da parte della Regione Molise.

Nonostante l'impegno regionale, nell'anno 2006 si è rilevata un significativo incremento della spesa farmaceutica convenzionata rispetto agli anni precedenti, come si evidenzia dalla tabella allegata.

Spesa netta pro-capite pesata

	€ (2006)	Δ 06/05	Δ % 05/04	Δ % 04/03
Molise	201,1	+4,9	-9,5	+4,5
Italia	209,8	+3,5	-1,10	+8,0
Nord	176,8	+2,8	-1,5	+7,3
Centro	227,0	+4,5	-0,9	+8,7
Sud e Isole	245,9	+3,8	-0,8	+8,2

Spesa lorda pro-capite pesata

	€ (2006)	Δ % 06/05	Δ % 05/04	Δ % 04/03
Molise	221,2	+1,8	-8,5	+6,4
Italia	228,8	-0,3	-0,6	+9,2
Nord	196,9	-0,3	-1,9	+8,9
Centro	241,8	+0,3	+0,3	+10,7
Sud e Isole	265,6	-0,4	+0,2	+8,7

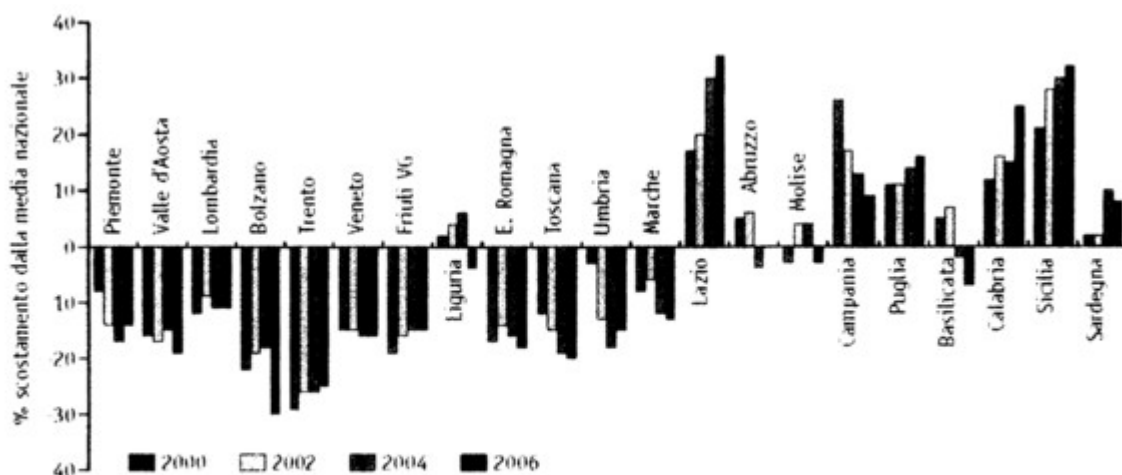
Fonte: Rapporto nazionale OSMED anno 2006 sull'uso dei farmaci in Italia.

1) Assistenza Farmaceutica Territoriale Convenzionata

Già da tempo sono stati intrapresi percorsi di monitoraggio della spesa farmaceutica convenzionata che, con l'attivazione del *datawarehouse* aziendale, messo a punto presso l'ex ASL 3 Centro Molise, hanno consentito di potenziare il controllo sulla correttezza e l'appropriatezza prescrittiva.

Contemporaneamente sono stati adottati progetti sperimentali di condivisione con i professionisti di assistenza primaria e specialistica che, privilegiando la logica del governo clinico, hanno prodotto economie significative pari a circa il 20% della spesa farmaceutica convenzionata precedentemente sostenuta.

Sulla base di tali esperienze, i progetti sono oggi in fase di estensione all'intero territorio regionale.



Fonte: Rapporto OSMED: L'uso dei farmaci in Italia - Rapporto nazionale anno 2006

2) Assistenza Farmaceutica Ospedaliera

Come è noto, le scelte terapeutiche operate in ambito ospedaliero indirizzano in maniera spesso univoca e determinante la spesa farmaceutica territoriale. Per questa ragione è di fondamentale importanza operare una continua sorveglianza sull'impiego dei farmaci prescritti ed utilizzati sia in regime di ricovero ordinario che di day-hospital (o day-surgery).

Pertanto, particolare accuratezza deve essere assicurata nelle procedure di dispensazione, da parte della Farmacia Interna, di quei principi attivi che costituiscono i cosiddetti farmaci innovativi: l'uso inappropriato di tali medicinali ad alto costo produrrebbe un ulteriore aggravio di spesa e ripercussioni negative sul governo clinico.

Assistenza Farmaceutica Diretta (Allegato 2 Determinazione AIFA del 29 ottobre 2004 (PHT) - art. 8 della legge 405/2001)

L'attivazione di canali di distribuzione diversificata dei farmaci del cosiddetto Allegato 2 e dei provvedimenti previsti dalla *legge 405/2001* e s.i.m. ha comportato un consistente spostamento della spesa dal capitolo relativo alla farmaceutica territoriale convenzionata a quello della farmaceutica non convenzionata. Tale situazione, al momento, risulta anche nel contesto nazionale non precisamente quantificabile, sia per la carenza di indicatori specifici che per la variabilità degli assetti organizzativo-gestionali.

Obiettivi strategici

Di seguito sono indicati gli ambiti di attività sui quali, alla luce di quanto sopra esposto, sulla base delle indicazioni del Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 e delle azioni già programmate in attuazione del Patto per la Salute e del conseguente impegno nel Piano di rientro, la Regione Molise intende impegnarsi allo scopo di qualificare l'assistenza farmaceutica, razionalizzandone i livelli di spesa.

1) Assistenza Farmaceutica Territoriale Convenzionata

- Garantire l'impiego sicuro ed appropriato dei farmaci, dando organicità all'insieme delle iniziative già intraprese in via sperimentale.
- Assicurare il governo della spesa ed il rispetto dei tetti di spesa farmaceutica programmati (attualmente fissati nella misura massima del 13%)

mediante:

> il potenziamento dell'impiego dei farmaci equivalenti, da assicurare in tutti gli ambiti prescrittivi e assistenziali. Questo obiettivo risulta fondamentale per contenere la spesa sanitaria, garantendo al contempo l'efficacia della prestazione farmaceutica, anche mediante accordi specifici con la Medicina Generale;

> l'ottimizzazione del sistema informativo al fine di utilizzarne i dati per funzioni di controllo, valutazione e monitoraggio del consumo dei farmaci. In quest'ambito la ASREM curerà l'invio di dati al NSISs per il monitoraggio delle prestazioni di assistenza farmaceutica convenzionata, impegnandosi altresì ad utilizzare, conseguentemente, i dati rilevati, per consentire la completa e piena attuazione dell'analisi dell'appropriatezza prescrittiva dei medici sull'intero territorio regionale, secondo quanto previsto dall'*articolo 50 della L. 326/2003* e dai suoi decreti attuativi;

> la promozione dell'utilizzo di farmaci sulla base di evidenze scientifiche, adottando linee guida e specifici protocolli operativi per la cura di particolari patologie, con il coinvolgimento di tutte le categorie dei medici prescrittori. Allo scopo di diffondere sempre più i criteri *dell'Evidence Based Medicine* verrà esteso a tutto il territorio regionale il cosiddetto "progetto Arianna", programma formativo orientato a MMG, PLS e specialisti che consente anche di evidenziare le criticità prescrittive riscontrate, di effettuare una analisi di appropriatezza oltre che una precisa mappatura epidemiologica;

> il contenimento della spesa convenzionata, tra cui quelle già individuate relativamente ai farmaci a maggiore impatto economico (es. *inibitori della pompa acida e statine*);

> il completamento del "Progetto Tessera Sanitaria", con gli adempimenti di cui all'*articolo 1, comma 810, della legge n. 296 del 2006*.

2) Assistenza Farmaceutica Ospedaliera

- Promuovere l'uso corretto del farmaco in ambito ospedaliero secondo criteri di appropriatezza, sicurezza ed economicità
- Assicurare il governo della spesa ed il rispetto dei tetti di spesa farmaceutica programmati (attualmente fissati nella misura massima del 3%)

mediante:

> l'istituzione della Commissione Terapeutica Regionale per la redazione del Prontuario Terapeutico Ospedaliero Regionale (PTOR);

> l'individuazione dei Centri per la redazione dei Piani Terapeutici dei farmaci di fascia H.;

> l'unificazione del sistema di approvvigionamento a livello regionale con gara regionale di acquisto dei farmaci previsti nel PTOR;

> la realizzazione di una nuova procedura di gestione logistica informatizzata e centralizzata del farmaco in ambito ospedaliero ("Progetto SISR - Lotto 2");

> l'uso appropriato e sicuro dei dispositivi medici, con attenta valutazione del rapporto costo-beneficio conseguente ad un efficace monitoraggio specifico dei costi;

> la costituzione dell'Osservatorio Regionale per il Monitoraggio delle spese da sconto, previsto dalla Regione in attuazione della *legge n. 296/2006* (Finanziaria 2007), art. 1, comma 796 relativamente ai farmaci off-label e all'acquisto dei dispositivi medici.

3) Assistenza Farmaceutica Diretta (All. 2 D.M. 22 dicembre 2000/PHT - L. 405/2001)

- Attivare la distribuzione diretta dell'Ossigeno terapeutico ai pazienti affetti da BPCO in ossigenoterapia integrandola con la sperimentazione estesa di *applicazioni di telemedicina* per il monitoraggio a distanza dei pazienti.

- Potenziare la dispensazione dei farmaci ai pazienti in dimissione, ai soggetti degenti in RSA e/o in ADI ed in altre strutture residenziali.

- Incrementare la distribuzione diretta dei farmaci adottando particolari procedimenti di distribuzione (*"distribuzione per conto SSR"*).

3.1.7 L'assistenza specialistica territoriale e i tempi di attesa

L'assistenza specialistica è un aspetto critico del sistema regionale per 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.

La riorganizzazione del sistema deve garantire maggiore appropriatezza, regolazione e riduzione della spesa, rafforzando l'integrazione tra i sistemi di offerta pubblica e privata accreditata, intra ed extra ospedaliera nel governo della domanda e del volume delle prestazioni erogate.

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. 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** (*Delib.G.R. 9 febbraio 2007, n. 111*), che ha recepito integralmente il tariffario nazionale di cui al *D.M. 22 luglio 1996*.

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 (MEF).

Sugli aspetti di miglioramento dell'accessibilità del cittadino, va sperimentata l'attivazione del **regime di "day service"** per i casi complessi ma che non richiedono ricovero (ordinario o day hospital) in quanto non hanno bisogno di sorveglianza o osservazione medica e/o infermieristica protratta per ogni accesso, con l'obiettivo di dare risposta al problema clinico in tempi adeguati attingendo dalle potenzialità diagnostiche delle strutture. L'accesso è con prescrizione del medico di famiglia o di altro medico specialista del Servizio sanitario regionale.

Per quanto riguarda gli aspetti programmatori, 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.

Spetta, pertanto, al Distretto coinvolgere i professionisti interessati (medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali interni in convenzione e medici specialisti dipendenti) su specifici obiettivi di appropriatezza prescrittiva e sulla definizione di percorsi integrati di cura, anche nell'ambito delle Unità di Valutazione Multidimensionali, quando necessario. Le priorità vanno definite nell'ambito del Programma delle Attività Territoriali (PAT).

Sempre nel Distretto viene garantita la partecipazione degli Specialisti Convenzionati alla definizione del Programma delle attività territoriali (principalmente tramite la rappresentanza degli stessi professionisti presente nell'UCAD) e alle attività distrettuali che li vedono coinvolti, quali l'assistenza domiciliare, l'ospedale di comunità, progetti finalizzati.

I tempi di attesa

Il problema dei "tempi d'attesa", o delle "liste di attesa", è dibattuto a tutti i livelli all'interno della sanità pubblica di molti paesi. Il diffuso dibattito su tale problema consegue:

- alla crescente domanda di prestazioni;
- all'invecchiamento della popolazione e quindi all'aumento dei bisogni;
- alla crescente difficoltà di accedere alle prestazioni specialistiche che si arricchiscono di tecnologia e di professionalità sempre più difficili da ottenere e quindi da garantire;
- alla diminuzione dei ricoveri ospedalieri con spostamento dell'attività sul versante ambulatoriale.

Questa consistente e perdurante modificazione della domanda è avvenuta con una rapidità superiore alla capacità di riorganizzare l'offerta ed in un contesto di "controllo" della crescita della spesa sanitaria che tende sempre più a divaricarsi tra la disponibilità economica da una parte e le richieste dall'altra. Sono quindi aumentati i tempi di attesa provocando disagi per i cittadini, e come in tutte le altre regioni italiane, anche in Molise si è cercato, inizialmente, di porre rimedio a questo problema incrementando il sistema di produzione di prestazioni, senza tuttavia ottenere risultati apprezzabili.

Il problema è quindi strutturale e come tale va affrontato. I presupposti per una soluzione strutturale sono: la conoscenza del fenomeno, il coinvolgimento professionale, l'ottimizzazione organizzativa ed il coinvolgimento dei cittadini. Il problema non è annullare i tempi di attesa, ma rendere tali tempi ragionevolmente brevi rispetto al bisogno sanitario e *selezionare il tempo di attesa in base alle reali esigenze cliniche* del singolo paziente.

Accanto a ciò, un approfondimento specifico verrà condotto nel settore della *diagnostica di laboratorio e della diagnostica per immagini*, in un'ottica di maggiore concentrazione della produzione e diffusione dei punti di accesso per i cittadini.

Considerando il complesso delle attività ambulatoriali, sono particolarmente interessanti i dati sui tempi d'attesa raccolti dai Monitoraggi effettuati dall'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali negli anni scorsi. Nell'ultima sperimentazione per il Monitoraggio Nazionale dei Tempi d'attesa, effettuata in tutte le regioni dall'ASSR nell'aprile 2006 in attuazione di quanto indicato dall'Accordo in Conferenza Stato-Regioni del 11 luglio 2002, si evince che in Molise vi sono problemi significativi sui tempi d'attesa per almeno 6 delle 10 prestazioni ambulatoriali monitorate (ecoaddome, ecocolordoppler, RM colonna, RM cerebrale, Visita cardiologia, Visita oculistica). Con una nuova rilevazione realizzata, sempre a cura dell'ASSR, nell'ottobre del 2006 in attuazione di quanto previsto dal nuovo Piano nazionale per il contenimento dei tempi di attesa (di cui all'Intesa in conferenza Stato-Regioni del 28 marzo 2006), che esaminava i tempi di attesa di una

nuova serie prestazioni, si sono evidenziate in regione criticità relativamente ad altre due visite specialistiche (gastroenterologica e pneumologica).

	gen-04	ott-04	apr-05	ott-05	apr-06
Eco-addome	65%	94%	65%	71%	62%
Ecocolordoppler	74%	76%	97%	39%	44%
EGDS	97%	100%	92%	96%	100%
Rm colonna		84%	75%	50%	33%
Rm cerebrale		29%	63%	32%	27%
Tac del capo	100%	100%	100%	70%	100%
Tac addome		100%	100%	100%	100%
Visita cardiologica	65%	53%	54%	64%	70%
Visita oculistica	43%	62%	68%	70%	27%
Visita ortopedica		77%	82%	80%	76%

Risultati Monitoraggi Nazionali Tempi di Attesa ASSR Gen 2004 - Ott 2004 - Ap 2005 - Ott 2005-Apr 2006

Suddivisione% di cittadini che ottengono le diverse prestazioni entro lo standard previsto dal Accordo in Conferenza Stato-Regioni del 11 luglio 2002 pari a 30 o 60 giorni.

Il Servizio sanitario regionale si propone nel prossimo triennio di perseguire i seguenti obiettivi strategici.

1. Trasparenza e affidabilità delle informazioni. Il cittadino deve poter conoscere in maniera chiara, affidabile e trasparente i tempi di attesa. Per tale obiettivo è necessario che sia attivo un sistema di monitoraggio affidabile e a valenza regionale. È quindi necessario completare il sistema di prenotazione integrato a livello aziendale, che si avvale di una rete diffusa di centri di prenotazione specialistici in ambito ospedaliero e territoriale. Vanno pubblicizzati, con gli strumenti adeguati, i tempi di tutta la regione e dei singoli luoghi di erogazione (sulla base di quanto previsto dal Piano regionale di contenimento delle liste di attesa). Il monitoraggio deve riguardare i tempi, i volumi, la libera professione e l'esistenza e l'applicazione di criteri di priorità. Il monitoraggio riguarderà le prestazioni ambulatoriali e le prestazioni di ricovero. Saranno promosse forme di collaborazione con le associazioni dei cittadini, maggiormente rappresentative, che permettano una valutazione esterna delle liste di attesa e del programma in generale.

2. Definizione di progetti specifici per le aree critiche

In alcune aree diagnostiche e terapeutiche il tempo di attesa può influenzare il risultato finale sul paziente. Per queste aree saranno monitorati i tempi di attesa dei profili di cura di alcune patologie. Con ciò si intende il tempo che intercorre tra i singoli passi e il tempo complessivo. Ad esempio saranno monitorati, per le *patologie oncologiche*, i tempi tra biopsia, intervento, radioterapia. In

funzione dei dati rilevati, la Regione indicherà anche obiettivi specifici da raggiungere nella ASREM e nelle singole strutture.

3. Aumento dell'accessibilità alla prenotazione

La diffusione del CUP regionale e Cali center migliora l'accessibilità alla prenotazione da parte del cittadino, razionalizza le agende e permette un uso più appropriato del personale sanitario talvolta dedicato impropriamente alle funzioni di segreteria di ambulatorio. La Regione promuove lo sviluppo di tali strumenti in tutto il territorio e il coordinamento funzionale tra i diversi territori interessati. All'interno del progetto saranno sviluppati anche tutti gli strumenti informatici in grado di facilitare la connessione e la comunicazione tra MMG/PLS e sistema informativo sanitario regionale.

4. Introduzione di nuovi percorsi diagnostico-terapeutici e di nuove tecnologie

La Regione si impegna ad utilizzare maggiormente i percorsi diagnostici terapeutici condivisi tra strutture erogatrici ed ASREM, che deve essere realizzato con la costituzione di gruppi multidisciplinari, l'identificazione e valutazione delle linee guida già esistenti, possibilmente a livello nazionale, la valutazione della pratica in uso nel contesto locale, il coinvolgimento del personale addetto, lo sviluppo del percorso assistenziale integrato, la formazione del personale, i test pilota, il rilevamento e l'analisi delle variazioni della pratica rispetto ai percorsi assistenziali stabiliti.

Inoltre, la Regione si farà carico, con appositi organismi tecnici, della valutazione preliminare e del monitoraggio dell'impatto di nuove tecnologie, con la finalità di programmare e affrontare con tempestività le innovazioni e i possibili effetti negativi sull'accessibilità alle prestazioni.

6. Governo delle liste di attesa

Il governo delle prestazioni diagnostiche e terapeutiche passa attraverso la condivisione tra i professionisti interessati dei criteri di appropriatezza. Per tale finalità è necessario che vi sia una partecipazione continua e in rete dei professionisti nella valutazione e nella gestione di parti specifiche del programma. È su questi tavoli che andranno discussi e definiti criteri di priorità, profili di cura, modalità di accesso, interazione tra ospedali e MMG/PLS. Andranno anche definite le prestazioni "amministrative" (assicurative, medico legali, pensionistiche, per esenzione ticket, ecc.) che si affiancano al percorso "sanitario".

Il processo di rinnovamento si baserà sui tempi massimi e sul sistema di controllo previsti dal **Piano regionale per il contenimento dei tempi di attesa** (adottato con *Delib.G.R. 6 marzo 2007, n. 184*, in applicazione del Piano nazionale di cui all'intesa Stato-Regioni del 28 marzo 2006).

Inoltre, l'esercizio della *libera professione intramoenia* dei professionisti sanitari dovrà essere prioritariamente rivolta alla riduzione dei tempi di attesa. A tal fine la Regione dovrà adeguare progressivamente i tempi di erogazione delle prestazioni in regime ordinario a quelli in regime libero professionale, con lo scopo di assicurare che il ricorso alla libera professione sia frutto solo di

libera scelta del cittadino e non sia legata a carenze nell'organizzazione dei servizi resi in attività istituzionale.

Più in generale, la Regione *adotterà i provvedimenti ed i controlli* previsti dalla Legge *"Disposizioni in materia di attività libero-professionale intramuraria e altre norme in materia sanitaria "*, approvata in via definitiva dal Parlamento il 2 agosto 2007.

SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Criticità	Obiettivi	Azioni
Carenza di programmazione fabbisogno	di Migliore appropriatezza del dell'assistenza specialistica	Attuazione delle linee guida regionali sui protocolli diagnostico-terapeutici regionali sulle patologie a maggiore impatto (secondo le indicazioni del Piano di rientro)
Scarso governo dell'offerta di prestazioni specialistiche, con alcuni ambiti di eccesso di offerta		Applicazione del sistema tariffario regionale, adeguato secondo le indicazioni del <i>D.M. 12 settembre 2006</i> e del <i>D.M. 22 luglio 2006</i> .
		Regolamentazione del rapporto con i privati secondo le modalità previste per le case di cura private
Presenza di ambiti con lunghi tempi di attesa rispetto ai fabbisogni	Riduzione dei tempi di attesa, in particolare per una serie di prestazioni selezionate in relazione alla loro criticità	Attuazione e monitoraggio del Piano regionale di contenimento dei tempi di attesa approvato con <i>Delib.G.R. n. 184/2007</i>
		sperimentazione di specifici progetti per le riduzioni delle liste di attesa in alcune aree di particolare criticità
Difficoltà di fruizione delle prestazioni complesse, richiedenti il ricovero ospedaliero	Migliore accessibilità e sviluppo dell'ambulatorialità non integrata	eAttivazione del modello del day-service, con un centro ambulatoriale che gestisce i percorsi dei pazienti con problemi complessi garantendo risposte tempestive senza ricorrere al ricovero
Carenza di valutazione dell'appropriatezza e di sistemi di controllo e verifica	Flusso informativo	Revisione del flusso informativo delle prestazioni ambulatoriali esistente messa a regime del sistema di monitoraggio sul

fenomeno delle liste di attesa

Carenza della cultura dei Miglioramento processi assistenziali	condivisione dei percorsi	dellaCoinvolgimento dei MMG, PLS e Specialisti nella definizione dei percorsi assistenziali
---	---------------------------	---

3.1.8 Il sistema delle cure domiciliari

Il presente Piano si pone l'obiettivo strategico di potenziare l'assistenza domiciliare e gli strumenti di supporto alle condizioni di fragilità e alla famiglia, mediante la diffusione e la qualificazione del sistema delle cure domiciliari.

Un obiettivo che richiede alcuni passaggi fondamentali:

- il passaggio da un sistema di servizi ad ***un sistema che ruota intorno alla persona***, alle sue caratteristiche di vita e di bisogno, creando un sistema diffuso e ben strutturato per la valutazione multidimensionale, la costruzione di un piano personalizzato di assistenza, l'individuazione del case manager, un sistema di monitoraggio e controllo a distanza. Si tratta di investire su un servizio che offre maggiore qualità di vita alle persone, e che attualmente nella Regione è diffuso solo in alcune aree;

- la necessità di ***caratterizzare specificamente le cure domiciliari***, in modo da definire meglio il contenuto del LEA "assistenza domiciliare" e individuare un sistema di cure caratterizzato da flessibilità dei modelli e orientato sui bisogni della persona, superando la tradizionale rigida distinzione contrattuale delle attività, codificate come Assistenza domiciliare programmata (ADP), assistenza domiciliare nelle residenze protette (ADR), assistenza domiciliare integrata (ADI), ospedalizzazione domiciliare (OD). Tipologie che risultano, di fatto, diversificate non solo da Regione a Regione, ma spesso in ogni realtà locale, rendendo difficile ed incerta capacità di risposta al bisogno e la conoscenza reale della diffusione delle cure.

La regione ha adottato recentemente un provvedimento di ***linee guida sul sistema delle cure domiciliari***, con *Delib.G.R. 30 maggio 2007, n. 556*, in attuazione degli obiettivi previsti dal Piano di rientro, che definisce i criteri di eleggibilità e caratterizza i livelli delle cure domiciliari sulla base dell'intensità del bisogno e della complessità dell'assistenza (un insieme che comprende la tipologia e la durata media dell'assistenza, le fasce orarie di attività, la presenza di un determinato case-manager ed altro).

In particolare, si riorganizza le cure domiciliari su tre livelli di intervento:

- a **bassa intensità assistenziale**, che comprende l'assistenza estemporanea, con prestazioni domiciliari infermieristiche e/o riabilitative semplice, singole o anche a cicli, che non richiedono la predisposizione di un piano assistenziale personalizzato;

- a **medio-alta intensità assistenziale**, che comprende l'Assistenza domiciliare programmata (ADP), l'assistenza domiciliare integrata (ADI) e l'assistenza domiciliare Alzheimer (ADA);

- **ad alta intensità assistenziale**, relativa all'Assistenza domiciliare integrata elevata (ADIE), Assistenza domiciliare oncologica (ADO), Assistenza domiciliare cure palliative (AD-CP).

Costituisce, pertanto, primo obiettivo operativo del Piano, la piena attuazione delle linee guida regionali al fine di una omogenea interpretazione della tipologie di assistenza e dei criteri di eleggibilità alle cure.

Inoltre, si conferma quanto previsto dalla *legge regionale n. 32/2002* sulle modalità per garantire la nutrizione artificiale domiciliare. In questo ambito l'obiettivo prioritario è:

- rendere omogeneo e diffuso sul territorio regionale il servizio di nutrizione artificiale domiciliare, secondo le indicazioni e il modello organizzativo dipartimentale previsto dalla *legge regionale n. 32 del 2002*, da attuare in coordinamento con le linee di sviluppo dell'assistenza domiciliare previste con *Delib.G.R. 30 maggio 2007, n. 556*.

Azione prioritaria:

- stipula, entro l'anno 2008, di un apposito protocollo d'intesa tra il Centro di riferimento regionale individuato nella U.O. dell'Ospedale A. Cardarelli e le Unità Operative Ospedaliere coinvolte, nonché i servizi domiciliari distrettuali.

Importanti riferimenti, per l'area delle cure primarie e assistenza domiciliare, sono costituiti dagli Accordi Nazionali per la medicina generale e la pediatria di libera scelta e dai relativi Accordi Decentrati regionali (in Molise, il riferimento è all'accordo per la Medicina generale recepito con *Delib.G.R. 27 febbraio 2007, n. 173*).

Ulteriori e fondamentali obiettivi di Piano in quest'area sono:

- il progressivo ampliamento dell'erogazione delle cure domiciliari;
- la riduzione del 10% del numero di ricoveri ordinari e delle giornate di degenza, come stabilito dal Piano di rientro;
- la strutturazione nel Distretto di un apposito servizio di cure domiciliari, dotato di risorse professionali multidisciplinari proprie e/o con rapporto funzionale, garantendo soprattutto la presenza di professionalità infermieristiche, che devono essere considerate, insieme al Medico di assistenza primaria, il vero fulcro del sistema delle cure domiciliari;
- la disponibilità di risorse strumentali, quali ausili per la mobilitazione, letti attrezzati, presidi per le medicazioni e per l'alimentazione artificiale;
- definizione di un sistema unitario per la valutazione multidimensionale, che consenta anche la successiva valutazione dei risultati di salute raggiunti, tramite l'introduzione della scheda di rilevazione dell'assistenza domiciliare (RAD) come strumento per alimentare il flusso informativo regionale;
- l'integrazione nelle attività e nelle risorse tra il servizio sanitario regionale e gli enti locali, nonché con le reti di solidarietà sociale;
- l'implementazione dei servizi di family learning, per il sostegno del care-giver della persona non autosufficiente.

La Regione stanZIA un apposito finanziamento, finalizzato alla riorganizzazione e al potenziamento delle cure domiciliari.

Per quanto riguarda gli aspetti organizzativi, spetterà alla Direzione distrettuale (Direttore di distretto e Dirigenti coinvolti nel sistema cure domiciliari) negoziare il budget per le cure domiciliari, definire modalità e protocolli d'intesa per semplificare percorsi (ad esempio, per ottenere l'invalidità civile) e per agevolare l'accesso alle cure ai servizi, con il coinvolgimento di professionisti territoriali ed ospedalieri.

Un gruppo operativo distrettuale seguirà, poi, lo sviluppo integrato ed individuale delle cure.

Sintesi obiettivi:

CURE DOMICILIARI		
Criticità	Obiettivi	Azioni
Disomogeneità delle varie forme di assistenza domiciliare tra i diversi distretti	Riorganizzazione del Sistema delle Cure Domiciliari secondo un modello unitario	Adozione di una classificazione delle diverse forme di erogazione delle cure domiciliari, con indicazione delle figure professionali coinvolte e delle modalità di erogazione
Diversificazione dei modelli organizzativi ed operativi adottati nei Distretti delle diverse zone		<p>Attuazione delle "Le Linee guida regionali sulle cure domiciliari" adottate con <i>Delib.G.R. 30 maggio 2007, n. 556</i> sulla base del piano di rientro e in coerenza con il documento predisposto dalla Commissione LEA il 18 ottobre 2006 "Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio".</p> <p>Sviluppo del sistema delle cure domiciliari sui 3 livelli di intervento previsti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - a bassa intensità assistenziale, - a medio-alta intensità assistenziale - ad alta intensità assistenziale <p>distinguere i progetti di home care dalle semplici prestazioni</p>

		<p>domiciliari singole o a cicli;</p> <p>Sistematizzazione del sistema della Unità di Valutazione Multidimensionale e individuazione di uno strumento di valutazione multidimensionale a livello regionale (come previsto nel Piano di rientro);</p> <p>attivazione di modalità sistematiche per la dimissione protetta, tramite appositi protocolli;</p> <p>sviluppo delle modalità per coinvolgere professionalità sociali quando necessario (ADI);</p> <p>attivazione di un apposito flusso informativo per la valutazione delle attività.</p> <p>riduzione del 10% del numero di ricoveri ordinari e delle giornate di degenza e graduale diminuzione del tasso di ospedalizzazione per patologie "indicatore", quali il diabete scompensato, lo scompenso cardiaco, l'ipertensione.</p>
Tasso di assistenza domiciliare (nelle sue varie forme) della popolazione ultrasessantacinquenne e disabile ancora quantitativamente insufficiente a coprire i bisogni della popolazione.	Aumento progressivo dell'assistenza domiciliare, nelle varie forme previste dalle linee guida, a copertura del fabbisogno stimato	<p>Monitoraggio dell'attuazione delle Linee Guida Regionali di cui alla <i>Delib.G.R. 30 maggio 2007, n. 556</i></p> <p>Adeguamento del finanziamento regionale del LEA domiciliare</p> <p>Potenziamento dell'assistenza domiciliare sia rispetto ai pazienti con non autosufficienza (come demenza, Alzheimer)</p> <p>sia in ambito oncologico e ai malati terminali</p>
Bassa quota di forme di assistenza domiciliare integrata con i servizi sociali.	Potenziamento dell'integrazione socio-sanitaria	<p>Sottoscrizione di accordi di programma con gli ambiti sociali</p> <p>Realizzazione del Porta unica di Accesso ai servizi territoriali</p>
Carenza di continuità della presa in carico del paziente tra	Garantire la Continuità del percorso	Potenziamento delle funzioni delle Unità di Valutazione

i diversi setting operativi dei servizi (domicilio, ospedale, territorio, residenze e domiciliari)	assistenziale	Multidimensionale per la "presa in carico" della persona con bisogni sociosanitari complessi Formalizzazione di percorsi assistenziali e dei protocolli delle dimissioni socio-sanitarie protette
--	---------------	--

3.1.9 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'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, entro 120 giorni dall'entrata in vigore del presente Piano, definisce 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.

La Regione, inoltre, si impegna a istituire, nel territorio della provincia di Campobasso, il centro regionale per lo studio, la ricerca, e l'assistenza avanzata nell'ambito delle malattie dementigene e neurodegenerative.

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 ultrassessantacinquenni è pari al 20,92% rispetto al 18,26% nazionale.

La situazione di partenza è allarmante: malgrado le indicazioni programmatone susseguitesì nel tempo (da parte del precedente PSR 1997-1999, del Programma decennale sugli investimenti in sanità ex *art. 20 L. 67/1988*, di apposite Linee guida per l'assistenza alla popolazione anziana in Molise), sul territorio regionale non è presente alcuna Residenza sanitaria assistenziale per anziani non autosufficienti o per persone affette da Alzheimer.

Di fatto la residenzialità per gli anziani, come indicano gli atti citati, fino ad oggi è stata assicurata dalle case di riposo e da alcune istituzioni socio-assistenziali convenzionate con la Regione ai sensi del DPCM 8 agosto 1985 (primo atto di indirizzo e coordinamento in materia sociosanitaria).

È, pertanto, evidente che per cambiare non basta definire nuovi standard o individuare una diversa classificazione di strutture residenziali mai attuate sul territorio, ma occorre partire dall'esistente, costituito da una dotazione ospedaliera così ampia da assorbire anche una domanda impropria e che riesce con difficoltà ad orientarsi verso i nuovi, grandi bisogni derivanti dalla crescita delle patologie croniche.

Accanto a questo, c'è un territorio che ha faticosamente costruito, nel tempo, una rete ancora sottile, ma importante, di rapporti con il terzo settore, con le famiglie e con le strutture esistenti e ha avviato 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 giver; 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), dovranno essere collegate 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 della demenze e della patologia di Alzheimer, va delineata una precisa strategia, a fronte del vuoto complessivo della risposta territoriale attuale.

La priorità, in quest'ambito, è costituita dall'attivazione delle Unità di Valutazione Alzheimer (U.V.A), da realizzare in ambito distrettuale che devono consentire una diagnosi precoce e la definizione di un progetto personalizzato di assistenza.

Vanno, poi, 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.

IL FABBISOGNO

Sul fabbisogno, già dal 1996 e fino a al Piano operativo per il riequilibrio finanziario del marzo 2007, la Regione afferma alcuni standard di riferimento generali:

- 1,5 p.l. x 1.000 abitanti, per anziani non autosufficienti (circa 480 posti letto, pari ad una copertura di circa il 3,2% della popolazione >65 anni)

- **0,14 p.l. x 1.000 abitanti, per disabili** (circa 45 posti letto)

- **1,0 p.l. x 1.000 abitanti**, per anziani parzialmente non autosufficienti (residenze protette, quali strutture "sociali a valenza sanitaria", di competenza comunale ma con una quota di oneri a carico del SSR).

Inoltre, il Piano di rientro prevede l'utilizzo dello strumento RUG vers. III (strumento di classificazione dei pazienti fondato sulla valutazione multidimensionale dei bisogni e sull'impegno assistenziale richiesto) per determinare le caratteristiche degli ospiti delle residenze [4].

La più recente normativa regionale, ed in particolare la *Delib.G.R. 16 ottobre 2006, n. 1722*, definisce 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 tipologie, si ritiene utile aggiungere le modalità semiresidenziali (CENTRI DIURNI). In questo modo e ridefinendo gli standard sulla base dei destinatari (calcolando una percentuale di copertura del 3,2% della popolazione > 65 anni, come stima massima dei range di prevalenza da letteratura) si perviene a queste indicazioni:

(Calcolato sulla popolazione di 321.697, dati ISTAT 2005; popolazione >65 anni: 14.756)

Tipologia di struttura per anziani non autosuff.	P.L. x 1.000 ab.	Totale P.L.
RSA anziani	0,7	224
centro diurno integrato per anziani	0,3	96
RSA demenze - Alzheimer	0,3	96
centro diurno Alzheimer	0,2	64
TOTALE	1,5	480

È chiaro che questa 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.

A queste strutture si aggiungono, infine, le RESIDENZE PROTETTE, che costituiscono strutture socio-assistenziali previste dal Piano sociale regionale 2004-2006, 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.

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.

[4] Il sistema RUG (Resource Utilization Group) è un sistema di classificazione dei pazienti ricoverati in strutture residenziali, basato sul fabbisogno assistenziale dei pazienti e finalizzato alla remunerazione dei relativi costi

Macrogruppo RUG	Descrizione	Struttura
RUG 1-14	Riabilitazione	Riabilitazione
RUG 15-17	Terapia Intensiva e Cure Complesse	MedicheComi Permanenti
RUG 18-20	Cure Mediche Complesse	Lungodegenza, poi RSA
RUG 21-26	Polipatologie ed instabilità clinica	Lungodegenza, poi RSA
RUG 27-30	Deficit Cognitivo	RSA Alzheimer
RUG 31-34	Disturbi del Comportamento	Residenze psichiatriche
RUG 35-44	Disabilità Fisica	Residenze Assistenziali

L'applicazione del sistema RUG consentirà di indirizzare al ricovero in RSA i pazienti compresi tendenzialmente tra la classe RUG 18 e la 30, mentre saranno più propriamente destinati a strutture a minore intensità (Residenze Assistenziali) pazienti inseriti in classi RUG dalla 35 alla 44, con una variabilità complessiva extra macrogruppo oscillante dal 10% ed il 20%.*

LE MODALITÀ

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 mobilitazioni 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 una 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.).

L'utilizzo di uno strumento di rilevazione del case-mix assistenziale sul modello dei RUGs, appare opportuno per una corretta classificazione dei pazienti.

AZIONI

Sulla base delle suddette indicazioni, la Giunta regionale adotterà un apposito Programma operativo sulle residenzialità (RSA anziani, RSA disabili, Residenze protette), come previsto dal Piano di rientro.

Gli interventi prioritari:

SISTEMA DELLA RESIDENZIALITÀ PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI		
Criticità	Obiettivi	Azioni
<p>Carenza di strutture residenziali sociosanitarie ed in particolare: RSA per anziani, RSA per disabili, Centri Alzheimer, comunità protette</p> <p>Presenza di strutture residenziali di tipo sociale disomogeneamente distribuite sul territorio</p>	<p>Riequilibrio territoriale e potenziamento dell'offerta di strutture per anziani non autosufficienti</p>	<p>Definire il Piano del fabbisogno delle diverse strutture residenziali, tenendo conto del Piano stralcio sulle RSA anziani non autosufficienti e RSA disabili (previsto dal Piano di rientro), e anche di:</p> <p>centri Alzheimer, comunità protette, country hospital. Piano di realizzazione graduale, con utilizzo delle risorse già esistenti e di quelle derivanti dalla riorganizzazione della rete ospedaliera, e allocazione di risorse nel piano di riparto del Fondo sanitario regionale</p>
<p>Assenza di verifica della qualità dell'assistenza e delle prestazioni erogate</p>	<p>Controllo qualitativo e quantitativo dell'assistenza erogata</p>	<p>Adozione di uno strumento di valutazione dell'appropriatezza dell'utilizzo di regimi assistenziali residenziali</p>
<p>Mancanza di tariffe per le strutture residenziali in base</p>	<p>Congruità tra costi di erogazione e</p>	<p>Definizione del sistema tariffario</p>

alle effettive prestazioni erogate	remunerazione delle prestazioni	
------------------------------------	---------------------------------	--

3.1.10 La rete delle cure palliative e l'hospice

Negli ultimi dieci anni è andata maturando la consapevolezza della necessità di contrastare il dolore nelle sue molteplici manifestazioni, ed in maniera particolare le sindromi dolorose che caratterizzano la fase terminale delle patologie oncologiche e di alcune patologie degenerative.

Il diritto a non soffrire inutilmente è un diritto primario del cittadino che va ancor più salvaguardato nel caso di malati inguaribili, anche quando non sono più in grado di esprimere il bisogno di alleviare la propria sofferenza.

La rete delle cure palliative non comprende solo le strutture residenziali specifiche (hospice), ma deve essere intesa, ai sensi del *D.M. 28 settembre 1999* e dell'Accordo Stato-Regioni del 19 aprile 2001, come aggregazione funzionale ed integrata di servizi distrettuali ed ospedalieri, sanitari e sociali, ed operare in modo sinergico con la rete di solidarietà sociale presente nel proprio territorio.

Si realizza tramite interventi da assicurare in ambito ambulatoriale, domiciliare, di ricovero ospedaliero e di ricovero territoriale, al fine di:

- assicurare il controllo del dolore e degli altri sintomi nel rispetto della dignità, dei valori umani, spirituali e sociali dell'individuo
- fornire il sostegno psicologico e sociale al malato ed ai suoi familiari
- agevolare la permanenza a domicilio, sede di intervento privilegiata in quanto quasi sempre preferita dal malato e dalla famiglia, garantendo la più alta qualità di vita possibile
- ottenere una riduzione dei ricoveri impropri in ospedale.

Obiettivi

L'obiettivo per il triennio è implementare la lotta contro il dolore inutile in ogni sede assistenziale, come già evidenziato al paragrafo "Il controllo del dolore come diritto della persona". Va implementato 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.

Azioni prioritarie:

- implementazione del progetto "ospedali senza dolore"

- potenziamento dell'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 novembre 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 dalle *"Linee Guida del 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)

- sviluppo di 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.

Per quanto riguarda le strutture residenziali, attualmente sul territorio regionale esiste un solo hospice, a Larino.

È obiettivo del triennio ampliare la rete di strutture residenziali dedicate, con due interventi: la realizzazione di un hospice a Campobasso e di un hospice ad Isernia.

AZIONI

La realizzazione di queste strutture dovrà rientrare in uno **specifico "Programma regionale cure palliative"** che la **Giunta regionale dovrà adottare entro l'anno 2008**, in attuazione del programma nazionale e nel rispetto dei requisiti stabiliti dal *D.P.C.M. del 20 gennaio 2000*, nonché degli standard qualitativi previsti dal *D.M. 22 febbraio 2007, n. 43*: «Definizione gli standard relativi all'assistenza ai malati terminali in trattamento palliativo».ed avvenire in collegamento con il processo di riorganizzazione della rete ospedaliera.

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

HOSPICE/CURE PALLIATIVE		
Criticità	Obiettivi	Azioni
Presenza di un solo hospice (a Larino, con 19 p.l.) e limitata attività sui programmi	Sviluppo di programmi per il contrasto del dolore inutile e cure	È obiettivo del triennio ampliare la rete di strutture residenziali dedicate, con due interventi: la realizzazione di un hospice a Campobasso e di un

di "lotta al dolore palliative inutile"		<p>hospice ad Isernia</p> <p>Sviluppare un programma regionale degli hospice tenendo conto delle risorse a disposizione e della normativa nazionale in materia (tra cui il recente il recente <i>D.M. 22 febbraio 2007, n. 43</i>: «Definizione degli standard relativi all'assistenza ai malati terminali in trattamento palliativo».</p> <p>Potenziamento dell'ADI 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'<i>art. 8 della legge 16 novembre 2001, n. 405</i> su particolari modalità per garantire V erogazione di medicinali agli assistiti a domicilio e in strutture residenziali.</p> <p>Promozione e sviluppo delle terapie del dolore</p> <p>Sviluppo di corsi di formazione per volontari in cure palliative, sulla base di quello attivato dalla ASREM in collaborazione con il terzo settore.</p>
---	--	--

3.1.11 La salute mentale

Nella Regione l'offerta di servizi d'assistenza ai disabili psichici è abbastanza completa, anche in forza della *L.R. 6 novembre 2002, n. 30* sulla "tutela della salute mentale", del relativo regolamento applicativo n. 1 del 2004 e delle linee guida sull'autorizzazione ed accreditamento delle strutture sociosanitarie residenziali e semiresidenziali di cui alla *Delib.G.R. 16 ottobre 2006, n. 1722*.

Il sistema ha avuto negli anni un andamento positivo, soprattutto per i pazienti gravi in regime di residenzialità e semi-residenzialità, è ben strutturato e consente di orientarsi nel triennio ad obiettivi di ulteriore qualificazione che riguardano gli interventi per la promozione e la tutela della salute mentale nella comunità.

Le principali criticità del sistema riguardano:

- > una risposta prevalentemente di tipo sanitario con eccessivo ricorso ad una residenzialità psichiatrica di lungo assistenza a scapito delle forme di residenzialità leggera e del sostegno alla domiciliarità;

- > una non piena applicazione del Progetto obiettivo nazionale sulla tutela della salute mentale di cui al D.P.R. 1° novembre 1999, con particolare riferimento alla mancata attuazione dei Centri di salute mentale (CSM) e alla difficoltà di promuovere pratiche e politiche di impulso a programmi ed interventi centrati sulla comunità, spostando l'attenzione dalla malattia in sé alla totalità della persona, ai suoi bisogni e diritti, alle sue capacità, innalzando la qualità della vita e favorendo autonomia ed emancipazione;

> una carente attuazione del processo di riorganizzazione dei servizi secondo il modello dipartimentale a centralità territoriale (CSM) in costante e forte interazione con il Distretto e con gli ambiti territoriali sociali;

> una separazione operativa tra i diversi servizi, quali i Centri Diurni Psichiatrici, i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura, le Strutture Residenziali, le Comunità Terapeutiche, con rischio di un lavoro carente di continuità e di obiettivi condivisi.

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

- attivazione dei Centri di Salute Mentale (CSM) e potenziamento dei trattamenti ambulatoriali, domiciliari e di rete anche nell'ottica di dare priorità agli interventi precoci per le psicosi;
- riduzione dei ricoveri inappropriati in regime ospedaliero;
- sviluppo delle attività di Neuropsichiatria Infantile;
- riordino della residenzialità psichiatrica;
- qualità e appropriatezza della residenzialità psichiatrica;
- potenziamento dei trattamenti in regime semiresidenziale;
- inserimento socio-lavorativo;
- lotta allo stigma sociale;
- sviluppo dei servizi per il trattamento dei disturbi del comportamento alimentare (D.C.A.);
- definizione delle linee programmatiche per la tutela della salute mentale nelle Case Circondariali della Regione Molise;
- verifica puntuale della situazione epidemiologica regionale.

In ragione dei suddetti obiettivi, costituiscono azioni prioritarie per il triennio:

1. Attivazione dei Centri di Salute Mentale (CSM) a Campobasso ed Isernia e Termoli nell'ottica dell'integrazione con gli altri Servizi Sanitari (in primo luogo con i Distretti e con i Medici di Medicina Generale attraverso un collegamento funzionale e i programmi di cura concordati) e con i Servizi Sociali (soprattutto con quelli di comunità ispirati alle pratiche dei Patti Intersettoriali della Salute come previsto dalla Carta di Ottawa, coinvolgendo le associazioni dei sofferenti psichici, utenti e familiari, le cooperative sociali del settore).

Il CSM svolge la funzione fondamentale di *"fulcro dell'assistenza programmata per le azioni di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale"*, come previsto dal Progetto obiettivo nazionale, dalla L.R n. 30/2002, art. 8, comma 1 e dal successivo Regolamento Attuativo Regionale del 2004 per la Tutela della Salute Mentale.

Oltre alle funzioni ed attività del CSM previste dalle attuali normative nazionali e regionali particolare importanza per il contesto regionale e per le criticità sopra evidenziate deve essere attribuita alle seguenti attività:

- all'attività 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, come cardiopatie, malattie metaboliche e dermatologiche, malattie dell'apparato respiratorio, che hanno un'incidenza maggiore nell'ambito dei disturbi psichiatrici gravi rispetto alla popolazione generale;

- al trattamento tempestivo dei gruppi a rischio, in un'ottica di prevenzione del disagio e dei disturbi maggiori;

- alle azioni specifiche di sostegno delle famiglie o di gruppi di famiglie con programmi psicoeducativi integrati, che preveda anche l'integrazione nel percorso terapeutico riabilitativo del paziente.

La realizzazione e il reale funzionamento dei Centri di salute mentale mira a conseguire una risposta adeguata ai bisogni dell'utenza, facilitare l'accesso ai servizi, attuare una migliore integrazione con il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, anche al fine di contrarre sia il tasso dei ricoveri che la durata media della degenza.

2. Riduzione e rideterminazione i posti letto ospedalieri negli attuali tre Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC), in linea con il fabbisogno di 1 p.l. per diecimila abitanti adulti residenti previsto del Progetto Obiettivo Nazionale 1998-2000 di cui al D.P.R. 1° novembre 1999, nonché in conformità con quanto disposto dall'*art. 16 del regolamento 26 gennaio 2004, n. 1*, applicativo della *L.R. n. 30 del 2002* che prevede "uno degli obiettivi prioritari del DSM è la riduzione del ricorso a ricovero dei pazienti nel territorio di competenza, in tutte le strutture del dipartimento".

La riduzione dovrà essere effettuata entro dicembre 2008, sulla base di queste indicazioni:

SPDC	p.l. attuali	p.l. ordinari rideterminati	p.l. day hospital rideterminati
Campobasso	15 p.l.	10 p.l.	2 p.l.
Isernia	12 p.l.	8 p.l.	2 p.l.
Termoli	12 p.l.	9 p.l.	2 p.l.
Totali	39 p.l.	27 p.l.	6 p.l.

I risparmi derivanti dalla riduzione dei posti letto ospedalieri in SPDC saranno utilizzati per la realizzazione ed il funzionamento dei Centri di salute mentale, dei Gruppi appartamento e delle altre attività territoriali per la tutela della salute mentale.

Inoltre, i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura, che sono attivi presso la struttura ospedaliera, dovranno essere integrati con le altre strutture del DSM e in particolare col nascente CSM.

Il Centro di Salute Mentale, in quanto responsabile del progetto sul singolo caso, collabora alla gestione del ricovero delle persone di competenza territoriale e stabilisce il più rapidamente possibile un programma di presa in carico territoriale.

Il DSM deve perseguire l'obiettivo della progressiva riduzione dei trattamenti sanitari obbligatori, dei ricoveri ripetuti, della loro durata e dell'inappropriatezza dei ricoveri.

3. Riordino delle strutture residenziali

L'obiettivo del Piano è ridurre, riconvertire e/o caratterizzare progressivamente nel tempo i posti letto delle Comunità di Riabilitazione Psico-sociale (CRP) attualmente esistenti, tutte ad alta attività terapeutico-socio-riabilitativa.

In particolare si prevede il passaggio dagli attuali 140 posti letto ad alta attività assistenziale a 120 per pazienti residenti nel Molise.

Rimane ferma l'ulteriore possibilità, per le CRP che presentano i necessari requisiti ai sensi del *D.P.R. 14 gennaio 1997*, di dotarsi di altri 5 p.l. per il ricovero di pazienti provenienti da altre Regioni (*art. 9, comma 4, della L.R. n. 30/2002*).

Si prevede, nel triennio, una riconversione progressiva di alcune CRP in strutture a media intensità terapeutico-riabilitativa e/o in Gruppi Appartamento (strutture a bassa intensità), anche per garantire una distribuzione adeguata delle strutture sul territorio. In particolare, due CRP, una a Campobasso ed una ad Isernia, saranno riconvertite in Strutture a media attività assistenziale.

Inoltre, le CRP svolgeranno le attività di assistenza territoriale ai pazienti che risiedono nell'ambito del Comune ove hanno sede le CRP e nel territorio limitrofo, in base ai programmi terapeutici del DSM, ai sensi dell'*art. 9 della L.R. n. 30/2002*.

4. Attivazione delle strutture residenziali a media e bassa intensità assistenziale previsti dalla normativa regionale (*L.R. n. 30/2002*), che devono affiancarsi alle già esistenti Comunità di Riabilitazione Psicosociali a maggiore intensità assistenziale (CRP) o essere realizzate tramite riconversione delle stesse (in particolare tramite la riduzione di una CRP a Campobasso ed una ad Isernia).

<i>Media intensità assistenziale:</i>	<i>Bassa attività assistenziale:</i>
Isernia: 8 p.l.	Isernia: 8 p.l.
Campobasso: 8 p.l.	Campobasso: 12 p.l.
Termoli: 10 p.l.	Termoli: 8 p.l.

5. Attivare l'assistenza domiciliare e territoriale al fine di favorire il mantenimento della persona con disagio psichico nel proprio ambito familiare o consentirgli una vita autonoma. In particolare le CRP svolgono, su disposizione del DSM, le attività di assistenza domiciliare e negli altri luoghi di vita dei pazienti che risiedono nell'ambito del Comune ove hanno sede le CRP e nel territorio limitrofo, in base ai programmi terapeutici del DSM, come già previsto dalla citata *L.R. n. 30/2002, art. 9* e dal regolamento applicativo. Gli utenti che potranno essere ammessi al servizio di assistenza territoriale sono individuati in base al fabbisogno di 3 x 10.000 abitanti, come indicato di seguito:

DSM di Isernia n. 27

DSM di Campobasso n. 39

DSM di Termoli n. 31

6. Potenziare l'attività semiresidenziale, da garantire tramite i-4 3 centri diurni per la salute mentale, di cui 1 già attivo a Campobasso, e due da attivare, di cui uno a Termoli ed uno ad Isernia-Agnone ai sensi delle Linee guida di cui alla *Delib.G.R. n. 1722/2006*, assegnando ad ogni Dipartimento di Salute Mentale una ricettività di 15 utenti per ogni Centro Diurno. Le attività dei Centri diurni di trattamento educativo-riabilitativo sono finalizzate allo svolgimento dei compiti sottoelencati:

- facilitare lo sviluppo psicologico degli utenti presi in carico in un contesto naturale e stimolante;
- migliorarne l'interazione sociale e la comunicazione verbale e non verbale;
- consolidarne le abilità e competenze cognitive acquisite e potenziarne quelle esistenti;
- svilupparne l'adattamento emozionale e sociale, l'autonomia e l'indipendenza correggendone i comportamenti disadattativi;
- consentire agli adolescenti un progressivo distacco dalla famiglia e, quando possibile, l'inserimento lavorativo.

7. Attivazione di patti intersettoriali della salute per il coinvolgimento della comunità

Nello svolgimento di attività socio-sanitarie e socio-riabilitative, come *Uffici di Cittadinanza per la Salute* (ad esempio il laboratorio aperto alla cittadinanza di Campobasso) come previsti dalle normative nazionali e regionali o altre strutture di integrazione socio-sanitarie, come ad esempio i Centri Socio Educativi previsti dal Piano Sociale della Regione.

8. Promuovere la qualità e appropriatezza della residenzialità psichiatrica

È fondamentale promuovere l'acquisizione da parte delle strutture di requisiti di qualità che garantiscano l'appropriatezza delle procedure e degli interventi finalizzati al miglioramento delle abilità sociali del paziente in vista di una dimissione e reinserimento sociale.

L'obiettivo nel triennio è di dare attuazione alle normative regionali che definiscono i requisiti di qualità delle strutture (Linee guida di cui alla *Delib.G.R. 16 ottobre 2006, n. 1722*) e di promuovere programmi interni di qualità delle strutture.

Si intende garantire la qualificazione della residenzialità, come "luogo di abitare assistito", con progetti riabilitativi integrati e personalizzati, con il coinvolgimento dei familiari, della rete sociale, delle associazioni e della comunità, con la regia del CSM. Va anche garantita l'adozione di strumenti di valutazione (di processo e di esito del trattamento) validati dalla comunità scientifica e dagli operatori, tramite un set di indicatori sanitari e sociali (es. dimissioni dal trattamento sanitario, reinserimento del paziente nel tessuto sociale/lavorativo).

9. Promuovere l'inserimento socio-lavorativo. Il DSM deve considerare tra gli obiettivi principali della riabilitazione psichiatrica la promozione di strategie volte all'inserimento lavorativo dei loro utenti. Pertanto risulta essenziale promuovere la cultura dell'inserimento lavorativo.

È essenziale in primo luogo promuovere iniziative mirate ad approfondire la conoscenza del territorio, e a far crescere fra gli operatori psichiatrici una cultura della riabilitazione rivolta al lavoro, sia per i soggetti da accompagnare all'inserimento lavorativo, sia per gli utenti già occupati. Tra le iniziative da mettere in atto vi sono:

- organizzare momenti teorici e pratici, di 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, usufruibili 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 disabili (Convenzioni ex *art. 11, della L. 68/99* e *art.5 della L. 381/91* "Disciplina delle Cooperative Sociali), da parte della ASREM e dei Comuni;
- promuovere una rete per l'inserimento lavorativo, con integrazione e potenziamento dei diversi organismi competenti, 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.

10. Contrastare lo stigma legato alla malattia mentale migliorando 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 i 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;

- coinvolgere l'Università per un'attività costante di ricerca e formazione;

- riorganizzare i servizi territoriali perché siano in grado di prendere in carico la persona, di inserirla e seguirla nella comunità attraverso il suo coinvolgimento attivo e il sostegno alla propria famiglia.

11. Definire, a cura dei DSM e dell'Amministrazione Penitenziaria, le linee programmatiche per la tutela della salute mentale nelle Case Circondariali della Regione Molise in attuazione del D.lgs n. 230 del 1999 e del *Reg. n. 1 del 2004* applicativo della *legge regionale n. 30/2002* al fine di tutelare il diritto alla salute mentale dei detenuti negli Istituti penitenziari".

12. Potenziare la rete informativa, in base alle direttive dell'attuale Piano Sanitario Nazionale, del Progetto Obiettivo Tutela Salute Mentale 1998-2000, e del costituendo Sistema informativo nazionale per la salute mentale.

13. Coordinare i Dipartimenti di Salute Mentale esistenti, tramite l'istituzione di una Direzione Interdipartimentale della Salute Mentale (DISM), che attiverà un proprio Comitato Dipartimentale tramite un apposito Regolamento applicativo. Questo processo mira a pervenire, attraverso il coordinamento operativo e la realizzazione dei punti di priorità indicati dal presente Piano, alla successiva realizzazione di un Dipartimento di salute mentale unico, a valenza regionale.

14. Collocare nel Dipartimento di Salute Mentale l'Unità Operativa Complessa di Neuropsichiatria Infantile, per favorire l'integrazione dei programmi con il CSM delle persone con disturbo psichiatrico o con disagio psichico nell'età adolescenziale e per una maggiore coerenza ed affinità delle materie di psichiatria dell'infanzia e dell'età adulta. Questo passaggio dovrà essere accompagnato da una specifica attenzione del DSM ai temi della tutela dell'infanzia, prevedendo anche spazi specifici e dedicati per l'accoglienza di questa utenza, e con definizione di accordi specifici con i Pediatri di libera scelta per la prevenzione, la diagnosi precoce e il trattamento di cura, nonché per definire modalità concordate di presa in carico e garanzia della continuità assistenziale.

15. Nell'ambito del DSM, verrà data particolare attenzione al trattamento di alcune patologie ed in particolare: valutazione e cura dei disturbi alimentari; intervento precoce nei pazienti psicotici non

organici e non affettivi; percorsi di psicoterapia di comunità e di consultazione ospedaliera. I programmi formativi ed assistenziali anche per queste attività sono effettuati dal DSM eventualmente in collegamento con l'Università del Molise come previsto dal Regolamento Regionale Attuativo per la Tutela della Salute Mentale.

SALUTE MENTALE		
Criticità	Obiettivi	Azioni
Incompleta applicazione delle previsioni normative di cui alla <i>L.R. n. 30 del 2002</i> sulla "tutela della salute mentale", del relativo regolamento applicativo n. 1 del 2004 in particolare per carenza dei Centri di Salute Mentale e delle strutture residenziali a media e bassa intensità assistenziale	Completamento del percorso di integrazione e reinserimento della persona con disagio mentale nella vita attiva	Attivazione dei Centri di salute mentale, di cui come sede organizzativa dell'equipe multiprofessionale per l'elaborazione del progetto terapeutico e come punto di coordinamento dell'attività sul territorio secondo quanto previsto dalla normativa nazionale e regionale Attivazione di strutture residenziali a media e bassa intensità assistenziale valorizzando preferibilmente le proprietà comunali esistenti (da collocare nell'ambito dei Programmi di attività territoriali del Distretto e dei Piani sociali di Zona dei Comuni) Avvio di trattamenti a media e bassa intensità assistenziale Potenziamento dell'assistenza domiciliare e territoriale per le persone con disturbo mentale grave, sia da parte degli operatori del servizio pubblico sia da parte del privato sociale
Presenza di strutture ancora in regime di accreditamento provvisorio; necessità di una individuazione generale del fabbisogno	Passaggio al sistema di accreditamento istituzionale applicando i predefiniti criteri di qualità	Attuare il sistema previsto dalle "linee guida sull'autorizzazione ed accreditamento delle strutture socio-sanitarie residenziali e semiresidenziali"
Presenza di una tipologia di risposta alla tutela della salute mentale prevalentemente di tipo "sanitario"	Integrazione sociosanitaria: potenziamento delle risposte "sociali" ai problemi di salute mentale a tutti i livelli dell'intervento	"Lavoro di rete" finalizzato a rendere tra loro sinergici interventi a carattere socio-assistenziale, abitativo, culturale/associazionistico. Potenziamento degli interventi di Prevenzione Primaria con azioni volte a contrastare il fenomeno del disagio psichico nell'infanzia e nell'adolescenza, nei gruppi a rischio. Agevolazione dei percorsi di reinserimento degli utenti nel ciclo

		produttivo
Stigma sociale verso la malattia mentale	Lotta allo "stigma" sociale	<p>Promozione negli utenti e nelle famiglie, del diritto di cittadinanza, di una migliore qualità della vita, maggiori autonomia ed emancipazione</p> <p>Sostegno anche finanziario a tutti i programmi, i progetti ed i servizi di comunità sostenuti da ampi protocolli d'intesa interistituzionali ed affidati alle associazioni dei sofferenti psichici</p> <p>Potenziamento delle campagne di informazione e sensibilizzazione sul disagio psichico soprattutto favorendo interventi strutturati e manualizzati sulla Promozione della salute da attuarsi nelle scuole con modalità dell'auto aiuto</p>

3.1.12 Le dipendenze patologiche

Sul territorio regionale è già attiva una "rete di servizi" sia pubblici che del terzo settore, rivolti ad assicurare le risposte ai complessi bisogni di salute nel settore. La rete risulta così costituita: Servizi Tossicodipendenze (SERT) articolati sul territorio: due nella zona di Termoli, due nella zona di Isernia, uno nella zona di Campobasso e uno nella zona di Agnone; comunità terapeutiche residenziali e semiresidenziali; centri di informazione e di consulenza (CIC); gruppi di auto-aiuto nell'ambito delle patologie alcolcorrelate (Club Alcolisti in Trattamento - C.A.T., Alcolisti Anonimi, ecc.); rete delle strutture di ascolto e di reinserimento sociale e lavorativo.

Va rilevato che le linee guida sull'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture sociosanitarie 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 comorbilità psichiatrica, strutture per tossicodipendenti in gravidanza o puerperio e/o con figli minori*), che tuttavia richiede specifici investimenti per attuare convenzioni (tariffe).

Criticità

- Assenza di **Dipartimento delle dipendenze patologiche** a livello regionale, da prevedere come **coordinamento funzionale** e non strutturale dei servizi pubblici esistenti, del privato sociale accreditato, degli altri organismi che operano nel settore, anche privato for profit.
- Carenza organizzativa e di personale: i Sert hanno un elevato numero di utenti, ma operano spesso in condizioni di sottodimensionamento rispetto a quanto previsto dalle piante organiche e spesso risulta inadeguata anche la dotazione strutturale e strumentale.

- Crescita e diversificazione del bisogno (nuove droghe; fenomeno dell'uso combinato di più sostanze; aumento dell'abuso di droghe e di alcol nelle fasce giovanili; crescita dell'utenza femminile; etc), che rende difficile consolidare modelli di intervento e garantire la presa in carico dei bisogni delle persone. Il rischio specifico è concentrare le poche risorse principalmente sul paziente dipendente da eroina senza riuscire ad implementare adeguatamente l'assistenza su altre forme di dipendenza (alcolismo, tabagismo, dipendenza senza sostanza).
- Difficoltà dei Sert a collegarsi con gli altri servizi territoriali e a diventare, oltre a punto di riferimento per l'assistenza, anche centro di prevenzione e promozione attiva della salute per le aree di competenza.

Obiettivi

Prevenzione primaria:

- incentivare la creazione di campagne informative, non di tipo dissuasivo riguardo gli effetti dell'uso e abuso di sostanze tossiche all'organismo, utilizzando i risultati di ricerche raccolte nell'ambito delle neuro scienze, valorizzando le esperienze positive già attivate sul territorio e coinvolgendo i diversi attori interessati, soprattutto le scuole, le associazioni sportive, gli ambienti di divertimento con particolare rilievo per i programmi sulla vulnerabilità da dipendenza da sostanza, prediligendo metodologie che favoriscono il confronto tra pari (peer education) e la creazione, attraverso gli strumenti dei Piani di zona nei diversi Ambiti territoriali, di Centri di aggregazione ed educativi in ogni comune.

Vanno sviluppati solo programmi di promozione della salute e progetti con piani di valutazione a livello sia quantitativo che qualitativo, con specifica attenzione a:

- iniziative di contrasto dell'abuso di sostanze psicotrope, compreso le nuove droghe;
- prevenzione e trattamento dell'alcolismo;
- prevenzione e trattamento del tabagismo;
- prevenzione e trattamento del gioco d'azzardo.

Prevenzione secondaria:

- ridurre il danno connesso all'uso di sostanze psicotrope, tabacco, alcool, ecc. *attraverso azioni di informazione, sensibilizzazione e motivazione orientate a migliorare lo stile di vita dei soggetti consumatori attivi di tali sostanze.*

- *Ridurre i disagi giovanili che potrebbero sfociare in dipendenze da sostanze psicotrope attraverso la presenza di operatori specializzati in tutte le scuole medie e superiori della Regione. Tale attività va realizzata mettendo in sinergia le risorse della scuola, degli enti locali, del privato sociale competente e degli operatori sanitari preposti alla prevenzione della tossicodipendenza.*

Prevenzione terziaria:

- promuovere il reinserimento socio-lavorativo delle persone con problemi di dipendenza, avvalendosi principalmente della collaborazione delle comunità terapeutiche, gli operatori del Ser.T, delle associazioni di volontariato di settore e del privato sociale, dotati di personale formato e/o esperto per questa specifica attività.

- Favorire percorsi di reinserimento sociale e lavorativo per le persone che hanno concluso con successo un percorso terapeutico.

- Favorire la nascita di centri diurni per il reinserimento socio-lavorativo di tossicodipendenti che hanno concluso con successo un percorso terapeutico e ritornano in famiglia.

Outsourcing:

- Promuovere la costituzione e l'accreditamento di associazioni con competenze specialistiche capaci di trattare aspetti riguardanti la prevenzione primaria, secondaria e terziaria, affinché i Ser.T possano affidare loro mansioni specifiche integrative a quelle già esistenti secondo il criterio dell'outsourcing.

Supervisione:

- Promuovere programmi di supervisione che coinvolgano gli operatori sociali impegnati nell'attuazione di programmi di prevenzione primaria, secondaria e terziaria sia pubblici che privati.

Sostegno alle famiglie:

- Promuovere iniziative di sostegno alle famiglie dei tossicodipendenti, valorizzando il loro contributo nelle azioni finalizzate al contrasto del problema, promuovendo in particolare:

- Azioni di sensibilizzazione presso altri genitori, istituzioni e collettività;
- Formazione;
- Consulenza psicologica e psicoterapia e di *counseling*;
- Gruppi di auto-aiuto, di aiuto e terapeutici.

Unità di strada:

Estendere a tutti i *Ser.T.* le esperienze di Unità di strada, formate da operatori del servizio pubblico o da operatori del terzo settore con formazione ed esperienza specifica, che possano operare per prevenire e ridurre i rischi di cronicità sociale, intervenendo nei principali luoghi di aggregazione e nelle aree di maggiore rischio.

Cure presso strutture convenzionate:

Prevedere la disponibilità di *posti letto in strutture convenzionate* della Regione Molise, da destinare a pazienti che presentano sindrome di astinenza o patologie correlate all'uso e abuso di sostanze psicotrope.

Tossicodipendenza e strutture carcerarie:

Viste le recenti disposizioni normative, al fine di garantire un 'adeguata assistenza ai tossicodipendenti detenuti, si ritiene necessario la costituzione di unità operative multi disciplinari all'interno di ciascun carcere della nostra Regione anche utilizzando personale che in esse già opera.

Le risorse:

Gli obiettivi nell'area delle dipendenze sono ambiziosi, anche per adeguarsi alle normative nazionali in materia (tra cui il recente Piano nazionale per la lotta all'alcolismo), e potranno essere realizzati gradualmente nel triennio tramite un progressivo incremento di risorse (che vanno recuperate dal macrolivello ospedaliero) e con l'effettiva azione di riequilibrio e coordinamento dell'azione dei diversi organismi interessati (i vari servizi sanitari pubblici, il privato sociale convenzionato, il volontariato etc.) creando un sistema organico e coerente con gli indirizzi europei in materia di dipendenze.

Priorità:

• **Costituire il Dipartimento delle dipendenze** a livello regionale per creare un efficiente sistema di sinergie tra enti pubblici, privati e terzo settore in un contesto di pari dignità, come previsto dall'Accordo Stato - Regioni del 21° gennaio 1999 "*Riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti*" (L'Accordo raccomanda fortemente che le Regioni definiscano specifiche risposte organizzative per i problemi legati alle dipendenze, proponendo l'integrazione dei servizi e degli operatori nell'ambito del Dipartimento delle Dipendenze).

Il Dipartimento si pone come **organizzazione funzionale** di rete tra diverse unità operative che condividono le stesse finalità, con modalità operative di relazione che devono essere regolamentate da protocolli formali conosciuti e condivisi.

Scopo del Dipartimento è garantire al cittadino una migliore assistenza, tramite una più forte alleanza con gli operatori per prevenire, curare i danni indotti da comportamenti a rischio, dall'uso

problematico e dalle dipendenze da sostanze legali, illegali e da comportamenti. In particolare, dovrà garantire la presa in carico personalizzata delle persone dipendenti da sostanze (inclusi alcolisti e tabagisti), integrando la valutazione e gli interventi di ordine farmacologico, psicologico, riabilitativo nei contesti ambulatoriali, semiresidenziali o residenziali più indicati nel singolo caso.

Operativamente il Dipartimento deve:

- analizzare i bisogni di disagio e di cura espressi dal territorio;
- attivare ed integrare le diverse risorse della rete dei servizi sanitari, sociosanitari, sociali, educativi e valorizzare la funzione del privato sociale;
- garantire in particolare l'integrazione con i servizi per la tutela della salute mentale per assicurare la presa in carico integrata dei pazienti in situazione multiproblematica. A tal fine si prevede la formulazione di uno specifico protocollo che assicuri la piena collaborazione dei servizi per le dipendenze e di quelli per la salute mentale in presenza di problemi di abuso e dipendenza associati a livelli significativi di sofferenza mentale;
- progettare una valutazione di qualità dei servizi e di funzione di rete;
- assicurare la presa in carico globale e diagnosi multidisciplinare;
- predisporre il relativo progetto di cura personalizzato attivando trattamenti integrati, condivisi e valutabili, basati sulla evidenza scientifica;
- migliorare l'offerta dei servizi rendendola più specifica e flessibile rispetto ai bisogni della persona;
- promuovere il reinserimento sociale, riqualificazione formativa e lavorativa.

Sono Unità Operative territoriali del Dipartimento: I Ser.T., le **Unità alcoliche** esistenti; i Centri antitabacco; i Presidi per le Dipendenze presso le Case Circondariali; le Strutture residenziali/semiresidenziali e le Comunità Terapeutiche pubbliche.

Il Dipartimento delle dipendenze opera in stretta relazione con il Dipartimento di prevenzione, i Dipartimenti di salute mentale e la Direzione Interdipartimentale della Salute Mentale (DISM), i Distretti e la rete dei servizi pubblici e privati accreditati. Costituire una rete integrata con il privato sociale, che va coinvolto e valorizzato.

L'organizzazione specifica del Dipartimento delle dipendenze sarà definita dall'Atto aziendale della ASREM.

• Potenziare le **Comunità terapeutico-riabilitative per pazienti affetti da dipendenze patologiche** per un totale di 49 posti letto, ed in particolare:

- 1 Rotello di ristrutturazione di 12 p.L;

- 1 Petacciato di nuova attivazione di 12 p.L;
- 1 Termoli di 10 p.L trasformazione da struttura a carattere pedagogico a carattere riabilitativo;
- 1 Montenero di Bisaccio di 15 p.L trasformazione da struttura a carattere pedagogico a carattere riabilitativo.

• Estendere a tutti i DSM le **esperienze di "Unità di strada"** già attivate presso alcuni territori, formate da operatori del servizio pubblico o da operatori del terzo settore con formazione ed esperienza specifica per il lavoro di strada, che operano per prevenire e ridurre rischi di cronicità sociale intervenendo nei principali luoghi di aggregazione e nelle aree a maggiore rischio.

Contrasto dell'alcolismo:

Nella fase attuale la programmazione europea e nazionale riconoscono che la prevenzione e la riduzione dei danni sanitari e sociali causati dall'alcol costituisce uno dei più importanti obiettivi di salute pubblica, soprattutto in relazione alla protezione della salute delle giovani generazioni.

Ciò è previsto esplicitamente Piano sanitario nazionale 2006-2008; dal Piano di azione proposto dall'OMS per gli anni 2000-2005 e dalla risoluzione dell'OMS Europa *"Framework for Alcohol Policy in the European Region"*, che costituisce la cornice di riferimento sulle politiche e le strategie contro l'alcol per il periodo 2005-2010.

A conferma di questa rilevanza, il Ministero della salute ha adottato il primo **"Piano nazionale Alcol e Salute"** approvato dalla Conferenza Stato-Regioni il 29 marzo 2007, prevedendo anche uno stanziamento di risorse da destinare alle regioni per la realizzazione di azioni specifiche di durata triennale, ai sensi della *legge 30 marzo 2001, n. 125 "Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcolcorrelati"*

È, pertanto, obiettivo del presente Piano dare attuazione a quanto previsto dal Piano nazionale Alcol e Salute, nelle diverse aree strategiche (informazione ed educazione; bere e guida; ambiente di vita e luoghi di lavoro; trattamento del consumo alcolico dannoso e dell'alcoldipendenza; responsabilità della produzione e della distribuzione; capacità sociale di fronteggiare il rischio derivante dall'uso di alcol; potenzialità delle Organizzazioni Non Governative (ONG), di volontariato e di mutuo aiuto; monitoraggio del danno alcolcorrelato e delle relative politiche di contrasto).

In particolare, la regione promuoverà:

- Programmi di promozione della guida senza alcol attraverso campagne di mass media e interventi nei luoghi di ritrovo;
- Programmi scolastici di prevenzione del consumo di bevande alcoliche
- Campagne informativo-educative per la prevenzione dell'uso rischioso di bevande alcoliche

- Sensibilizzazione e formazione specifica incentrata non solo sui Sert e sui servizi specialistici, ma anche sui Medici di medicina generale e Pediatri di libera scelta, in collaborazione con il Dipartimento di prevenzione e i Distretti, per l'identificazione dei soggetti a rischio e per l'intervento breve nei confronti del consumo alcolico nocivo.

Inoltre, ai sensi dell'Accordo Stato-Regioni del 21° gennaio 1999, la ASREM istituirà, dove necessario, specifiche **Unità di Alcologia all'interno dei Sert** con compiti di prevenzione, diagnosi trattamento dei problemi alcolcorrelati e delle alcoldipendenze. Tali unità operative vanno attivate sulla base dell'esistenza di effettive azioni sull'alcolismo che oltre ad investire un alto numero di pazienti, possano connotare rilevanti e reali responsabilità degli operatori.

All'interno di tali Unità operative è necessario siano presenti accanto ai professionisti del pubblico e del privato, le associazioni di volontariato ed auto aiuto specifiche, quali Club degli alcolisti in Trattamento e Alcolisti Anonimi, allo scopo di promuovere un vero approccio territoriale e di rete.

Lotta al tabagismo:

Il tabagismo costituisce uno dei maggiori fattori di rischio nello sviluppo di patologie, spesso croniche ed invalidanti, e rappresenta, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, la principale causa di morte evitabile.

Le raccomandazioni dell'OMS permettono di definire le linee direttrici per condurre un'efficace azione integrata contro il fumo di tabacco e identificano come principali i seguenti ambiti di intervento:

- promozione della salute e prevenzione dell'abitudine al fumo tra gli adolescenti
- assistenza e supporto alla disaffezione
- comunicazione, formazione, ricerca e valutazione.

La regione si impegna, pertanto, nello sviluppo delle seguenti azioni:

- *Completare il Progetto "Giovani e fumo "*: La regione ha aderito, nel corso dell'anno 2007, ad uno specifico progetto di prevenzione del tabagismo rivolto ai giovani, che sta conducendo in partnership con altre Regioni, sulla base delle indicazioni del Ministero della Salute. Il progetto mira a coinvolgere direttamente gli adolescenti, in ambito scolastico e nei luoghi di incontro, nella definizione di strategie per evitare l'approccio e l'abitudine al fumo. La finalità del progetto è poter definire un'azione efficace e permanente di prevenzione, da attuare in collaborazione con diversi attori e prima di tutto le istituzioni scolastiche;

- *Diffondere la rete dei centri antifumo;*

- *Migliorare la collaborazione con i Medici di medicina generale* per la prevenzione e il trattamento del tabagismo;

- *Vigilare sull'osservanza del divieto di fumo* negli spazi confinati, ai sensi della L. 3/2003;

- Implementare le informazioni sui rischi per la salute correlati al fumo.

Lotta alla droga:

La Regione, in attuazione degli obiettivi del PSN 2006-08 e delle raccomandazioni della UE e dell'Osservatorio Europeo Droghe e Tossicodipendenze (OEDT), si impegna a:

1. promuovere l'attuazione di programmi globali di prevenzione efficaci e valutati riguardanti sia le sostanze psicoattive legali e illegali,

2. sostenere l'attuazione e lo sviluppo di programmi di prevenzione comuni dei servizi pubblici, delle comunità scolastiche, delle pertinenti Organizzazioni Non Governative, degli enti locali, dell'associazionismo e del terzo settore;

- attivare campagne informative mirate alla diffusione del non-uso di droghe, soprattutto in collaborazione con le istituzioni scolastiche

- Implementare le informazioni sui rischi per la salute correlati al consumo di droghe.

DIPENDENZE PATOLOGICHE		
Criticità	Obiettivi	Azioni
<p>Cambiamento del quadro epidemiologico dell'abuso e delle dipendenze:</p> <ul style="list-style-type: none"> - aumento di abuso di cocaina, psicostimolanti, alcool - aumento dell'utenza femminile - allargamento della fascia d'età che chiede aiuto ai servizi - aumento dell'utenza genitoriale - maggiore incidenza del disturbo psichiatrico 	<p>Potenziamento della prevenzione primaria sul territorio e delle attività preventive dei servizi territoriali per le dipendenze</p> <p>Ridefinizione delle modalità operative e creazione del Dipartimento delle dipendenze a livello aziendale</p>	<p>Definizione delle aree di rischio; prevenzione primaria nei diversi contesti sociali attraverso informazione e sensibilizzazione ai problemi delle dipendenze in campo scolastico, lavorativo, familiare, in gruppi sociali e/o associazioni operanti nel territorio</p> <p>Coordinamento con le attività consultoriali e raccordo operativo con i medici di medicina generale</p> <p>Istituzione del Dipartimento delle Dipendenze Patologiche</p> <p>Definizione dei protocolli operativi sulle nuove dipendenze</p> <p>Protocolli diagnostici condivisi con altri servizi territoriali (es. salute mentale, medici di medicina generale e pediatri di libera scelta)</p> <p>Sviluppo di "modalità" lavorative che valorizzino al massimo le diverse professionalità (es. incontri periodici delle</p>

		equipe di operatori, confronto e scambio con la "rete" allargata del territorio)
Scarsa proattività dei Ser.T e "attesa" dell'utenza al servizio	Potenziamento delle relazioni e collaborazioni dei SerT nel Distretto e con gli altri servizi aziendali	Potenziamento dell'attività informativa, comunicativa e propositiva dei Ser.T in tutto il territorio; Promozione di incontri con reti "formali" ed "informali" del territorio
Concentrazione dei Ser.T sulle dipendenze da eroina e altre sostanze psicotrope	Lotta al tabagismo: Lotta all'alcolismo:	Programmi di prevenzione del tabagismo particolarmente rivolti ai giovani Vigilanza sull'osservanza del divieto di fumo Informazioni sui correlati rischi per la salute Campagne informative mirate alla diffusione della norma del non-uso di droghe Programmi scolastici di prevenzione primaria dell'uso di droghe Informazioni sui correlati rischi per la salute

3.1.13 La disabilità

L'obiettivo generale è quello di garantire alle persone con disabilità il diritto ad una vita indipendente, e perciò 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, questi sono:

- assicurare la presa in carico del soggetto in funzione dell'unitarietà dell'intervento
- individuare percorsi assistenziali in ordine alle 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;
- 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.

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 del 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 il 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.

Per le suddette finalità la Giunta si impegna nell'arco di validità del presente Piano, ad approvare linee guida e ipotesi di modelli organizzativi integrati che ridefiniscano il processo assistenziale della persona con disabilità nella sua globalità e continuità, ridisegnando le sue caratteristiche fondamentali.

Le linee guida individueranno azioni mirate 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'ICF, 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; garantire la riabilitazione del disabile in forme appropriate per mantenere e potenziare le sue capacità residue, limitando le inevitabili complicate;

- 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 *cali 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;
- > disponibilità dei servizi veterinario-territoriali;
- > associazioni e tutela dei consumatori.

3.1.14 L'assistenza riabilitativa

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 anormalità 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 settori 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.

La Regione Molise ha disciplinato la materia con il **Piano sanitario regionale 1997-99** e con la Delib.G.R. 30 ottobre 2001, n. 1063 con la finalità di assicurare i livelli essenziali di assistenza riabilitativa nel territorio e di costituire un "sistema a rete della riabilitazione", sulla base delle linee guida del Ministero della sanità per le attività di riabilitazione adottate con *provvedimento del 7 maggio 1998* della Conferenza Stato-Regioni.

La deliberazione regionale approvava, in particolare, un progetto di censimento, riorganizzazione e riclassificazione delle attività di riabilitazione sul territorio regionale, sia delle strutture pubbliche che private, inclusi i centri socio-riabilitativi e le RSA.

Successivamente la Giunta regionale, con Delib.G.R. 29 luglio 2002, n. 1187, individuava le prestazioni ambulatoriali erogabili a carico del sistema sanitario, con misure di compartecipazione alla spesa nei casi previsti dalla normativa in materia.

Il Piano di rientro individua specifici obiettivi e azioni prioritarie:

• ***pervenire al riequilibrio territoriale dell'offerta riabilitativa intensiva ed estensiva ed*** individuazione dei medici prescrittori distrettuali, tramite:

a. l'adozione di un'apposita deliberazione di Giunta regionale sulla ridefinizione dei trattamenti riabilitativi in regime extra-ospedaliero

b. la costruzione del piano del fabbisogno dell'offerta riabilitativa

• ***ricondurela spesa riabilitativa (domiciliare, ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale)***, tramite 3 interventi prioritari:

a. la definizione dei criteri di ammissione alle prestazioni di riabilitazione (UVM), la definizione del piano riabilitativo individuale, i criteri di verifica del piano;

b. l'adozione di uno strumento di valutazione multidimensionale per l'ammissione delle prestazioni assistenziali per anziani ed altri tipi di pazienti non autosufficienti dopo averlo concordato con Ministero Economia e Finanze e Ministero Salute;

c. la revisione del sistema di tariffazione dei trattamenti riabilitativi in regime extraospedaliero.

I suddetti interventi prioritari saranno definiti con apposite deliberazioni di Giunta regionale da adottarsi in vari termini e da ultimo entro il 31 ottobre 2008.

Criticità

Il sistema di offerta dei servizi di Riabilitazione nella Regione Molise presenta una serie di criticità legate alla carenza di percorsi clinici e di criteri coerenti di accesso ai diversi livelli assistenziali, con il rischio di un utilizzo improprio delle attività riconducibili alle:

- Unità operative di "Riabilitazione Ospedaliera", di Recupero e Riabilitazione funzionale in fase post-acuta (cod. 56)

- Unità di Riabilitazione riconducibili al Livello assistenziale "Riabilitazione Intensiva ad alta intensità assistenziale", quali la Neuroriabilitazione (cod. 75) e l'Unità spinale (cod. 28)

- Unità di Riabilitazione Estensiva di mantenimento, territoriale

- Inoltre, va delineato il confine, spesso non facile, tra la riabilitazione e la lungodegenza ospedaliera (cod. 60).

Obiettivi ed interventi prioritari

Il presente Piano individua gli obiettivi e gli interventi prioritari nell'area della riabilitazione, tenendo conto delle indicazioni del Piano di rientro.

In attuazione di queste indicazioni, la Giunta regionale dovrà approvare, entro sei mesi dall'adozione del presente Piano, uno specifico "Piano regionale della riabilitazione" per garantire la continuità assistenziale nelle fasi di acuzie, post-acuzie e cronicità.

L'area della riabilitazione presenta peculiarità organizzative, assistenziali e remunerative che la differenziano dall'area acuta. Le funzioni di riabilitazione, in considerazione degli obiettivi, dell'organizzazione e della metodologia operativa, possono trovare una loro aggregazione autonoma nell'area della post-acuzie, attraverso l'integrazione delle attività delle Unità operative ospedaliere con funzioni di degenza, sia intensiva che estensiva, con i Servizi ambulatoriali e domiciliari in continuità con il sistema di servizi territoriali socio-assistenziali.

Nell'ambito della riabilitazione è indispensabile attuare un **percorso continuativo di cure integrate**, basato su:

- centralità del paziente e dei suoi bisogni, con promozione delle migliori condizioni possibili per favorire l'attività e la partecipazione, secondo quanto previsto dall'ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health Care); appropriatezza;

- setting riabilitativi ospedalieri (cod. 56; cod. 60; cod. 75; cod. 28) e territoriali (Centri di riabilitazione ex art. 26 L. 833/78, RSA anziani; RSA disabili);

- ridefinizione degli accessi, durata degenze, durata trattamenti e sistema tariffario;

- continuità temporale (timing);

- personalizzazione degli interventi (progetto di percorso individuale);

- referente di percorso (case manager);

- autodeterminazione del paziente e del caregiver;

- responsabilizzazione e consenso tra i referenti e gli operatori;

- coinvolgimento attivo del paziente e dei suoi familiari;
- definizione criteri di accesso a strutture extraregionali;
- organizzazione dipartimentale;
- efficiente gestione delle risorse (budget di percorso).

Gestione per obiettivi

Va attuata attraverso il disease management e il case management.

Il centro di riferimento gestionale e organizzativo di rete e di controllo per quanto riguarda l'appropriatezza e l'efficacia nell'utilizzo delle risorse è costituito dal distretto sanitario. L'ASL, -in collaborazione con le Zone -, emana le linee di indirizzo della politica sanitaria, pianifica e attua il monitoraggio e il controllo della rete dei servizi (service di sistema). A livello distrettuale (service distrettuale) viene realmente avviata la gestione dei percorsi in continuità assistenziale, funzione svolta e coordinata da un nucleo che fa capo al Direttore di Distretto, all'UVIM, al disease manager.

Per **disease management** si intende la gestione per patologie disabilitanti, con particolare attenzione alla integrazione e continuità di tutte le prestazioni relative a una particolare condizione menomante/disabilitante, a tutti i livelli (Ospedale, struttura riabilitativa, ambulatorio, domicilio). Tale approccio risulta molto utile nelle malattie croniche, dove diversi studi sembrano confermarne l'efficacia nel ridurre i costi e migliorare gli esiti, e quindi può trovare in campo riabilitativo un eccellente ambito di applicazione. È importante stabilire specifiche linee guida e procedure per ogni fase del processo assistenziale, prevedendo e, possibilmente, rimuovendo eventuali ostacoli alla realizzazione del percorso. Il **disease manager** è la figura tecnica di riferimento (nel caso specifico il medico fisiatra), che costruisce percorsi continuativi di cure integrate come referente e coordinatore tecnico dell'intero percorso.

L'organizzazione per percorsi aziendali consente di offrire interventi efficaci e necessari nella sede e nei tempi appropriati, superando i tempi di attesa e le difficoltà di passaggio tra i vari servizi. L'appropriatezza degli interventi viene quindi garantita dal timing e dal corretto setting riabilitativo, con evidente miglioramento della qualità del servizio fornito al paziente ed efficienza economica nell'uso delle risorse. In particolare, riveste un'importanza cruciale il rispetto di quanto previsto nei LEA regionali per le attività ambulatoriali di riabilitazione; infatti, l'appropriatezza delle cure ambulatoriali consente di ridurre i tempi di attesa e di liberare risorse umane e strumentali per le disabilità indifferibili.

Nell'ambito dell'assistenza riabilitativa è indispensabile:

- migliorare la qualità dell'assistenza riabilitativa su tutto il territorio regionale;
- realizzare compiutamente la rete riabilitativa, garantendo la presa in carico globale del paziente e l'attuazione dei progetti riabilitativi, facendosi carico del paziente sin dall'insorgenza della disabilità nei reparti per acuti, dando rilevanza alle menomazioni e disabilità che abbiano i caratteri della modificabilità e della importanza e complessità;

- attivare programmi operativo-funzionali di specifico interesse regionale, rivolti in particolare al contenimento della mobilità passiva;

- contribuire al processo di miglioramento dell'offerta degli ospedali e delle strutture riabilitative extraospedaliere, mirando ad una maggiore appropriatezza, efficacia ed efficienza dei processi clinici-assistenziali ed in particolare dei ricoveri in riabilitazione e delle dimissioni protette;

- rivedere e riqualificare l'offerta di prestazioni specialistiche ambulatoriali e domiciliari, in funzione delle indicazioni provenienti dai livelli essenziali di assistenza;

- sviluppare l'attività di formazione e ricerca.

A tal fine vanno attuate

- procedure e protocolli condivisi da tutti gli operatori del settore e, in particolare, dai MMG in relazione alle più recenti innovazioni tecnologiche e all'EBM;

- programmi di prevenzione secondaria e terziaria in modo da ridurre l'impatto della disabilità a livello socio-familiare;

- integrare la medicina riabilitativa con la riabilitazione sociale;

- favorire l'implementazione delle attività riabilitative delle strutture pubbliche con quelle private accreditate, in un'ottica di collaborazione per una gestione efficace/efficiente delle risorse;

- gestione dei ricoveri in riabilitazione e delle dimissioni protette, al fine di ottimizzare l'utilizzo dell'area acuta e di promuovere interventi a domicilio alternativi all'ospedalizzazione in modo, tra l'altro, di garantire la continuità del progetto riabilitativo;

- formulazione del progetto riabilitativo individuale, che deve prevedere l'intero percorso del paziente, esplicitare gli interventi riabilitativi appropriati, le figure professionali coinvolte, le strutture e le risorse necessarie (budget di percorso), i tempi previsti per le singole fasi. Va individuato un responsabile di percorso che operi secondo le modalità del disease management;

- offrire collaborazione tecnico-professionale per l'assistenza protesica, in modo da garantire la congruità delle prescrizioni, il corretto utilizzo dei presidi, e favorire il contenimento della spesa;

- favorire la crescita della cultura riabilitativa, attraverso l'educazione e l'informazione sanitaria rivolte alla popolazione.

Avvalendosi di strutture dipartimentali è possibile progettare e gestire percorsi diagnostici e terapeutico-assistenziali riabilitativi, attraverso linee guida e protocolli operativi definiti dalla Direzione Aziendale sulla base di direttive regionali, e con la riorganizzazione delle risorse disponibili al fine di garantire il continuum terapeutico secondo quanto previsto nel progetto di struttura e nel progetto riabilitativo individuale.

ASSISTENZA RIABILITATIVA EXTRA-OSPEDALIERA		
Criticità	Obiettivi	Azioni
Carenza di indicazioni programmatiche regionali e di definizione del fabbisogno	Linee Guida Regionali	adozione di un'apposita deliberazione di Giunta regionale di Linee guida sulla ridefinizione dei trattamenti riabilitativi in regime extra-ospedaliero costruzione del piano di fabbisogno regionale individuazione dei medici prescrittori distrettuali
Elevato numero di prestazioni residenziali di riabilitazione	Appropriatezza di uso del regime assistenziale residenziale riabilitativo	Definizione delle modalità di accesso (UVM); del piano riabilitativo individuale, dei criteri di verifica del piano Revisione del sistema di tariffazione dei trattamenti riabilitativi in regime extraospedaliero
Carenza di indicazioni sulle tipologie di attività estensiva in relazione ai diversi bisogni sociosanitari della persona	Riqualificazione dell'offerta riabilitativa estensiva territoriale	Riclassificazione delle attività di riabilitazione estensiva secondo lo schema proposto dal Progetto Mattoni "Prestazioni residenziali e semiresidenziali", in relazione ai diversi gradi di intensità assistenziale

Per quanto attiene la riabilitazione extraospedaliera, il presente piano propone una classificazione delle prestazioni che consenta di monitorare in modo affidabile i Livelli di Assistenza effettivamente erogati, tenendo conto delle indicazioni delle Linee guida del Ministero della Sanità per le attività di riabilitazione del 7 maggio 1998, del Decreto sull'Integrazione Sociosanitaria (DPCM 14 febbraio 2001), del Decreto di definizione dei LEA (DPCM 29 novembre 2001) e dei documenti del "Mattone del SSN sulle Prestazioni residenziali e semiresidenziali".

PL residenziali per tipologia (PL x 1000 ab)

Tipologia struttura	POSTI LETTO
Residenze di Riabilitazione Estensiva (RSA di riabilitazione, secondo la Delib.G.R. n. 1063/2001)	0,15 x 1000 ab.
Rsa disabili adulti (dalla Delib.G.R. n. 1063/2001 e dal Piano di rientro)	0,14 x 1000 ab.
Rsa anziani non autosufficienti (dalla Delib.G.R. n. 1063/2001 e dal Piano di rientro)	1,5x 1.000 ab.
Unità Speciali di Accoglienza Prolungata (persone in stato vegetativo o con responsività minimale)	0,05 x 1000 ab.
Residenze minorazioni plurisensoriali età evolutiva e patologie neuropsichiatriche età evolutiva	0,07 x 1000 ab.

Azioni prioritarie:

Entro 6 mesi dall'approvazione del presente Piano, la Giunta regionale approva uno specifico "piano della riabilitazione", per l'attuazione degli obiettivi descritti.

3.1.15 Attività consultoriale e area pediatrica

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 articolazioni di compiti e di funzioni si è, in parte, indebolita ed inoltre non sempre la loro attività è adeguatamente visibile e accessibile.

Il Piano propone la riorganizzazione della rete dei consultori e ne promuove l'integrazione nell'ambito del Distretto e delle attività sociali di competenza delle amministrazioni locali. La riorganizzazione della rete consultoriale e 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 nell'ambito del paragrafo sugli obiettivi di salute prioritari.

Va ricordato che il Molise l'assistenza è erogata da un numero elevato di punti nascita, con volumi di attività estremamente diversificati. Solo alcuni ospedali effettuano un numero di parti/anno indicati dal Progetto Obiettivo Nazionale Materno-infantile per le strutture di II e I livello (rispettivamente, 800 parti/anno e 500 parti/anno).

L'obiettivo strategico di medio periodo che la Regione si pone è quello della riorganizzazione della rete dei punti nascita secondo le indicazioni del Progetto Obiettivo Materno Infantile nazionale (la cui validità è stata confermata anche dal Piano Sanitario Nazionale 2006-08), adattandole alla specificità della situazione regionale.

Nell'ambito del percorso di assistenza alla nascita si vuole migliorare la messa in rete dei servizi e rafforzare il ricorso alle attività consultoriali, anche facilitandone l'accesso e garantendo la continuità del percorso nella presa in carico dell'intero ciclo della gravidanza, del parto e del puerperio.

Per tali ragioni dovranno essere avviate o potenziate tutte le azioni che promuovano la fisiologicità dell'evento e gli aspetti umani, comunicativi e relazionali.

Dovranno, altresì, essere facilitati e assicurati gli accessi ai livelli superiori, per l'aspetto diagnostico e terapeutico, garantendo omogeneità di prestazioni in tutto il territorio regionale e attivando servizi in rete.

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, che si riportano di seguito:

- la riorganizzazione in rete delle strutture ospedaliere e territoriali pediatriche con diversi livelli di intensità assistenziale come da 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 inappropriately 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.

3.1.16 La tutela della salute in ambito penitenziario

Nella regione Molise sono presenti tre Istituti penitenziari la cui ubicazione, capienza e specificità sono di seguito indicati:

Istituto	Tipo	Capienza						Specificità
		REGOLAMENTARE			TOLLERABILE			
		donne	uomini	tot	donne	uomini	tot	
Campobasso	Casa di reclusione	8	113	121	14	145	159	n. 1 sez. collaboratori di giustizia n. 1 sez. detenuti comuni n. 1 sez. femminile
Isernia	Casa circondariale	0	51	51	0	76	76	realizzata n. 1 sez. per lo studio e la cura dei detenuti affetti da bulimia, anoressia, disturbi del sonno con 4 stanze per un tot. di 6/8 p.l. per la degenza n. 2 sez. detenuti comuni
Larino	Casa circondariale e reclusione	0	179	179	0	268	268	n. 1 sez. detenuti familiari di collaboratori di giustizia n. 1 sez. detenuti comuni

								giudicabili
								n. 1 sez. detenuti comuni definitivi
								n. 2 sez. detenuti ad alta sicurezza
								n. 2 stanze per un tot. di 6 p.l. da destinarsi eventualmente alla degenza
Totale		8	343	351	14	489	503	

Fonte: D.A.P. - Ufficio per lo Sviluppo e la Gestione del Sistema Informativo Automatizzato - Sezione Statistica

Il percorso di riordino della Medicina Penitenziaria iniziato con l'emanazione del *D.Lgs. 230/99*, che stabiliva il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale dei soli settori della prevenzione e dell'assistenza ai detenuti e agli internati tossicodipendenti, trova il proprio completamento con l'approvazione della Legge finanziaria 2008, *L. 24 dicembre 2007, n. 244* "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato", che all'art. 2, commi 283 e 284, prevede il trasferimento ai Servizio Sanitario Nazionale di tutte le funzioni sanitarie svolte dai Dipartimenti del Ministero della Giustizia.

Allo stato è vigente l'Atto d'intesa - Tutela della Salute delle persone ristrette negli Istituti penitenziari - sottoscritto il 22 luglio 2002 dal Legale Rappresentante della Regione Molise e dal Provveditore Regionale Abruzzo e Molise del Dipartimento Amministrazione Penitenziaria, che ha posto le basi per l'integrazione con il Servizio Sanitario Regionale dei Servizi sanitari gestiti dall'Amministrazione Penitenziaria.

La Regione Molise disciplinerà il trasferimento al Servizio Sanitario Regionale di tutte le funzioni sanitarie svolte dall'Amministrazione Penitenziaria e dalla Giustizia Minorile ed in particolare dei rapporti di lavoro in essere, delle risorse finanziarie e delle attrezzature in ottemperanza a quanto previsto dalla *legge 24 dicembre 2007, n. 244*, e dal D.P.C.M. emanato in data 1 aprile 2008 e pubblicato sulla G.U.R.I. n. 30 del 30 maggio 2008.

3.1.17 La tutela della salute delle persone straniere

Quadro di riferimento

In Italia i nati stranieri sono in aumento: dal 2,4% dei nati della popolazione totale nel 1999 al 5,1% del 2004. 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 dicembre 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.

Obiettivi:

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. [5]

[5] Il documento finale del Gruppo "Salute e Immigrazione" del CNEL è reperibile su ASI, n. 13 del 29 marzo 2001.

Azioni prioritarie:

Le azioni prioritarie per "riorientare" i servizi sanitari, affinché sia favorito l'accesso ai cittadini immigrati presenti sul territorio e sia ridotto il ricorso 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 confermato per gli anni 2007-08 con la *Delib.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 Consultori, 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).

- 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 risultano alcuni esempi di azione da promuovere all'interno dell'offerta sociosanitaria, per poter 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 di servizi e prestazioni sanitarie ed un incremento dei livelli di garanzia di tutela della popolazione.

3.2 Riassetto della prevenzione collettiva (Il LEA "Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e lavoro")

3.2.1 Il Dipartimento unico di Prevenzione

Negli anni si è maturata la consapevolezza dell'efficacia degli interventi di prevenzione, come contenimento dei fattori di rischio, diagnosi precoce e prevenzione delle complicanze, nella lotta alle patologie e alla cronicità, e delle loro valenze etiche nel contrasto alle disuguaglianze, in quanto raggiungono con azioni efficaci anche quella parte della popolazione che ha difficoltà ad accedere ai servizi.

Il Piano sanitario regionale, in coerenza con le indicazioni del PSN 2006-2008, prende atto dell'importanza degli strumenti di prevenzione e promozione della salute e conferma prioritariamente le indicazioni del Piano regionale di Prevenzione adottato con Delib.G.R. 3 agosto 2005, n. 1107, con i seguenti progetti da estendere e potenziare nel triennio, che comprendono:

- Prevenzione cardiovascolare: diffusione della Carta del rischio cardiovascolare;
- Screening tumore della mammella - cervice uterina - colon-retto;
- Gestione integrata del Diabete;
- Vaccinazioni.

A queste prime indicazioni si aggiungono altri progetti, inseriti nel Piano regionale di prevenzione con Delib.G.R. 19 giugno 2006, n. 826, in conformità alle linee operative ministeriali del 12 maggio 2005 messe a punto dal Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie (CCM), che riguardano i seguenti ambiti:

- Obesità;
- Prevenzione delle recidive di accidenti cardiovascolari;
- Prevenzione degli incidenti stradali;
- Prevenzione degli incidenti domestici;
- Prevenzione degli infortuni sul lavoro.

Per quanto riguarda gli infortuni sul lavoro, il piano operativo regionale si sviluppa anche sulla base dell'Accordo 21 dicembre 2000 (rep. Atti 1110) tra il Ministero del Lavoro e della previdenza sociale e le regioni per la realizzazione del piano straordinario di sicurezza sul lavoro (recepita dalla Regione Molise con Delib.G.R. 11 marzo 2002, n. 383).

La Regione Molise partecipa, inoltre, al progetto contro gli infortuni mortali, attivato in collaborazione con l'ISPESL e l'INAIL.

Il contesto normativo istituzionale nel cui ambito opera il Dipartimento di Prevenzione è rappresentato da:

- Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 che individua gli obiettivi di salute;
- Piano Nazionale della Prevenzione 2005-07, che pone come obiettivi la sorveglianza degli stili di vita, la riduzione del rischio cardiovascolare e delle complicanze del diabete, diminuzione degli incidenti (stradali, domestici, sul lavoro), implementazione dei programmi di screening oncologici, miglioramento e implementazione dell'offerta vaccinale;

- Linee Guida per la prevenzione sanitaria e lo svolgimento delle attività del Dipartimento di Prevenzione adottate con Accordo tra Ministero salute e Regioni il 5 luglio 2002 e recepite dalla Regione Molise con Delib.G.R. 7 febbraio 2007, n. 112.

Per quanto riguarda l'assetto organizzativo attuale del sistema prevenzione molisano, **obiettivo prioritario dovrebbe essere la costituzione di un Dipartimento di prevenzione unico per l'intera regione, con articolazioni a livello territoriale con specificità studiate in relazione ai singoli ambiti e alle loro attività produttive.**

Inoltre, occorre operare per omogeneizzare i livelli di assistenza della prevenzione nelle diverse zone della regione; potenziare e riqualificare i settori critici della prevenzione; migliorare la qualità.

Si mira, ancora, a riequilibrare attività e risorse tra i diversi LEA, con crescita progressiva nel corso dei prossimi anni per arrivare a garantire all'Area della Prevenzione almeno il 5% delle risorse sanitarie dedicate al LEA "Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro", previsto come obiettivo tendenziale dalla programmazione sanitaria nazionale, da ultimo dal PSN 2006-08.

La consapevolezza che la difesa della salute coinvolge determinanti che vanno ben al di là del tradizionale ambito dei servizi sanitari, coinvolgendo fondamentali aspetti sociali, economici, ambientali, di accessibilità e di stili di vita, si prevede un importante passaggio nell'area della prevenzione.

La stessa infatti deve promuovere politiche intersettoriali, con il coinvolgimento e il coordinamento dei soggetti che possono influenzarla, e collaborare alla redazione e al raggiungimento degli obiettivi del Piano attuativo aziendale e dei Programma territoriale distrettuali con l'identificazione a livello locale dei problemi prioritari e delle politiche necessarie per affrontarli.

Tale processo richiede evidentemente una conoscenza epidemiologica dei bisogni di salute delle comunità, l'utilizzo di metodi di partecipazione anche nella formazione delle scelte di priorità, solide tecniche per la valutazione dell'efficacia degli interventi e dei risultati raggiunti e, più in generale, un'opera di coordinamento di tutti i soggetti interessati.

Il Dipartimento di prevenzione ha l'importante funzione di supportare questo processo svolgendo un'azione di "service" in primo luogo per la Direzione strategica della ASREM, ma anche per il Distretto e le istituzioni locali, per la "definizione delle strategie di promozione della salute e di prevenzione delle malattie e disabilità e miglioramento della qualità della vita".

Tale importante funzione si aggiunge a quelle proprie del livello di assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro nei settori classici dell'igiene pubblica e medicina legale, dell'igiene degli alimenti e della nutrizione, della prevenzione degli infortuni e igiene del lavoro e della medicina veterinaria.

Al Dipartimento di Prevenzione viene quindi richiesto di:

- sviluppare la capacità di osservazione epidemiologica e valutazione dei bisogni;
- sviluppare la comunicazione del rischio;
- 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 e, in primo luogo, di quelli di prevenzione.

Per quanto riguarda l'area veterinaria e sicurezza alimentare, la finalità generale è quella di **garantire i livelli di sicurezza dei cittadini rispetto al rischio alimentare di origine alimentare e non.**

A tale fine è importante il pieno rispetto delle indicazioni europee contenute nel cosiddetto **"pacchetto igiene"** (178/2002; 852/2004; 853/2004; 854/2004, 882/2004; 183/2005 e norme conseguenti) che fanno riferimento alle emergenze sanitarie di questi anni (es. influenza aviaria, "mucca pazza", etc.).

Il controllo degli alimenti si deve basare sulla valutazione del rischio e sul controllo integrato di filiera ("dai campi alla tavola") che richiede una riorganizzazione generale del sistema, che è già stata avviata a livello nazionale dal Ministero della Salute, mentre è in fase di ridefinizione per i livelli regionale ed aziendale.

In quest'ambito garantire i LEA significa avere una struttura in grado di intervenire su tutta la filiera alimentare, che fa capo - a livello aziendale - al Dipartimento di Prevenzione, ed in particolare al SIAN e ai Servizi Veterinari.

Per quanto riguarda il Dipartimento di Prevenzione, in via tendenziale si mira a pervenire ad un unico Dipartimento di livello regionale, con superamento dell'attuale situazione che vede l'articolazione di 4 Dipartimenti di Prevenzione, oltre al Coordinamento di livello aziendale.

L'unico Dipartimento di Prevenzione di livello regionale dovrebbe comprendere almeno quelle unità operative che richiedono una gestione unitaria e che consentono di svolgere al meglio il ruolo di programmazione:

- Sistema informativo della prevenzione (con gestione delle anagrafi di tutte le attività soggette a controllo, come anagrafe delle aziende zootecniche, anagrafe dell'industria agro-alimentari, e delle altre unità operative)

- Analisi del rischio e gestione del sistema di allerta alimentare

- Sistema di raccordo tra l'Osservatorio epidemiologico veterinario esistente presso l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise, l'Osservatorio epidemiologico regionale e l'Agenzia Regionale per l'ambiente (ARPA)

- Area della medicina legale

- Area della medicina dello sport

- Area impiantistico-infortunistica

- Randagismo.

Per quanto concerne la tutela e la promozione dell'attività sportiva e motoria, l'efficacia dell'attività fisica nella prevenzione e cura di molte patologie croniche (quali malattie cardiovascolari, obesità, diabete, osteoporosi, neoplasie, depressione) è suffragata da numerose evidenze scientifiche. Si ritiene, pertanto, necessario che l'attività medico-sportiva sia valorizzata sul territorio regionale non

solo per razionalizzare ed incrementare l'opera di tutela sanitaria delle attività sportive agonistiche e non agonistiche, ma anche per svolgere un ruolo centrale nella promozione di una corretta e regolare attività motoria nella popolazione regionale sana, disabile o malata. La promozione dell'attività motoria e sportiva dovrà prevedere:

1) Campagne di sensibilizzazione, di informazione, di educazione sanitaria, motoria e sportiva, tese a creare la cultura del movimento, l'utilizzo positivo del tempo libero, a favorire l'acquisizione di stili di vita salutari, la crescita globale dell'individuo. In questo ambito va inserita anche un'azione di educazione per una alimentazione equilibrata ed appropriata, evitando il ricorso ad integratori e, soprattutto, a sostanze dopanti, conducendo anche analisi epidemiologiche sulla diffusione dell'uso di sostanze dopanti nell'ambito dello sport agonistico ed amatoriale effettuate rispettando l'anonimato degli atleti;

2) Corsi di attività motorie diversificati per fasce di età e condizioni di salute, svolti in ambiti idonei, tenuti da tecnici qualificati, sotto il controllo di figure sanitarie.

Questi programmi saranno elaborati ed attuati con l'azione sinergica delle famiglie, delle componenti sanitarie territoriali ed ospedaliere, della scuola, degli enti locali, del mondo del lavoro, delle organizzazioni sportive.

Le attività di tutela e di promozione dell'attività sportiva e motoria saranno svolte nell'ambito del Dipartimento di Prevenzione, così come previsto dal *decreto legislativo 28 luglio 2000, n. 254* e dall'*art. 5 della legge 14 dicembre 2000, n. 376*.

Si costituirà, sul territorio regionale, una rete distinta in tre livelli operativi.

Il Primo Livello, a dimensione poliambulatoriale, con compiti di:

a) certificazione per l'idoneità agonistica di tutte quelle discipline per le quali sono previsti gli accertamenti di base (Visita, Es. Urine, Spirografia, ECG, ECG dopo sforzo); tale certificazione viene rilasciata anche dagli Specialisti abilitati;

b) consulenza medico-sportiva nei confronti dei medici di base;

c) informazione, educazione, formazione sanitaria per la popolazione;

d) progettazione e realizzazione di attività motoria nella popolazione;

e) raccolta di dati anamnestici, clinici e strumentali.

Il Secondo Livello, a dimensione distrettuale, con compiti di:

a) certificazione per l'attività sportiva agonistica di tutte le discipline sportive comprese quelle per disabili:

- diagnostica cardiovascolare non invasiva completa (ECOCG - TEM - ECG dinamico);

b) diagnosi, terapia e indirizzo all'attività fisica e motoria per soggetti portatori di patologie invalidanti o di fattori di rischio per malattie cardiovascolari;

c) diagnosi, cura e riabilitazione per l'atleta infortunato;

d) progettazione e realizzazione di attività motoria nella popolazione regionale;

e) osservatorio epidemiologico zonale per gli aspetti medico-sportivi;

f) ispezione presso le società sportive allo scopo di accertare il possesso e la validità dei certificati di idoneità e non;

g) verifica e controlli della rispondenza igienica degli impianti sportivi sia pubblici che privati.

Il Terzo Livello, a dimensione regionale, individuato nel P.O. Cardarelli, con compiti di:

a) certificazione per l'attività sportiva agonistica di tutte le discipline sportive comprese quelle per disabili;

b) diagnostica cardiovascolare non invasiva;

c) diagnosi, terapia e indirizzo all'attività fisica e motoria in soggetti portatori di patologie invalidanti o di fattori di rischio per malattie cardiovascolari;

d) esecuzione degli accertamenti clinici e strumentali richiesti dalla Commissione regionale di revisione delle non idoneità;

e) valutazione fisiologica e biomeccanica del lavoro muscolare;

f) diagnostica di alta specializzazione attraverso il coordinamento con altri servizi dipartimentali (TAC - RMN - scintigrafie - analisi chimico-cliniche - interventi chirurgici);

g) didattica e tutorato in materia di medicina dello sport nei confronti di studenti e specializzandi;

h) ricerca e produzione scientifica;

i) osservatorio epidemiologico regionale per gli aspetti medico-sportivi.

La struttura distrettuale di Campobasso assumerebbe le funzioni previste per il Terzo Livello.

Si ritiene prioritario attivare, a livello distrettuale, 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, amministrazione.

La realizzazione del Dipartimento unico, con le suddette unità operative, consentirà una migliore organizzazione delle attività e unitarietà nella garanzia dei servizi ai cittadini, oltre ad un migliore utilizzo delle risorse sia umane che finanziarie.

Come obiettivi strumentali, si dovranno realizzare nel triennio:

- Un percorso formativo (medici, veterinari, ispettori etc.) mirante a riqualificare le figure professionali impegnate nell'applicazione dei regolamenti europei del cosiddetto "pacchetto igiene";

Conseguire la qualifica sanitaria di "Regione indenne" per le principali malattie del bestiame per le quali è prevista la profilassi obbligatoria (come tubercolosi bovina,

brucellosi bovina e bufalina, brucellosi ovina e caprina). Questo obiettivo rappresenta non solo un importante risultato sanitario ma anche una significativa qualificazione delle produzioni zootecniche regionali, che sono una delle più importanti produzioni regionali sia in termini quantitativi che qualitativi.

Criticità	Obiettivi	Azioni
Disomogeneità nell'assetto organizzativo e nella erogazione delle prestazioni)	Razionalizzare ed omogeneizzare i livelli di assistenza della prevenzione nell'ASREM e a livello locale	Definizione del Dipartimento di prevenzione a livello regionale e riprogettazione delle funzioni a livello locale (screening oncologici, UU.OO. consultoriali, etc.)
Inadeguatezza delle risorse a disposizione	Incremento progressivo delle quote destinate al macrolivello	Adeguamento del finanziamento ricognizione delle carenze di risorse (strutturali, umane e tecnologiche) in rapporto alle prestazioni. Analisi delle prestazioni erogate e da

		erogare sulla base della Medicina Pubblica Basata sulle Evidenze (EBPH)
Inappropriatezza e carenza della funzione di vigilanza e controllo	Sviluppo di un sistema informativo regionale della prevenzione	Ridefinire i flussi informativi esistenti per 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). L'organizzazione delle attività di vigilanza deve essere rivista per essere improntata alla previsione dell'impatto sulla salute degli interventi stessi
Insufficiente integrazione dei servizi	Coinvolgimento dei diversi attori nei programmi di prevenzione	Attuazione e sviluppo del Piano Regionale della Prevenzione attiva con il coinvolgimento di tutti i soggetti interessati tra cui gli MMG e PLS
Carenza della funzione di sorveglianza nutrizionale	Miglioramento dei programmi di sorveglianza nutrizionale	Potenziamento dei centri per la nutrizione e integrazione tra SIAN, MMG, PLS e strutture coinvolte
Carenza della funzione epidemiologica	Migliore conoscenza dei bisogni e degli esiti dei programmi	Migliorare le competenze tecniche per la conoscenza dei problemi di salute e la valutazione dell'efficacia dei programmi di intervento in base alle evidenze scientifiche
Insufficiente funzione di comunicazione	Migliorare l'informazione e la partecipazione	Sviluppo della Comunicazione istituzionale

3.2.2. Obiettivi ed azioni prioritarie nell'area della prevenzione collettiva

Di seguito si riportano gli obiettivi prioritari da conseguire nel triennio, mentre con gli schemi successivi si evidenziano, per ogni obiettivo, la situazione di partenza - area di criticità; le azioni prioritarie e gli indicatori

1. Prevenzione delle Malattie Infettive - Promozione delle vaccinazioni raccomandate contro le Malattie "prevenibili"
2. Riorganizzazione dei Servizi Territoriali di Prevenzione orientata ai NUOVI bisogni di salute della Comunità Molisana
3. Gestione delle Emergenze in Sanità Pubblica
4. Stili di vita con particolare riferimento al FUMO - Piano Regionale Tabagismo
5. attivazione in ogni Sede Zonale di Funzioni/attività di Medicina Internazionale (Medicina del Turismo)
6. sorveglianza epidemiologica integrata (interunità operative Dipartimentali e ARPA, IZS, ISTISAN) con particolare riferimento alle Malattie a Trasmissione Alimentare, le Antropozoonosi/TBC, Brucellosi e Salmonellosi)
7. Gestione della "Comunicazione" dei rischi sanitari e ambientali alla popolazione
8. Sorveglianza e nutrizione
9. Razionalizzazione dei Centri Vaccinali e individuazione dei requisiti minimi

1. Epidemiologia e Prevenzione delle Malattie infettive - Promozione delle Vaccinazioni

	<i>Criticità</i>	<i>Azioni prioritarie</i>	<i>Strumenti principali</i>
1	- Carenza della funzione	- Valorizzare le attività di prevenzione in maniera efficace	- Predisporre Relazioni sullo stato di salute della popolazione a rischio da sottoporre a profilassi mirata
	- Epidemiologica	- Facilitare l'accesso ai Programmi di Prevenzione	- Campagne di educazione sanitaria
	- Disomogeneità	- Sviluppo di un sistema informativo regionale della Prevenzione	- Informatizzazione del sistema vaccinale e Controllo direzionale
	- dell'assetto organizzativo - Inadeguatezza di risorse a disposizione		

2. Riorganizzazione dei Servizi Territoriali a fronte dei nuovi bisogni

2	- Disomogeneità dell'assetto	- Equità nell'accesso ai Servizi	- Potenziamento delle Attività distrettuali con attivazione di nuovi ambulatori
----------	---------------------------------	----------------------------------	---

<ul style="list-style-type: none"> - organizzativo - Inadeguatezza di risorse a disposizione - Insufficiente integrazione dei Servizi Territoriali - Insufficiente Funzione di 	Ridefinizione dei flussi informativi esistenti	<ul style="list-style-type: none"> - per la Vaccino - profilassi e le attività di Sanità Pubblica - Realizzazione di una porta unica di accesso alla rete dei servizi nell'ambito del distretto
--	--	---

3. Gestione delle Emergenze in Sanità Pubblica

<ul style="list-style-type: none"> - Disomogenità dell'assetto organizzativo - Inadeguatezza di risorse a disposizione - Inappropriatezza e carenza della Funzione di Vigilanza e Controllo 	<ul style="list-style-type: none"> - Definizione di una programmazione regionale per far fronte alle calamità naturali ed ai rischi derivanti dalle industrie insalubri (mappatura dei rischi e dei problemi di salute; Valutazione di impatto 	<ul style="list-style-type: none"> - Piani di Emergenza - Gestione delle informazioni e comunicazione attiva ai cittadini.
--	---	--

4. Stili di vita con particolare riferimento al FUMO "Piano Regionale Tabagismo"

	Razionale scientifico, contesto, vincoli e opportunità	Azione da intraprendere nel triennio	Indicatori di monitoraggio
4	<ul style="list-style-type: none"> - L'attenzione per i danni causati dal fumo di tabacco è notevolmente cresciuta sia in termini di consapevolezza della pubblica opinione sia nella comunità scientifica. 	<ul style="list-style-type: none"> - Apertura di Centri Anti-fumo (almeno uno ogni Zona del Molise) - Formazione specifica dei MMG in tema di dipendenza da nicotina sul counselling ed elaborazione di linee-guida per la cessazione in collaborazione con (SIMMG, 	<ul style="list-style-type: none"> - Approvazione del Piano Regionale Tabagismo entro l'arco di vigenza del PSR - % dei MMG che hanno frequentato i Corsi previsti dal Piano Regionale Tabagismo (almeno l'80%)

- Non diversamente dalle altre regioni italiane nel Molise la prevalenza dei consumatori abituali di Tabacco si attesta <i>all'incirca su 1/4 degli</i> ultra-14enni.	Oss FAD, ISS etc.) Formazione specifica di determinate figure di operatori sanitari situati in posizioni "strategiche" dei servizi sanitari ai fini di individuare i fumatori suscettibili di "cambiamento motivazionale" (cardiologi, medici sportivi ginecologi, pneumologi, psicologi, infermieri, tecnici della prevenzione, ostetriche, etc.)	- Campagne di Educazione portate a termine nelle Collettività Target (Documentazione Finale) % di studi di MMG e di odontoiatri controllati (almeno l'80%) -
- Non esistono dati di "incidenza" dell'acquisizione dell'abitudine al fumo nelle fasce giovanili né analisi sociologiche sui modelli comportamentali e le tendenze dei giovani circa gli stili di vita a rischio.	Individuazione formale di un / una Referente Zonale per il Tabagismo Costituzione di un gruppo di lavoro sul Tabagismo (uno per ogni Zona)	
- Un solo Centro Anti-Fumo accreditato e funzionante in Molise (Zona Alto-Molise di Agnone).	- Programmazione/ esecuzione di campagne di educazione alla salute e di sensibilizzazione ai danni determinati dal tabacco in target selezionati (Scuola, P.A., Distretti sanitari e Ospedali) anche utilizzando tecnologie multimediali	
- La Regione Molise è partner attivo nell'ambito del Progetto Nazionale Tabagismo avendo	- Verifica del rispetto della L.	

istituito il Gruppo Regionale Pianificatori Tabagismo (Provvedimento Dirigenziale) la cui formazione professionale è in via di completamento	3/2005 in tutti gli ambulatori, studi medici e in tutte le strutture sanitarie pubbliche e private - accreditate e non - in collaborazione tra Dipartimento di Prevenzione e NAS
	- Elaborazione di una Scheda (Check-list) uniforme per la verifica delle legge anti-fumo nei Luoghi di Lavoro e nelle Strutture Sanitarie

5. Attivazione in ogni Sede Zonale di Funzioni / attività di Medicina Internazionale (Medicina del Turismo)

5	Razionale scientifico, contesto, vincoli e opportunità	Azione intraprendere nel triennio	Indicatori di monitoraggio
	Attualmente in nessuna Zona della ASReM è attivo un Ambulatorio dedicato alla Medicina Internazionale in grado di offrire contemporaneamente in maniera coordinata consulenza specifica, raccomandazioni e vaccinazione interna di Medicina del Turismo. Le funzioni di consulenza, attività vaccinali e raccomandazioni per la chemio- profilassi antimalarica per i viaggiatori internazionali sono assicurate da singoli medici dei Servizi di Igiene e Sanità Pubblica o dei Distretti spesso sulla base della disponibilità individuale in maniera frammentaria ed	Individuazione in ogni Servizio di Igiene e Sanità Pubblica di un Medico igienista o infettivo logo Referente per l'attività di consulenza specifica in tema di Medicina del turismo La scelta dovrebbe ricadere fra i medici vaccinatori che operano nelle tre sedi vaccinali riconosciute con D.M. del Ministero della Salute per praticare la vaccinazione anti-amarillica (febbre gialla) Il centro vaccinali	Ore di ambulatorio/settimanali dedicate alla Medicina Internazionale Numero di prescrizioni farmacologiche specifiche (chemio-profilassi antimalarica) Numero di vaccinazioni eseguite per i Viaggiatori Internazionali (febbre gialla, HAV, HBV, etc.)

<p>episodica</p> <p>La domanda di questo genere di prestazioni è in aumento, soprattutto nei tre Centri di Campobasso, Isernia e Termoli in relazione alla crescita dei viaggi internazionali per turismo e per lavoro</p> <p>È stato prodotto nel 2000 una edizione di Manuale dal Dipartimento di Prevenzione della ex-ASL Pentria che si è dimostrato poco pratico e ha incontrato scarso interesse da parte delle Agenzie di viaggi</p>	<p>individuati a fungere anche da Ambulatorio per la medicina internazionale devono possedere una connessione a larga banda per gli aggiornamenti real-time reperibili sui siti dell'OMS, del CDC etc.</p> <p>Formazione specifica del personale addetto all'ambulatorio di Medicina Internazionale</p> <p>Comunicazione e aggiornamenti periodici ai Medici di Medicina Generale e alle Agenzie di Viaggio</p>	
---	---	--

6. Sorveglianza epidemiologica integrata (unità operative Dipartimentali, ARPA, IZS, ISTISAN) con particolare riferimento alle Malattie a Trasmissione Alimentare (MTA), le Antropo-zoonosi / TBC, Brucellosi e Salmonellosi)

6	Razionale scientifico, contesto, vincoli e opportunità	Azione da intraprendere nel triennio	Indicatori di monitoraggio
	<p>Le matrici alimentari di derivazione animale possono rappresentare fattore di rischio tossico e biologico per il consumatore; pertanto la sorveglianza epidemiologica attiva di determinate malattie o eventi rappresenta il più efficace banco di prova della cooperazione sinergica e finalizzata dei servizi, enti ed istituti preposti alla tutela della salute del consumatore.</p> <p>Da anni nel Molise opera una</p>	<p>Rafforzare il ruolo scientifico e di coordinamento operativo della Sezione Provinciale dell'ARPA Molise</p> <p>Adozione di protocolli uniformi in tutti i laboratori di microbiologia -ospedalieri e privati accreditati - per l'analisi microbiologica dei campioni biologici</p> <p>Garantire e facilitare le condizioni e migliorare e gli aspetti logistici al fine di</p>	<p>Ricognizione annuale dei Laboratori partecipanti (attraverso l'invio dei ceppi all'ARPA)</p> <p>% dei campioni biologici positivi / sul totale dei campioni esaminati per singolo patogeno</p> <p>% di conferma biochimica e sierologia di specie da</p>

<p>Sistema di Sorveglianza delle Salmonella ed altri Enterobatteri patogeni afferente all'ISITUTUTO SUPERIORE DI SANITÀ (confluito nel Sistema EnterNet europeo) nell'ambito del quale il Dipartimento Provinciale dell'ARPA di Isernia svolge le funzioni di raccolta, purificazione, conferma e tipizzazione biochimica sierologia dei batteri patogeni isolati dai laboratori ospedalieri da malati (Salmonella, Campylobacter, Yersinia, E. Coli enteropatogeni, etc.)</p> <p>L'Istituto Zooprofilattico dell'Abruzzo e del Molise svolge funzioni analoghe per quanto riguarda i ceppi isolati direttamente da matrici alimentari o direttamente da specie animali</p> <p>I due sistemi epidemiologici perseguono logiche e fini propri ma i flussi informativi non si incrociano né vi è scambio di dati e risultati fra i soggetti coinvolti, se non per occasionali finalità scientifiche</p> <p>L'utilizzo epidemiologico dei reports periodici dell'ARPA Molise è piuttosto limitato a livello locale (Dipartimento di Prevenzione) e non vi è scambio di informazioni fra le tre UO interessate dell'area medica e dell'area veterinaria</p> <ul style="list-style-type: none"> - Igiene e Sanità Pubblica, Igiene degli Alimenti e Nutrizione, Igiene degli Alimenti di Origine Animale - al fine di interpretare con 	<p>trasmettere / far pervenire tempestivamente i ceppi isolati dai Laboratori di batteriologia (pubblici e privati) all'ARPA</p> <p>Individuare nel Dipartimento di Prevenzione un nucleo di operatori con il compito di esaminare criticamente i flussi informativi disponibili (denunce di malattie infettive, episodi di tossinfezioni alimentari, reports periodici dell'ARPA Molise, rapporti di prova microbiologica provenienti dall'Istituto Zooprofilattico Sperimentale)</p> <p>Produzione di un Rapporto Annuale congiunto Dipartimento di Prevenzione ARPA - IZP</p>	<p>reparte dell'ARPA Molise</p> <p>Miglioramento dell'utilizzo e della interpretazione epidemiologica dei dati a livello dipartimentale e/o Zonale</p> <p>Attivazione Gruppo di lavoro interdisciplinare a livello Zonale con provvedimento del Direttore del Dipartimento di Prevenzione</p>
---	--	---

una visione "sistemica" le informazioni cliniche, epidemiologiche e di laboratorio provenienti da fonti e flussi informativi diversi		
--	--	--

7. Gestione della "Comunicazione" dei rischi sanitari e ambientali alla popolazione

7	Razionale scientifico, contesto, vincoli opportunità	Azione da intraprendere nel triennio	Indicatori di monitoraggio
	<p>L'esperienza dimostra come l'accadimento naturale di eventi che hanno impatto sulla salute, anche quelli "classificabili nella norma se confrontati con la frequenza epidemiologica osservata nel passato" possono generare ansia sociale o destare ingiustificata preoccupazione nella pubblica opinione in rapporto ad una inadeguata gestione degli aspetti della "comunicazione istituzionale".</p> <p>La classica tossinfezione alimentare dopo un banchetto nuziale, la scoperta di discariche abusive, il caso di "meningite" fra i bambini della scuola elementare, la pediculosi nella scuola materna, la scabbia nella casa di riposo, l'osservazione di "cluster" di decessi per tumore maligno, sono alcuni esempi classici di "eventi ad alto rischio di inappropriata comunicazione da 'arte dei servizi sanitari".</p> <p>Solo la tempestiva assunzione di ruoli</p>	<p>Analisi dei bisogni formativi nel campo della comunicazione e collaborazione con partner istituzionali (UniMol, CSESI di Perugia, Istituto Superiore di Sanità etc.)</p> <p>Predisposizione e attuazione di un programma di formazione specifica nel campo della "comunicazione" indirizzato a Direttori delle Unità Operative (Area Prevenzione, Distretto e Ospedale.</p> <p>Coinvolgimento di esperti della comunicazione e di personalità dei media locali e/o regionali</p> <p>Redazione e diffusione di norme di comportamento e di protocolli interni alla ASREM per il rilascio di interviste da parte dei professionisti contenenti anche le previsioni di censure o sanzioni per il professionista che si renda responsabile di diffondere notizie a carattere riservato o notizie di fatti "non accertati"</p> <p>agli organi di informazione</p>	<p>Adozione di un Atto di Regolamentazione della ASREM</p> <p>% di titolari di incarico di Unità Operativa che ha svolto nel triennio il programma di formazione</p> <p>Analisi critica e sistematica della rassegna stampa dei media locali</p>

appropriati e di precise responsabilità da parte delle autorità sanitarie (Vertice ASL, Direttore Sanitario, Direttore del Dipartimento, Ufficio stampa) può scongiurare il rischio che la sanità "subisca" le notizie sulla salute prodotte dal complesso mondo della informazione e sia costretta a giocare "in difesa", rincorrendo la notizia, correggendo, interpretando, chiarendo etc.		
---	--	--

8. Sorveglianza e Prevenzione Nutrizionale

Programmi / Attività	Componenti del Programma	Prestazioni
Sorveglianza Nutrizionale	Rilievi sullo stato nutrizionale della popolazione Raccolta dati su stili di vita della popolazione Comunicazione	Comunicazione alla popolazione ed ai soggetti istituzionali
Interventi di prevenzione nutrizionale per favorire stili di vita sani	Sviluppo di linee di intervento o campagne informative dirette alla popolazione generale per favorire stili di vita sani, anche utilizzando tecniche di marketing sociale; Promozione dell'allattamento al seno e di una corretta alimentazione complementare (formazione del personale sanitario, educazione alimentare alle donne in gravidanza);	Formazione Informazione
Programmi / Attività	Componenti del Programma	Prestazioni
	Attività educative su nutrizione, educazione al gusto ed educazione motoria in età scolare (Interventi per il miglioramento della qualità nutrizionale nella ristorazione scolastica, di educazione al gusto, educazione motoria e di orientamento ai consumi per favorire	

	la scelta di alimenti salutari);	
Educazione / counseling nutrizionale su gruppi a rischio	<p>Counseling nutrizionale diretto alle famiglie per la prevenzione dell'obesità infantile</p> <p>Consulenza dietetica, gruppi di autoaiuto nell'ambito degli spazi dedicati ai giovani</p> <p>Counseling nutrizionale per prevenire l'obesità nei soggetti in disassuefazione da fumo di tabacco</p> <p>Interventi di promozione di stili di vita salutari diretti a gruppi target (donne in menopausa, soggetti a rischio elevato) in collaborazione con MMG e PLS</p>	<p>Formazione</p> <p>Informazione</p> <p>Counseling</p>
Interventi sui capitolati d'appalto per migliorare la qualità nutrizionale	<p>Istituzione tavoli di confronto permanente con i settori scuola e aziende di ristorazione</p> <p>Predisposizione di linee di indirizzo condivise a salvaguardia di qualità nutrizionale nei capitolati</p>	<p>Consulenza nell'ambito di programmi interistituzionali</p>
Interventi sui servizi di refezione scolastica e di mensa nei posti di lavoro, per favorire scelte alimentari corrette	<p>Formazione degli operatori della ristorazione collettiva su aspetti di sicurezza nutrizionale nell'alimentazione</p> <p>Condivisione di linee di indirizzo per favorire il consumo di alimenti salutari presso le mense scolastiche ed aziendali</p>	<p>Formazione</p> <p>Informazione</p>
Pianificazione ed esecuzione di indagini sulla qualità nutrizionale dei menù di strutture sanitarie e socio-assistenziali	<p>Valutazione della adeguatezza nutrizionale dei menù offerti anche in relazione ad esigenze dietetiche correlate a specifiche patologie</p> <p>Proposte di miglioramento in adesione ai fabbisogni effettivamente rilevati</p>	<p>Controlli</p> <p>Consulenza nutrizionale</p>
Valutazione e monitoraggio della qualità nutrizionale nella ristorazione collettiva con particolare riferimento alle mense scolastiche	<p>Valutazione su adeguatezza nutrizionale dei menu proposti dalle mense scolastiche ed aziendali</p> <p>Valutazione sulla scelta delle materie prime utilizzate</p>	<p>Controlli</p> <p>Consulenza nutrizionale</p>
Incentivazione della qualità nutrizionale negli esercizi di somministrazione di	<p>Sperimentazione di certificazione di qualità per pubblici esercizi sulla base di criteri, condivisi con Comune, Associazioni di categoria</p>	<p>Consulenza nell'ambito di programmi interistituzionali</p>

alimenti	ed Associazioni Consumatori, inerenti la qualità nutrizionale degli alimenti somministrati	
----------	--	--

9. Razionalizzazione dei Centri Vaccinali e individuazione dei requisiti minimi

Razionale scientifico, contesto, vincoli e opportunità	Azione da intraprendere nel triennio	Indicatori di monitoraggio
<p>Il Molise ha territorio prevalentemente montuoso-collinare caratterizzato dalla forte presenza di municipalità associata a scarsa densità demografica. La maggior parte dei 132 Comuni hanno una popolazione inferiore o uguale a 1,000 abitanti.</p> <p>L'erogazione delle vaccinazioni in età pediatrica (obbligatorie e raccomandate) è garantita da una pluralità di Medici vaccinatori, appartenenti alle UO di Igiene e Sanità Pubblica del Dipartimento di Prevenzione, da Pediatri di Consultori e di Comunità, Medici di sanità pubblica che operano nei Distretti Sanitari. In un numero ancora considerevole di Comuni le vaccinazioni sono eseguite dai Medici Ex-Condotti (ex art. 110 D.P.R. 270) che hanno il doppio rapporto di lavoro con la ASREM (convenzione per la Medicina Generale e Funzioni di Sanità</p>	<p>Ricognizione dei "punti di erogazione" sul territorio regionale</p> <p>Razionalizzazione della offerta vaccinale attraverso la identificazione di Centri Vaccinali</p> <p>Individuazione dei requisiti minimi attraverso D.G.R. (recepimento delle conclusioni di gruppo di lavoro ad hoc - è possibile fare riferimento ad un documento della regione Veneto proposto dalla ASL di Verona o a esperienze similari adattabili al contesto molisano)</p> <p>Definizione della Nuova Rete dei "Centri Vaccinali" che dovrebbero essere ubicati all'interno di strutture sanitarie in grado di offrire "assistenza" per acuti in caso di emergenza o complicanze gravi (Ospedali, Distretti, Poliambulatori, Punti attrezzati Sede di 118 - Molise Soccorso, etc.)</p>	<p>Abbandono graduale e progressivo nel triennio delle "sedi" periferiche "a rischio di inadeguatezza" ai fini della erogazione delle vaccinazioni (sedi che non presentano i requisiti minimi previsti per le semplici attività "ambulatoriali" dal D.P.R. 14 gennaio 1997)</p> <p>Emanazione di D.G.R. o atto di indirizzo regionale contenente i requisiti minimi specifici strutturali, tecnologici, organizzativi e professionali per i Centri Vaccinali, ivi incluse le procedure uniformi e protocolli di qualità</p>

<p>Pubblica).</p> <p>Il contesto attuale è caratterizzato dalla parcellizzazione delle attività vaccinali, da una eterogeneità di figure professionali addette a questo compito, la numerosità dei punti vaccinali se costituisce un vantaggio perché è un servizio portato "vicino" al cittadino, va riconsiderata in rapporto alla effettiva esistenza dei requisiti di sicurezza necessari.</p> <p>Non sono stati definiti i requisiti minimi strutturali e organizzativi degli Ambulatori in cui "possono" essere erogate le vaccinazioni dell'infanzia.</p> <p>Mancano protocolli professionali operativi di riferimento per gli operatori.</p> <p>Calendario vaccinale aggiornato periodicamente con D.G.R. ogni 1-2 anni</p>		
---	--	--

3.2.3. Piano Regionale Sangue e Plasma

Obiettivi da conseguire:

La Regione Molise ha recentemente approvato il "Piano Regionale Sangue e Plasma", con la Delib.C.R. 15 maggio 2007, n. 117. Il presente Piano richiama e fa propri gli obiettivi ivi indicati, con particolare riferimento a:

- adeguare l'organizzazione delle strutture e delle funzioni trasfusionali alle indicazioni definite dalla *legge n. 219 del 21 ottobre 2005*;

- raggiungere l'autosufficienza regionale di sangue, emocomponenti e farmaci emoderivati mediante idonea programmazione ed avvalendosi del valido ruolo delle Associazioni dei Donatori Volontari di sangue;

- assicurare condizioni uniformi del servizio trasfusionale su tutto il territorio regionale;

- assicurare il buon uso del sangue e di specifici programmi di diagnosi e cura che si realizzano, in particolare, nell'ambito dell'assistenza ai pazienti ematologici ed oncologici;

- garantire la formazione e l'aggiornamento del personale;

- mettere a punto nuove strategie terapeutiche mediante l'uso di cellule staminali del tessuto emopoietico (CSE).

Tali obiettivi sono affidati alle Unità Operative Complesse di "Medicina trasfusionale" presenti in Regione nei presidi ospedalieri di Campobasso, Isernia e Termoli, nonché alle Unità Operative Semplici presenti nei presidi ospedalieri di Larino e di Agnone.

Esse sono impegnate, in particolare, al perseguimento dell'autosufficienza di emazia che, secondo i parametri dell'OMS, è di circa 12.000/15.000 unità, con donatori volontari e periodici.

Inoltre le stesse Unità Operative sono impegnate, in relazione al Piano Sangue e Plasma, a garantire:

- **I livelli (essenziali) di assistenza sanitaria in Medicina trasfusionale:** Area dell'integrazione socio-sanitaria; attività di produzione; attività di diagnosi e cura in Medicina Trasfusionale; altre attività di diagnosi e cura gestite dal Servizio Trasfusionale ed interazione con altre reti cliniche (Urgenza/emergenza, Trapianti di organi, cellule e tessuti, Ematologica e coagulazione, Diagnostica di Laboratorio, Allergologica).

- **L'adeguamento dell'organizzazione dei servizi e il coordinamento in rete del servizio trasfusionale regionale** (tramite la rete informatica regionale del Servizio Trasfusionale, la rete per la chiamata e la raccolta, la compensazione degli emocomponenti e dei farmaci emoderivati prodotti in convenzione, la rete del trasporto, i laboratori di riferimento, le modalità di interazione con le reti sociali del volontariato, etc).

- **Il Governo clinico ed economico del Sistema Trasfusionale regionale:** sistema informativo trasfusionale regionale; ciclo di programmazione, controllo e valutazione del sistema trasfusionale regionale; sistema per la qualità e la sicurezza (Va rilevato che tutte le Unità Operative Regionali di "Medicina Trasfusionale" operano secondo gli standard e la normativa in vigore, inoltre le U.O. di Campobasso e di Termoli sono certificate per il sistema qualità secondo le norme ISO 9001/2000).

- **Lo sviluppo delle politiche socio-sanitarie in campo trasfusionale:** iniziative di comunicazione sociale per la promozione del dono del sangue; definizione dei criteri organizzativi per la chiamata e la raccolta associativa; promozione dell'organizzazione "in rete" del volontariato del sangue; reti integrate di servizi socio-sanitari per lo sviluppo della donazione del sangue sul territorio.

3.2.4 Malattie rare

La situazione di partenza

Le malattie rare, proprio a causa della bassa prevalenza delle singole patologie e dell'eterogeneità delle stesse, costituiscono un problema sanitario di rilevante entità in quanto interessano comunque un numero importante di cittadini e di famiglie che spesso stentano a trovare una risposta sanitaria adeguata.

In riferimento al *D.M. 18 maggio 2001, n. 279* e al PSN 2006-2008, la Giunta Regionale ha adottato la Delib.G.R. 14 ottobre 2002, n. 1565 e la Delib.G.R. 3 agosto 2005, n. 1099 per la realizzazione della Rete Regionale per la prevenzione, la sorveglianza, la diagnosi e la terapia delle Malattie Rare".

Ha, a tal fine attivato:

- il **Comitato di Coordinamento Regionale per le Malattie Rare**, 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 nelle malattie rare.

- il **Registro delle Malattie Rare** che raccoglie, cataloga e custodisce le relative schede di diagnosi provenienti dai presidi della rete e cura il loro successivo invio all' Istituto Superiore di Sanità;

- la **Rete Regionale per la prevenzione, la sorveglianza, la diagnosi e la terapia delle Malattie Rare**, composta dai Presidi Sanitari individuati dalla Regione.

I Presidi sanitari della rete "malattie rare" opereranno secondo protocolli clinici concordati con il Comitato di Coordinamento Regionale e collaboreranno con i servizi territoriali ed i medici di famiglia al fine di individuare e gestire il percorso diagnostico-assistenziale. Assicureranno, inoltre, l'erogazione in regime di esenzione dalla partecipazione al costo delle prestazioni finalizzate alla diagnosi e trattamento delle malattie rare.

La Regione ha aderito al "*Programma Malattie rare* " stipulando specifica convenzione con l'Istituto Superiore di Sanità, per garantire il flusso attivo dei dati epidemiologici dei Registri regionali al Registro Nazionale delle Malattie Rare.

La necessità di ricorrere a strutture di ricovero presso strutture sanitarie pubbliche extraregionali, in Italia all'estero, è sostenuta anche con 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, se riconosciute tali dal Ministero della Salute (ai sensi della *L.R. 20 giugno 2007, n. 17* "Interventi a favore di soggetti sottoposti a trapianto di organi o affetti da patologie rare").

Obiettivi ed azioni prioritarie

Obiettivo del triennio è conseguire il miglioramento del sistema "Rete Regionale per la prevenzione, la sorveglianza, la diagnosi e la terapia delle Malattie Rare" e l'adozione di specifici protocolli clinici, secondo quanto previsto dalle normative specifiche.

3.2.5 I trapianti

La Regione Molise ha recepito la *legge n. 91 del 1 aprile 1999* con la *Delib.G.R. 28 dicembre 2000, n. 1827* riconoscendo come Centro Regionale Trapianti per il Molise il Centro Regionale per i Trapianti della Regione Abruzzo. Nella stessa delibera nomina il Coordinatore Regionale Trapianti (art. n. 10 della *legge 91/99*) e i Coordinatori Locali delle Aziende (*art. 12 della legge 91/99*). Con *Delib.G.R. 14 novembre 2005, n. 1618* nomina il Coordinatore Regionale Donazione e Prelievi.

Il Centro Regionale, infatti opera ai sensi dell'*art. 10 della legge 91/99* al comma 1 che recita: "Le regioni, qualora non abbiano già provveduto ai sensi della *legge 2 dicembre 1975, n. 644*, istituiscono un centro regionale per i trapianti. Il centro regionale ha sede presso una struttura pubblica e si avvale di uno o più laboratori di immunologia per i trapianti per l'espletamento delle attività di tipizzazione tissutale". I dettami della legge 91 sull'organizzazione delle attività di coordinamento sono recepiti nelle linee guida approvate in conferenza Stato-Regioni in data 21 marzo 2002 e recepite dalla Regione Abruzzo con *Delib.G.R. 13 febbraio 2004, n. 88* e dalla Regione Molise con *Delib.G.R. 6 ottobre 2003, n. 1169*.

L'attività svolta dal Centro è di altissima valenza, costituisce infatti il punto nodale della rete regionale e di ciò sono riconoscimento gli impegni finanziari erogati dal Ministero della Salute e dalla Regione Abruzzo e dalla Regione Molise per il programma donazione e trapianti. Il Centro svolge, con operatività h 24 per 365 giorni/anno, 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, cui 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 91/99* (Disposizioni di attuazione delle norme sulla dichiarazione di volontà) le Aziende Sanitarie competenti nella realizzazione delle disposizioni indicate dal previsto decreto attuativo.

Il Centro Regionale Trapianti ha sostenuto il 31 Marzo 2006 l'Audit che il Centro Nazionale Trapianti ha eseguito in tutti i centri regionali d'Italia e che si è concluso con il seguente giudizio, peraltro già comunicato agli Assessorati alla Sanità delle regioni Abruzzo e Molise: " La chiarezza e la precisione dei dati forniti esprimono la buona organizzazione generale e consentono di rilevare soprattutto la buona progettazione futura. Ben delineati i ruoli e le funzioni degli operatori coinvolti nell'intero processo. Ci si auspica che l'organico sia completato con quelle figure professionali necessarie per permettere al Coordinamento Regionale di gestire i processi nell'intero territorio di competenza (Abruzzo e Molise). Buona l'integrazione tra le figure tecniche del sistema con gli organi istituzionali della regione di appartenenza, modello da riprodurre anche nei confronti della regione Molise. L'attività formativa del personale è ben documentata, come il processo di aggiornamento dello stesso. Buona la progettualità per quanto riguarda la relazione con gli enti di volontariato e più in generale il previsto programma di sensibilizzazione alla popolazione. La buona organizzazione a rete dei coordinamenti locali ha le potenzialità per svolgere una attività tale di procurement da collocare l'area in linea con la media nazionale. È auspicabile che tale

organizzazione venga trasferita anche nel *procurement* dei tessuti. Ottima la tracciabilità dei processi di donazione documentata nelle cartelle cliniche dei donatori. Puntuale e ben documentata la tracciabilità dei sieri dei riceventi in lista d'attesa come la gestione delle liste stesse. Si ricorda l'importanza della conservazione del materiale biologico dei donatori nel bioconservatorio. **In sintesi il Centro Regionale risponde pienamente ai requisiti previsti dalla normativa vigente e pertanto si colloca su buoni livelli di efficienza".**

Il Piano sanitario Nazionale 2006-2008 riconosce che "un ruolo particolare è rivestito dalla rete dell'emergenza-urgenza, con le sue interconnessioni con la rete per il trauma, le grandi ustioni e la neuroriabilitazione, *dalla rete per i trapianti*, dalla rete per le malattie rare " ed evidenzia quelle che sono le caratteristiche e le problematiche.

Questo Piano Sanitario Regionale recepisce le indicazioni del Piano Sanitario Nazionale e prevede che tutte le attività svolte in ambito trapiantologico facciano parte di un'unica **Rete Molisana dei Trapianti** che comprende:

a) Centro Regionale per i Trapianti Regione Abruzzo - Regione Molise, che costituisce il punto di raccordo dell'intera rete ed il collegamento con il sistema interregionale (Organizzazione Centro-Sud Trapianti), e nazionale (Centro Nazionale Trapianti).

b) Unità di Rianimazione, deputate al reclutamento degli organi e dei tessuti.

c) Coordinatori Locali

d) Banca degli Occhi - Centro di riferimento per le Donazioni e i Trapianti di cornea per la Regione Abruzzo Regione Molise - L'Aquila

e) Centro Regionale di Immunoematologia e Tipizzazione Tissutale - L'Aquila

f) Centri trapianto di cornea negli Ospedali della Regione Molise

a) Centro Regionale per i Trapianti (CRT) Regione Abruzzo e Regione Molise

Numerose sono le funzioni e compiti assegnati, che sono stati ulteriormente esplicitati dalle successive linee guida emanate dal Centro Nazionale Trapianti

b) UU.OO. di Rianimazione

Il potenziamento delle rianimazioni costituisce il primo e necessario investimento per migliorare l'attività di prelievo e trapianto di organi. Le ricadute di una azione di questo tipo sono molteplici. Ad esempio, è stato infatti ampiamente dimostrato che le rianimazioni dove vengono eseguiti accertamenti di morte encefalica sono quelle più vicine ai gold standard (standard migliori) di qualità dell'assistenza. L'esame delle potenzialità degli ospedali del Molise, realizzato con il registro dei Cerebrolesi, può indicare i punti più critici del sistema.

c) Coordinatori locali

In tutti gli ospedali del Molise dotati di Rianimazione la funzione del coordinamento locale dovrà essere potenziata e disciplinata da protocolli aziendali al fine di garantire nelle 24 ore le attività di prelievo di organo e tessuti.

d) Banca degli Occhi - Centro di riferimento per le Donazioni e i Trapianti di cornea per la Regione Abruzzo e 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 (Delib.G.R. 1° dicembre 1999, n. 2512) e per la Regione Molise, che ha stipulato apposita Convenzione (Delib.G.R. 2 dicembre 2002, n. 1822), in considerazione di quanto stabilito nell'*art. 15 della Legge 1° aprile 1999* e nell'accordo Stato-Regioni (Repertorio atti n. 2085 del 23 settembre 2004), per avvalersi della Banca degli Occhi di L'Aquila come struttura sanitaria per la certificazione di idoneità delle cornee prelevate nel territorio molisano.). É necessario un maggiore e deciso coinvolgimento degli ospedali Molisani nell'attività di reclutamento; infatti, a fronte di una elevata richiesta di tessuti oculari per trapianto, sono ancora poche le donazioni.

e) Centro Regionale di Immunoematologia e Tipizzazione Tissutale (CRITT) Il Centro Regionale di Immunoematologia e Tipizzazione Tissutale dell'Aquila, svolge attività di laboratorio nel campo della istocompatibilità, effettuando la tipizzazione HLA sierologica e molecolare nell'ambito del trapianto di organi, di tessuti e cellule staminali emopoietiche, oltre che nella valutazione della predisposizione genetica a patologie a genesi autoimmune La Regione Molise ha stipulato Convenzione con la Regione Abruzzo (delibera n. 1765 del 31 marzo 1989)

3.2.6 La nutrizione clinica ed artificiale

Considerate le ingenti risorse finanziarie impegnate nelle problematiche nutrizionali (nutrizione clinica ed artificiale; nutrizione artificiale integrata nel sistema delle Cure Domiciliari; dietetica clinica ospedaliera ed ambulatoriale; ristorazione collettiva ospedaliera), e preso atto che per recuperare efficienza, uniformità territoriale e sostenibilità economica in questo settore sono indispensabili misure di razionalizzazione, tra le quali è prioritaria la necessità di un governo clinico unico dell'intera materia, si assegnano in via esclusiva le competenze tecnico-organizzative nei settori della nutrizione clinica ed artificiale, della nutrizione artificiale integrata nel sistema delle Cure Domiciliari, della dietetica clinica ospedaliera ed ambulatoriale e del controllo dietetico della ristorazione collettiva ospedaliera, alla Unità Operativa Complessa di Dietologia e Nutrizione Clinica, già a valenza dipartimentale, dell'Ospedale "A. Cardarelli" di Campobasso e pertanto la sua attribuzione di "Centro di Coordinamento e Riferimento Regionale per la Nutrizione Artificiale Domiciliare" già in essere in forza dell' *art. 2, comma 2, della legge regionale 8 novembre 2002, n. 32*, viene estesa a: "Centro di Coordinamento e Riferimento Regionale per la Nutrizione Clinica ed Artificiale".

Obiettivi ed azioni prioritarie:

1. aggregazione e coordinamento delle professionalità già esistenti;

2. ottimizzazione e contenimento l'uso delle risorse impegnate;
3. omogeneizzazione dell'offerta di servizi nella specifica materia, sull'intero territorio regionale;
4. miglioramento continuo delle prestazioni erogate;
5. implementazione protocolli e linee guida sostenute dalla medicina basata sull'evidenza;
6. incremento dell'offerta di prestazioni nell'ambito del sistema delle Cure Domiciliari;
7. riduzione dei ricoveri ospedalieri;
8. riduzione della durata dei ricoveri.

3.2.7 EPILESSIA

Con 2.500 nuovi casi all'anno, l'epilessia interessa direttamente tra lo 0,5 e l'1% dei nostri concittadini, la cui qualità della vita è fortemente compromessa dal persistente preconcezzo ancor più che dalla stessa patologia. L'epilessia è stata riconosciuta come "malattia sociale" nel 1965 (D.M. 5 gennaio 1965, n. 249 ai sensi *D.P.R. 11 febbraio 1961*).

Un fenomeno sociale estremamente vasto dove preconcezzo e disposti discriminanti spingono le persone affette da epilessia e le loro famiglie nell'ombra, rendendo clandestina una grande patologia sociale. La guarigione deve comportare per tutti i cittadini la pienezza del diritto della persona ed il superamento delle limitazioni derivanti dal precedente e superato stato patologico, compresa l'epilessia.

Il diritto a guarire viene loro negato dal permanere, nonostante la stessa certificazione medica di guarigione, d'ingiustificate limitazioni e obblighi discriminanti. Nell'ampio spettro delle sindromi che si raccolgono sotto il termine "epilessia" la guarigione è un risultato altrettanto diversificato. In alcuni casi è connaturato nell'evoluzione stessa di una specifica sindrome, in altre raggiungibile grazie a terapie farmacologiche e/o chirurgiche. In circa il 60-70% di tutti i pazienti affetti da epilessia è possibile controllare le crisi mediante l'ausilio dei farmaci antiepilettici, mentre il restante 30-40% dei casi non risponde al trattamento farmacologico: le "epilessie resistenti" costituiscono una fonte di gravi disagi per i malati, per le loro famiglie e per la società che devolve ingenti risorse economiche per la loro assistenza. Le "epilessie resistenti" possono oggi giovare di tecniche diagnostiche sofisticate che rendono possibile individuare con precisione la zona del cervello da cui nasce la scarica epilettica, così da poterla rimuovere con un intervento chirurgico. Si calcola che circa 20.000 pazienti, in gran parte con esordio delle crisi in età infantile, siano attualmente in Italia i possibili candidati per una soluzione chirurgica della loro epilessia intrattabile con i farmaci.

Se la guarigione è quindi un traguardo raggiunto e raggiungibile per molte persone affette da epilessie, il raggiungimento di tale meta, per questa come per tutte le patologie, per altro riconosciuta scientificamente e certificata da medici competenti, non può non coniugarsi con il

superamento delle limitazioni alle libertà personali venute in essere alla comparsa dello stato patologico.

Per il perseguimento di tale obiettivo verranno approvate, attraverso apposite convenzioni, misure volte a favorire l'integrazione sociale delle persone con epilessia, quali:

a) attestazione della remissione clinica in assenza di crisi e di assunzione di farmaci antiepilettici per un periodo di cinque anni e con elettroencefalogramma EEG nella normalità;

b) misure atte a prevenire la discriminazione dei cittadini con epilessia in sede di frequenza scolastica e di mantenimento del posto di lavoro;

e viene istituita una *"Commissione regionale permanente per le Epilessie"*, con il compito di promuovere le iniziative più utili per il perseguimento dell'obiettivo, composta:

- da n. 3 membri indicati dalle associazioni di volontariato delle persone affette da epilessie e loro famiglie maggiormente rappresentative sul territorio regionale;

- da n. 4 medici specialisti competenti in epilessie di cui due indicati dal Centro Regionale di riferimento per l'epilessia dell'IRCCS NEUROMED e due dall' ASREM;

- da n. 1 referente della Regione Molise che la presiede e la convoca.

A seguito della prima convocazione la *"Commissione regionale permanente per le Epilessie"* si dota di proprio regolamento.

3.3 Il Riassetto della Rete Ospedaliera Regionale

3.3.1 Il nuovo ruolo dell'Ospedale

È ben noto che la fisionomia di ospedale nell'attuale scenario sta profondamente mutando. Da luogo di riferimento per qualsiasi problema di una certa rilevanza di natura sanitaria, e spesso socio-sanitaria, a organizzazione ad alto livello tecnologico deputata (e capace) 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 qualificazione tecnologica, di concorrenti programmi di sviluppo della rete dei servizi territoriali, nonché di incisivi programmi per l'incremento del grado di appropriatezza rispetto al quale:

- va rilanciata la indicazione di percorsi diagnostico terapeutici che minimizzino la quota di accessi impropri;
- va potenziato il sistema di sorveglianza delle infezioni nosocomiali
- va sollecitata una dimensione di coerente collegamento in rete tra presidi ospedalieri e tra questi e le strutture territoriali;
- va sviluppata, anche attraverso adeguate politiche di aggiornamento e formazione, quello che è stato definito lo spazio del «governo clinico»;
- va rimodulato il sistema di remunerazione per scoraggiare artificiose induzioni di domanda;
- va ulteriormente implementato il sistema informativo finalizzato all'incremento non solo dell'efficienza ma anche della qualità, in grado di generare un adeguato set di indicatori

3.3.2 Le indicazioni del PSN 2006-08 sulla razionalizzazione della rete ospedaliera

Lo sviluppo tumultuoso della tecnologia, l'incremento vertiginoso dei costi, l'altissima specializzazione richiesta all'ospedale, l'evoluzione delle tecniche chirurgiche ed anestesologiche che consentono di effettuare sempre più interventi in regime di ricovero diurno, rendono necessaria una riflessione sullo sviluppo che la rete ospedaliera dovrà assumere nel medio e lungo periodo.

È necessario che l'offerta si differenzi in base ai livelli di complessità raggiunti dalle strutture ospedaliere, in particolare organizzandosi in ospedali di altissima specializzazione nei quali concentrare la casistica più complessa, che possano assumere funzioni di riferimento rispetto ai presidi ospedalieri di medie dimensioni o di livello locale e alle strutture territoriali, mediante protocolli di accesso condivisi, la messa in rete, l'elaborazione di linee guida e la formazione anche a distanza.

Una particolare attenzione nell'ambito delle cure ospedaliere va posta alla prevenzione e al contenimento del dolore, soprattutto in quelle condizioni in cui è spesso sottovalutato, come ad esempio, durante il travaglio e nel parto.

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 dall'intesa 23 marzo 2005.

Nel triennio occorre:

- * adeguare la rete ospedaliera a quanto previsto dall'intesa Stato-Regioni 23 marzo 2005, nei tempi previsti dall'intesa stessa;

- * recepire ed attuare negli ospedali i contenuti dell'accordo Stato-Regioni 24 maggio 2001 *"Linee guida inerenti il Progetto Ospedale senza dolore"*;

- * promuovere la realizzazione di reti regionali ospedaliere ed ambulatoriali per particolari patologie o per le specialità non ancora integrate in modelli gestionali;

* sviluppare i rapporti tra i presidi delle reti esistenti per produrre, diffondere e consolidare protocolli diagnostico-terapeutici, in particolare per le malattie rare;

* attivare accordi e procedure che consentano l'attività di team o professionisti impegnati nei centri di altissima complessità assistenziale presso altre strutture del SSN a minor complessità assistenziale sull'appropriatezza.

Inoltre il PSN 2006-08 fornisce indicazioni per il **"governo clinico"**, con l'obiettivo di garantire che ogni paziente riceva quella prestazione che produca il miglior esito possibile in base alle conoscenze disponibili e che comporti il minor rischio di danni conseguenti al trattamento, con il minor consumo di risorse e con la massima soddisfazione per il paziente, tutti elementi questi, che costituiscono principi di riferimento per lo sviluppo del sistema, anche sulla rete ospedaliera.

Per raggiungere questi obiettivi è necessario nel triennio:

* prevedere nelle strutture ospedaliere unità/funzioni di gestione del rischio multidisciplinari;

* implementare nelle strutture ospedaliere l'utilizzo di linee guida nella pratica clinica, percorsi assistenziali, raccomandazioni, adottando strumenti per la verifica del grado di adesione ad essi raggiunto;

* adottare strumenti per la valutazione degli esiti;

* adottare strumenti per la valutazione della qualità dell'informazione, del grado di empowerment raggiunto dal paziente e del suo gradimento.

3.3.3. Le indicazioni del Piano di rientro

Il Piano di rientro definisce obiettivi e standard per il riassetto della rete ospedaliera che costituiscono importanti riferimenti per il Piano sanitario regionale.

In particolare individua i seguenti obiettivi strategici:

- rivedere la produzione ospedaliera, agendo su più versanti:

- lo sviluppo e la crescita dei punti di eccellenza, anche al fine di contenere la mobilità extraregionale;

- la revisione dell'organizzazione dei servizi sulla base dell'intensità assistenziale, prevedendo in tale ambito l'attivazione del modello organizzativo del "five days hospital" (§ 11.2);

- la verifica dell'appropriatezza delle prestazioni erogate;

- promuovere, per le prestazioni caratterizzate da bassa e bassissima complessità, attraverso lo strumento degli accordi e contratti, un sistema organizzativo che opera in modo coordinato e integrato con i servizi territoriali, costituito da una rete di servizi integrati, quali: ospedale di comunità, sistema delle cure domiciliari, gruppi di cure primarie; consulenza ai medici di medicina generale associati.

Gli standard utilizzati dal Piano di rientro per il riassetto della rete ospedaliera sono:

- ***il tasso di utilizzo dei posti letto per istituto, previsto non inferiore all'85% ;***

- ***i ricoveri in regime ordinario per i 43 drg individuati ad alto rischio di inappropriatazza dal dpcm relativo ai livelli essenziali di assistenza e per altri due gruppi di ricoveri, a basso peso (< 0.86), considerando inappropriato il ricovero effettuato in regime ordinario superiore al 15% del totale dei ricoveri dei drg considerati.***

La rimodulazione dei posti letto ospedalieri sulla base delle indicazioni del Piano di rientro è effettuata secondo i seguenti criteri generali:

- la riduzione dei posti letto ospedalieri è il primo passaggio per un più generale riassetto del sistema ospedaliero, organizzato per intensità assistenziale e secondo una classificazione delle strutture già delineata dal Piano di rientro (§11.2);

- comprende sia le strutture pubbliche sia quelle private accreditate, prevedendo modalità di cooperazione e condivisione di regole

- tiene conto delle peculiarità della situazione regionale (territorio montano, seconda regione più piccola e meno popolosa d'Italia, necessità di preservare le specificità di alcune zone ecc.);

- ha l'obiettivo di garantire il riequilibrio della dotazione di posti letto ospedalieri regionali rispetto allo standard nazionale di 4,5 posti letto ospedalieri per mille abitanti di cui all'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, incrementato del 5% (ovvero pari a 4,725 posti letto), per tenere conto delle condizioni demografiche del Molise e della presenza di due centri di elevata specializzazione con bacino di utenza sovraregionale;

- ***in tale ambito complessivo la scelta regionale è di destinare 3,725 posti letto per mille abitanti all'acuzie e 1 posto letto alla postacuzie;***

- ***mira a ridurre il tasso di ospedalizzazione riportandolo agli standard nazionali di 180 ricoveri per mille abitanti di cui il 20% per i ricoveri a ciclo diurno.***

Il Piano di rientro riporta, inoltre, l'analisi della situazione attuale e indica il percorso metodologico seguito per definire la dotazione dei posti letto regionali, sulla base del criterio di appropriatezza, tenendo conto di:

- dotazione dei posti letto per tipologia di struttura (pubbliche, private accreditate, Irccs Neuromed, Centro dell'Università Cattolica del Sacro Cuore) e per specialità al 31 dicembre 2005, per un totale di 1.883 posti letto (tab. 014);

- tasso di ospedalizzazione per distretto di residenza (tab. 015);

- tasso di ospedalizzazione regionale articolato tra ricoveri regionali ed extraregionali, in mobilità passiva (tab. 016);

- rapporto tra mobilità attività e mobilità passiva (tab. 017);

- prevalenza dei drg potenzialmente inappropriati nelle strutture di ricovero (tab. 019).

Sulla base dell'analisi dei drg potenzialmente inappropriati trattati nelle diverse strutture di ricovero della Regione, il Piano di Rientro (tab. 020) propone un modello di rimodulazione dei posti letto per struttura, con i seguenti presupposti:

- trasferire l'85% delle giornate di degenza consumate dagli stessi ricoveri in regime ordinario a quello di dh/ds, atteso che una "inappropriatezza" del 10 - 15% può essere considerata fisiologica;

- calcolare i nuovi posti letto, per disciplina e struttura ospedaliera, con un tasso di utilizzo all'85%.

Ad integrazione dell'analisi dell'assistenza ospedaliera erogata in ambito regionale, posta alla base del Piano di rientro, occorre richiamare i seguenti ulteriori elementi relativi alla domanda di prestazioni da considerare nel definire il piano di riordino della rete ospedaliera:

- il tasso di ospedalizzazione, oltre ad essere molto elevato, è in costante crescita dal 2001, in controtendenza rispetto all'andamento registrato nelle altre regioni con tassi elevati;

- l'incremento dei ricoveri in ambito regionale, a seguito dell'attivazione di nuove specialità, non è stato seguito dal decremento dei ricoveri fuori regione;

- il regime diurno sta raggiungendo i valori medi italiani, ma nel contempo non si registra una corrispondente riduzione dei ricoveri in regime ordinario;

- il tasso di ospedalizzazione è molto vario da zona a zona, senza collegamento all'anzianità della popolazione; escludendo la zona 1, con il più alto tasso di ospedalizzazione (271 ricoveri per 1.000 abitanti), in parte giustificato dall'elevata incidenza della popolazione anziana, il tasso più alto si registra nella zona 4 (251 ricoveri per 1.000 abitanti), che presenta la popolazione più giovane, a fronte di tassi inferiori nelle zone 2 e 3 (rispettivamente 235 e 238 ricoveri per 1.000 abitanti).

Vi è da ritenere che l'alto tasso di ospedalizzazione derivi non solo dalla carenza di servizi sanitari non ospedalieri ma, anche, da:

- comportamenti degli utenti e stili prescrittivi a rischio di inappropriatezza;

- induzione di domanda inappropriata da parte degli ospedali, regionali (particolarmente evidente nei ricoveri medici nei reparti chirurgici) ed extraregionali.

Relativamente all'offerta di prestazioni occorre osservare che l'analisi dell'appropriatezza del sistema di risposta ai bisogni sanitari della popolazione dovrà necessariamente adeguarsi ai nuovi livelli di assistenza sanitaria di recente pubblicazione.

Pertanto il riordino della rete ospedaliera, che persegue anche l'obiettivo di evitare la possibile induzione di ricoveri a rischio di inappropriately da parte del sistema di offerta, richiede a monte un forte intervento culturale sugli utenti e sui prescrittori, in modo da invertire il processo di evoluzione del tasso di ospedalizzazione.

3.3.4 La riprogrammazione della rete ospedaliera regionale: sviluppo dell'organizzazione ospedaliera secondo logiche orientate ai processi e ai differenti gradi di intensità di cura.

Il piano di rientro definisce la capacità produttiva globale per singola struttura operante nella Regione, sia a gestione diretta della ASReM sia a gestione di terzi soggetti erogatori accreditati, senza peraltro definire le funzioni da assegnare alle strutture e la conseguente articolazione della capacità produttiva prevista.

Occorre ora procedere ad integrare quanto indicato nel piano di rientro con le seguenti modalità:

1. determinazione del fabbisogno di assistenza ospedaliera per disciplina;
2. valutazione dei flussi di mobilità interregionali;
3. articolazione territoriale delle funzioni assistenziali;
4. distribuzione dei posti letto tra le strutture di ricovero;
5. verifica della economicità della rete ospedaliera.

3.3.5 Il fabbisogno di assistenza ospedaliera per disciplina

La regolazione dei sistemi sanitari ospedalieri, alla luce del sistema di remunerazione e dei rapporti contrattuali con i soggetti erogatori, si basa prevalentemente sulla produzione (ricoveri).

In base al *D.Lgs. 502/1992* e modificazioni è comunque possibile delineare il governo del sistema ospedaliero regionale mediante un percorso articolato in due fasi:

- la definizione della capacità produttiva necessaria per garantire i LEA, nei due momenti dell'autorizzazione alla realizzazione di (nuova) capacità produttiva e dell'accreditamento

istituzionale, basato sulle due gambe del possesso dei requisiti "ulteriori" rispetto a quelli autorizzativi e del "fabbisogno", ovvero della coerenza con la programmazione sanitaria;

- la definizione delle prestazioni necessarie per garantire i LEA e compatibili con le risorse a disposizione, basata sulla assegnazione degli obiettivi all'Asrem e sugli accordi contrattuali ed i contratti con i soggetti erogatori privati operanti nel sistema regionale.

Pertanto il piano sanitario regionale costituisce la sede idonea a definire il fabbisogno di capacità produttiva ospedaliera (posti letto), preliminare alle fase dell'autorizzazione alla realizzazione di (nuova) capacità produttiva (o alla trasformazione dell'attuale capacità produttiva) ed all'accreditamento istituzionale.

La capacità produttiva necessaria a garantire l'assistenza ospedaliera viene convenzionalmente determinata in termini di posti letto complessivamente disponibili, anche per rispondere allo standard vincolante posto dalla normativa nazionale in materia.

Il piano di rientro, conseguentemente, come già ricordato nel § 3.3.3, ha rideterminato la dotazione complessiva dei posti letto nei termini massimi consentiti dalla normativa nazionale.

L'articolazione per disciplina della capacità produttiva ospedaliera, ovvero dei posti letto complessivamente previsti, viene effettuata per:

- definire la rete ospedaliera necessaria per garantire i LEA, in termini quali-quantitativi;

determinare le équipe professionali necessarie per garantire la funzionalità della rete, prevedendo che ogni équipe raggiunga il mix quali-quantitativo di attività idoneo a mantenere nel tempo la necessaria qualificazione professionale.

Occorre pertanto precisare che la determinazione della dotazione di posti letto a livello di disciplina deve essere letta alla luce di due avvertenze:

- i posti letto determinati per disciplina dovranno in molti casi essere gestiti in termini dipartimentali, per garantire l'efficiente utilizzo delle dotazioni strumentali e di personale sanitario infermieristico e di supporto;

- nella fase 3 viene definito il fabbisogno di équipe professionali per singola disciplina, giustificato dalla dimensione quali-quantitativa dell'attività prevista, mentre nella fase 4 viene definita l'articolazione dei posti letto per singola zona.

In assenza di veri e propri standard, l'articolazione dei posti letto tra le diverse specialità tiene conto dell'articolazione nazionale, ricalibrata in base al bisogno espresso dalla popolazione molisana (desumibile dai flussi SDO) e allo standard nazionale di 3,5 posti letto per acuti e di 1 posto letto per post-acuzie.

La tabella 1, nelle prime colonne, evidenzia, per ogni disciplina prevista dal sistema informativo sanitario nazionale:

- la dotazione effettiva nazionale di posti letto, ordinari e diurni, per 1.000 abitanti rilevata al 31 dicembre 2004 (ultimo dato disponibile);

- la rettifica della dotazione effettiva per pervenire allo standard di 3,5 posti letto per acuti e 1 posto letto per post acuti per 1.000 abitanti (stand, pl 4,5);

- i posti letto che sarebbero necessari nel Molise, rettificati per tenere conto dello standard complessivo per l'acuzie e la postacuzie, come indicato nella precedente alinea (fabb. pl);

- le specialità rare attualmente non presenti nel Molise e di cui non si giustifica l'attivazione, in termini sia di standard che di posti letto (discipline rare non previste, con lo standard e i pl).

Nella tabella sono previsti alcuni accorpamenti di discipline affini che, singolarmente considerate, porterebbero ad un fabbisogno che non giustificerebbe l'attivazione in ambito regionale.

Dalla tabella emerge l'attuale presenza di numerose discipline già presenti che non sarebbero giustificate dal bacino di utenza:

- le alte specialità attivate presso l'Irccs Neuromed ed il Centro dell'UCSC;

- alcune discipline presenti negli Ospedali a gestione diretta dell'Asrem, che vengono mantenute perché caratterizzate da rilevante attività specialistica ambulatoriale e di consulenza specialistica a favore delle altre discipline presenti negli ospedali (odontoatria, malattie endocrine, dermatologia).

Occorre considerare che l'articolazione del fabbisogno complessivo di posti letto per disciplina in base alla distribuzione media nazionale al 31 dicembre 2004 non tiene conto dei seguenti fattori:

- alcune specialità presentano bassi tassi di utilizzo e registrano una dotazione in tendenziale diminuzione; pertanto nel calcolo del fabbisogno effettivo (§ 3.3.7), occorre tenere conto di tale fenomeno (in particolare per la pediatria);

- i reparti chirurgici presentano anche a livello nazionale una incidenza di drg non chirurgici ritenuta eccessiva e, pertanto, non appropriata e tale da giustificare una riduzione dei posti letto;

- alcune discipline chirurgiche sono soggette ad una modificazione radicale del sistema di erogazione delle prestazioni, con il passaggio di alcune prestazioni dal day surgery alla chirurgia ambulatoriale. Tale modificazione, già attivata in alcune regioni e compresa nella revisione dei LEA, inciderà in particolare sull'oculistica, per effetto della codificazione degli interventi di cataratta in assenza di complicazioni nell'ambito della chirurgia ambulatoriale;

- le discipline mediche sono soggette ad una modificazione radicale del sistema di erogazione delle prestazioni, con l'introduzione di nuove soglie di valutazione dell'appropriatezza nel ricorso al ricovero ordinario e diurno, a favore dello sviluppo dell'attività ambulatoriale, anche nella forma programmata del day service;

- la dotazione di posti letto per disciplina deve essere articolata tra degenza ordinaria e diurna in modo differenziato per disciplina, per tenere conto dei diversi processi assistenziali;

- la dotazione di posti letto per disciplina assume una rilevanza limitata per effetto dell'organizzazione dei posti letto su base dipartimentale;

- la dotazione di posti letto per post acuzie, oggi basata sullo standard nazionale di 1 posto letto per 1.000 abitanti, dovrà essere ridotta per effetto dello sviluppo di forme di ricovero alternative all'ospedalizzazione (ospedali di comunità, hospice, rsa ecc.).

Di tali elementi si terrà conto nella fase 3, con il passaggio dal fabbisogno teorico a quello programmatico.

Tab. 1 - Il fabbisogno teorico di posti letto

cod.	Disciplina	pl eff. 2004	stand, pl 4,5	fabb. pl	discipline rare non previste	
					standard	Pl
1	allergologia	0,003	0,003	0,8	0,003	0,8
5	angiologia	0,005	0,004	1,4	0,004	1,4
6	cardiochirurgia pediatrica	0,002	0,002	0,6	0,002	0,6
7	cardiochirurgia.	0,035	0,031	9,8		
8	cardiologia	0,154	0,134	43,2		
9	chirurgia generale	0,583	0,508	163,6		
10	chir. maxillo-f. + 35 odonto	0,019	0,017	5,3		
11	chirurgia pediatrica	0,018	0,016	5,1	0,016	5,1
12	chirurgia plastica	0,023	0,020	6,5		
13	chirurgia toracica	0,019	0,017	5,3		
14	chirurgia vascolare	0,045	0,039	12,6		
19	malattie endocrine	0,026	0,023	7,3		
20	immunologia	0,001	0,001	0,3	0,001	0,3
21	geriatria	0,096	0,084	26,9		
24	malattie infettive	0,073	0,064	20,5		
25	medicina del lavoro	0,004	0,003	1,1	0,003	1,1
26	medicina generale	0,758	0,661	212,7		
29	nefrologia + 54 emodialisi	0,052	0,045	14,6		
30	neurochirurgia	0,053	0,046	14,9		
32	neurologia	0,138	0,120	38,7		
33	neuropsichiatria infantile	0,011	0,010	3,1	0,010	3,1
34	oculistica	0,100	0,087	28,1		
36	ortopedia e traumatologia	0,382	0,333	107,2		
37	ostetricia e ginecologia	0,336	0,293	94,3		
38	otorinolaringoiatria	0,106	0,092	29,7		
39	pediatria	0,141	0,123	39,6		
40	psichiatria	0,134	0,117	37,6		
43	urologia	0,136	0,119	38,2		

47	grandi ustioni + 46 g.u.ped.	0,003	0,003	0,8	0,003	0,8
48	nefrologia (abilit. trap. rene)	0,010	0,009	2,8	0,009	2,8
49	terapia intensiva	0,076	0,066	21,3		
50	unità coronarica	0,048	0,042	13,5		
51	astanteria	0,027	0,024	7,6		
52	dermatologia	0,033	0,029	9,3		
57	fisiopatologia ripr, umana	0,001	0,001	0,3	0,001	0,3
58	gastroenterologia	0,037	0,032	10,4		
61	medicina nucleare	0,002	0,002	0,6	0,002	0,6
62	neonatologia	0,040	0,035	11,2		
64	oncologia	0,095	0,083	26,7		
65	oncoematologia pediatrica	0,004	0,003	1,1	0,003	1,1
66	oncoematologia + 16 ematol.	0,040	0,035	11,2		
68	pneumologia	0,096	0,084	26,9		
70	radioterapia + 74 rad.oncol.	0,015	0,013	4,2		
71	reumatologia	0,010	0,009	2,8	0,009	2,8
73	terapia intensiva neonatale	0,019	0,017	5,3		
76	neurochirurgia pediatrica	0,001	0,001	0,3	0,001	0,3
77	nefrologia pediatrica	0,002	0,002	0,6	0,002	0,6
78	urologia pediatrica	0,001	0,001	0,3	0,001	0,3
	totale acuzie	4,013	3,500	1.125,9	0,068	21,9
28	unità spinale	0,008	0,014	4,6	0,014	4,6
56	recupero e riabilitazione	0,342	0,617	198,6		
60	lungodegenza	0,177	0,319	102,8		
75	neuroriabilitazione	0,027	0,049	15,7		
	totale postacuzie	0,554	1,000	321,7	0,014	4,6
	totale generale	4,567	4,500	1.447,6	0,082	26,5

3.3.6 L'analisi della mobilità interregionale

Nella Regione Molise assume particolare rilevanza l'analisi della mobilità interregionale, attesa l'elevata incidenza percentuale della mobilità sanitaria attiva (sul totale della produzione) e passiva (sul totale dei ricoveri dei molisani). Nella Regione Molise la mobilità presenta caratteristiche peculiari:

- la Regione, pur presentando una popolazione che non giustifica diverse specialità a rara diffusione, ovvero che richiedono bacini di utenza di dimensione ben superiori, come si è già visto nel § 3.3.5, è dotata di una rete di specialità quasi completa, anche per la presenza di due centri di alta specializzazione (Irccs Neuromed e Centro dell'UCSC). La mobilità passiva connessa alle specialità garantite dai due centri è in diminuzione ed è dovuta in particolare da interventi di urgenza, attualmente non garantiti dalle strutture stesse;

- pertanto la Regione presenta una rete ospedaliera che dovrebbe garantire la sostanziale autosufficienza. In base alla tabella 1 del § 3.3.5, i posti letto relativi alle specialità non presenti sono 27, di cui 22 per acuti e 5 per postacuti;

larga parte della mobilità sanitaria passiva non deriva da carenza di offerta in ambito regionale ma dalle scelte degli utenti e dall'attrazione che esercitano alcuni centri extraregionali; in molti casi si tratta di mobilità di confine compensata in parte da mobilità attiva con le stesse caratteristiche;

- la Regione presenta anche una mobilità attiva per alcune attività che registrano una forte attrazione extraregionale (in particolare, l'oculistica di Larino);

- la dotazione delle alte specialità nei centri di alta specializzazione dovrebbe portare a regime ad un saldo attivo della mobilità, in termini superiori all'incremento dello standard del 5% (72 posti letto), consentito dall'Intesa Stato - Regioni del 22.3.2005 per tenere conto del contesto territoriale e strutturale.

Nella successiva tabella 2 vengono presentati i ricoveri, ordinari e diurni, in mobilità attiva e passiva registrati nel 2006, per singola disciplina. I saldi della mobilità tengono conto dell'attuale offerta di prestazioni, che dovrà essere in parte riqualficata sia per recuperare in parte la mobilità passiva (ad esempio garantendo anche le prestazioni in regime di urgenza) sia per mantenere nel tempo la mobilità attiva (oggi in parte legata a prestazioni che non giustificano una mobilità extraregionale).

Tab. 2 - Mobilità attiva e passiva 2006 per reparto di dimissione

Reparto di dimissioni	Descrizione disciplina	Mob. Passiva per disc. 2006	Mob Attiva per disc 2006	Saldo Mob. Attiva -Mob. Passiva
02	DAY HOSPITAL	15	567	552
07	CARDIOCHIRURGIA	246	178	-68
08	CARDIOLOGIA	644	764	120
09	CHIRURGIA GENERALE	1.976	5.738	3. 762
12	CHIRURGIA PLASTICA	220	13	-207
13	CHIRURGIA TORACICA	61	59	-2
14	CHIRURGIA VASCOLARE	309	60	-249
19	MALATTIE ENDOCRINE DEL RICAMBIO E NUTRIZ	421	88	-333
21	GERIATRIA	80	157	77
24	MALATTIE INFETTIVE E	215	121	-94

	TROPICALI			
26	MEDICINA GENERALE	1.685	1.876	191
29	NEFROLOGIA	153	26	-127
30	NEUROCHIRURGIA	176	1.409	1.233
31	NIDO	182	209	27
32	NEUROLOGIA	378	1.714	1.336
34	OCULISTICA	494	1.753	1.259
35	ODONTOIATRIA STOMATOLOGIA	E 72	28	-44
36	ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA	E 1.475	1.699	224
37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	1.746	1.257	-489
38	OTORINOLARINGOIATRIA	646	363	-283
39	PEDIATRIA	696	385	-311
40	PSICHIATRIA	108	147	39
43	UROLOGIA	638	329	-309
49	TERAPIA INTENSIVA	196	165	-31
50	UNITA' CORONARICA	170	60	-110
51	ASTANTERIA	56	176	120
52	DERMATOLOGIA	282	16	-266
56	RECUPERO RIABILITAZIONE	E 1.321	512	-809
58	GASTROENTEROLOGIA	367	36	-331
60	LUNGODEGENTI	50	33	-17
62	NEONATOLOGIA	92	60	-32
64	ONCOLOGIA	481	847	366
66	ONCOEMATOLOGIA	14	251	237
70	RADIOTERAPIA	26	34	8
71	REUMATOLOGIA	133	54	-79
73	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	13	7	-6
75	NEURO-RIABILITAZIONE	38	295	257
	DIMESSI IN ALTRE DISCIPLINE	1.581		
	TOTALE DIMESSI	17.456	21.486	4.030

3.3.7 Articolazione territoriale delle funzioni assistenziali

Partendo dalla determinazione del fabbisogno teorico di posti letto in base allo standard nazionale (tab. 1, § 3.3.5) e dall'analisi della mobilità interregionale (tab. 2, § 3.3.6)) è possibile articolare la capacità produttiva complessiva prevista dal piano di rientro (1.521 posti letto) tra le discipline e, in base alla dimensione operativa della singola disciplina, determinare il numero di équipe professionali necessario per garantire la necessaria qualità professionale ed efficienza gestionale.

Come si è già detto, in questa fase viene definito il fabbisogno di équipe professionali per singola disciplina, mentre nella fase successiva viene definita l'articolazione dei posti letto per Presidio Ospedaliero, con équipe professionale per una o più strutture, con articolazione dell'attività tra le strutture in base alla diversa complessità assistenziale ed alle modalità di accesso (ricovero d'urgenza o programmato), ovvero all'esigenza di prevedere nella stessa sede il supporto di altre strutture operative di diagnosi e di assistenza.

Mediante tale percorso metodologico si intende garantire il perseguimento di tre risultati:

- la qualificazione delle équipe professionali, condizionata dalla dimensione quali-quantitativa dell'attività programmata ed effettivamente svolta, tenuto conto delle indicazioni internazionali e nazionali in materia;
- l'efficienza gestionale dei singoli presidi, mediante la loro organizzazione dipartimentale e per intensità di cura;
- la periferizzazione dell'assistenza ospedaliera, ove ciò non contrasta con i necessari requisiti assistenziali, ovvero nei casi in cui l'assistenza ospedaliera non richieda il supporto di servizi diagnostici ed assistenziali giustificati da elevati volumi di attività.

La tabella 3 raggruppa le discipline con le seguenti modalità:

- discipline non presenti attualmente e che non si prevede di attivare (indicate in modo aggregato nella righe con la dicitura "rara" nella prima colonna dedicata alla diffusione);

- discipline che si giustificano con una sola équipe professionale, da garantire nei presidi a gestione diretta dell'Asrem o nei due centri di alta qualificazione (che costituiscono il primo blocco, che corrisponde al grado di diffusione 1). In tale blocco sono comprese sia discipline già attivate sia nuove discipline ora assenti ma che si giustificano per il bacino di utenza (pneumologia);

- discipline che giustificano tre équipe professionali, da garantire nei presidi a gestione diretta dell'Asrem (grado di diffusione 3), con la eventuale integrazione delle équipe professionali dei due centri di alta qualificazione;

- discipline che possono giustificare più di tre équipe professionali, da garantire nei vari presidi esistenti, ivi comprese le case di cura private (grado di diffusione >3).

Le colonne sono dedicate alla distribuzione del totale dei posti letto previsti dal piano di rientro tra le discipline:

- standard di posti letto per 1.000 abitanti (§ 3.3.5);
- posti letto dichiarati nel piano di rientro, come ricavati dai modelli ministeriali HSP 12 e 13 relativi al 31 dicembre 2005 (tab. G014);
- posti letto previsti al 31 dicembre 2007 dalla *Delib.G.R. n. 361/2007*, relativamente agli ospedali a gestione diretta ed alle tre case di cura, con la integrazione dei posti letto dell'Ircs Neuromed e del Centro dell'UCSC in base ai posti letto come dichiarati nel punto precedente. I

posti letto della disciplina 71, reumatologia, e per la terapia del dolore, presenti solo presso l'Ospedale di Agnone, considerata rara e non valutata nel fabbisogno regionale, sono collocati rispettivamente negli aggregati 51, astanteria, e 2, day hospital;

- fabbisogno teorico, ovvero posti letto che discendono dallo standard nazionale (tab. 1, § 3.3.5);

- incremento del fabbisogno teorico per tenere conto della mobilità attiva interregionale, per un totale di 224 posti letto;

- decremento del fabbisogno teorico di 152 posti letto, per garantire il rispetto del vincolo posto dalla normativa nazionale, ovvero per rendere compatibile la dotazione per singola disciplina con quella complessiva prevista dal piano di rientro. La differenza tra l'incremento di 224 posti letto ed il decremento di 152 corrisponde ai 72 posti letto di maggiorazione dello standard;

- fabbisogno finale ottenuto con le due rettifiche sopra indicate;

- differenza tra il fabbisogno finale e quanto dichiarato nei modelli HSP 12 e 13 al 31 dicembre 2205 (fabb. - pl*) e come determinati dalla richiamata Delib.G.R. al 31 dicembre 2007 (fabb.-pl**).

In particolare le varianti riguardano le seguenti specialità:

- **cardiochirurgia:** il fabbisogno regionale (10 pl) e la mobilità attiva extraregionale (attualmente marginale e tale da non compensare la mobilità passiva); si può prevedere a regime una integrazione massima di 10 pl, con un fabbisogno complessivo di 20 pl, pari alla dotazione attuale. Tale dotazione è connessa ad un servizio completo, aperto anche agli interventi in emergenza, al fine di contenere l'attuale mobilità, in particolare del Basso Molise;

- **odontoiatria:** si propone di mantenere la dotazione attuale (4 pl di solo dh), di poco inferiore al fabbisogno teorico (5 pl);

- **chirurgia plastica:** la dotazione attuale (2 pl) è prevista solo per le attività connesse all'attività dell'UCSC nel campo dell'oncologia; pertanto si propone di mantenere tale dotazione, con il ricorso alla mobilità passiva per le restanti prestazioni (la specialità non è considerata nel blocco delle discipline rare, da non prevedere nel Molise, solo perché già presente, anche se nei termini circoscritti sopra indicati);

- **chirurgia toracica:** il fabbisogno regionale (5 pl) è incrementato di 1 posto per tenere conto della mobilità attiva;

- **chirurgia vascolare:** si propone di mantenere la dotazione attuale (10 pl), inferiore al fabbisogno teorico (confermato dall'elevata mobilità passiva);

- **geriatria:** la dotazione attuale effettiva è di 30 pl (presso l'Ospedale Cardarelli), non essendo stato attivato il reparto già previsto presso l'Ospedale di Agnone. Si prevede di mantenere una sola struttura complessa presso l'Ospedale Cardarelli, con funzioni sia di ricovero e cura dei casi di maggiore complessità, con una dotazione di pi letto ridotta, sia, in misura prevalente, di consulenza a favore delle 4 zone per le attività geriatriche territoriali (UVG ecc.);

- **nefrologia:** si propone di mantenere la dotazione prevista al 31 dicembre 2007 (10 pi), in considerazione dello sviluppo delle risposte assistenziali di tipo ambulatoriale;

- **neurochirurgia:** l'attuale dotazione (52 pl, di cui 15 presso l'Ospedale Cardarelli e 37 presso l'Irccs Neuromed) è largamente superiore al fabbisogno (15 pi), per effetto dell'elevata mobilità attiva presso l'Irccs. La disciplina è compresa tra quelle di alta specializzazione, che richiedono bacini di utenza largamente superiori alla popolazione molisana. Pertanto la specialità dovrebbe essere unica per tutta la Regione. Occorre peraltro rilevare che l'Irccs non garantisce attualmente le prestazioni di emergenza e che la sua collocazione lo rende poco accessibile da parte degli utenti del Basso Molise, che infatti registra una significativa mobilità passiva. Pertanto si propone di mantenere in via transitoria l'attuale articolazione della disciplina su due équipe professionali, con una modesta riduzione della dotazione di pi, in base al saldo della mobilità (- 2). Tale dotazione sarà connessa ad un servizio completo aperto anche agli interventi di emergenza nell'ambito di un progetto integrato interaziendale per il trattamento dell'ictus cerebrale. L'organizzazione della specialità, nelle fasi dell'urgenza e dell'elezione, dovrà essere valutata nell'ambito degli accordi tra la Regione, le Università degli studi interessate e dell'Irccs, anche mediante l'istituzione di un **dipartimento interaziendale** (regionale). Nell'ambito della neurochirurgia si espleta anche l'attività di chirurgia vascolare cerebrale;

- **dermatologia:** la disciplina è attivata con 1 solo pi di dh, di fatto con sole funzioni ambulatoriale e di consulenza ai reparti dell'Ospedale Cardarelli. Si propone in fase iniziale un incremento modesto dell'attuale dotazione;

- **oncoematologia:** il fabbisogno regionale (11 pl) può essere integrato per tenere conto del possibile sviluppo della mobilità attiva extraregionale (9 pl); pertanto si propone di ridurre la dotazione attuale (23 pl) per effetto della trasformazione della denominazione dei 3 pl presso l'Ospedale di Termoli in oncologia;

- **pneumologia:** disciplina oggi non attivata e con una modesta mobilità passiva. Vi è da ritenere che i casi siano assistiti dai reparti di medicina generale. Si prevede l'attivazione di una specifica équipe professionale, con una dotazione iniziale di 10 pl, inferiore rispetto al fabbisogno (27 pl);

- **radioterapia:** viene mantenuta l'attuale dotazione, in considerazione della mobilità attiva;

- **cardiologia:** il fabbisogno regionale (43 pl) può essere integrato per tenere conto della mobilità attiva di 6 pi; pertanto la dotazione attuale (59 pl) viene ridotta di 10 pi;

- **neurologia:** il fabbisogno regionale (39 pl) può essere integrato per tenere conto della mobilità attiva extraregionale (37 pl);

- **oculistica:** il fabbisogno teorico di 28 pi sarebbe da ridurre per effetto della prospettiva di trasformare alcuni interventi da day surgery a chirurgia ambulatoriale ma viene confermato per tenere conto della mobilità attiva;

- **pediatria:** la dotazione può essere ridotta, tenendo conto che lo standard deriva da una dotazione nazionale con basso utilizzo;

- **psichiatria:** la dotazione può essere ridotta, tenendo conto del programma di sviluppo degli interventi alternativi all'ospedalizzazione;

- **oncologia:** il fabbisogno regionale (27 pl) e può essere integrato per tenere conto della mobilità attiva extraregionale (6 pl), con la conseguente riduzione dell'attuale dotazione (48 pl), eccesso dovuto alla concentrazione di posti letto nella zona 3 per la presenza della disciplina nel

Centro dell'UCSC e nell'Ospedale Cardarelli. Per sviluppare in modo organico ed integrato l'attività oncologica nel territorio della ex zona 3 si prevede l'istituzione di un **dipartimento interaziendale di oncologia**;

- **day hospital**: i posti letto per singola disciplina sono quelli indicati nelle tabelle dalla n. 4 alla n. 9; solo in caso di documentata riduzione dei costi di gestione, nonché di dimostrata efficacia ed efficienza del sistema, gli organi direzionali delle strutture di ricovero potranno accorpare detti posti letto (DH/DS) nel codice di disciplina

02 "DAY HOSPITAL POLISPECIALISTICO"

limitatamente al trattamento di patologie afferenti alle sole discipline autorizzate e accreditate in regime di ricovero della singola struttura;

- **astanteria**: si prevede di dotare le astanterie di posti letto tecnici (non considerati nel conteggio) di osservazione breve e di osservazione breve intensiva, di breve durata (inferiore a 24 h), che non danno luogo a SDO ma ad apposito flusso informativo; le astanterie disporranno di un'adeguata dotazione di personale sanitario specifico;

- **terapia intensiva**: il fabbisogno di 21 pl viene incrementato di 3 pl per la mobilità attiva dell'Irccs Neuromed; pertanto si prevede una riduzione dell'attuale dotazione (40 pl), in larga parte teorica perché dovuta a 10 pl previsti presso una casa di cura di riabilitazione (cod. 56), con un campo di azione che non richiede la presenza della rianimazione. Non vengono considerati nel conteggio i pi tecnici di rianimazione, da attivare nei presidi ove non è previsto il vero e proprio reparto di rianimazione, da prevedere in stand by durante gli interventi chirurgici (week hospital e day surgery);

- **unità coronarica**: il fabbisogno di 14 pl viene incrementato di 4 pl per la mobilità attiva del Centro dell'UCSC (attualmente registrata impropriamente con il codice 49), con una dotazione complessiva inferiore all'attuale dotazione (20 pl);

- **recupero e riabilitazione**: il fabbisogno di 199 pl viene incrementato di 5 pl per la mobilità attiva del Centro della Cattolica. Il fabbisogno complessivo è pari all'attuale dotazione teorica, peraltro attivata solo in parte, fortemente sperequata territorialmente, con una conseguente elevata mobilità passiva, in particolare dalla zona 4;

- **neuroriabilitazione**: il fabbisogno di 16 pl viene incrementato di 39 pl per la mobilità attiva dell'Irccs Neuromed;

- **lungodegenza**: il fabbisogno di 103 pl viene ridotto a 53 pl. Tale correzione viene apportata tenendo conto della ridotta presenza attuale di posti letto, del piano di sviluppo dei presidi di ricovero non ospedalieri, in misura tale da rispettare il vincolo della dotazione complessiva di posti letto e di mantenere la dotazione complessiva della postacuzie pari ad 1 posto letto per 1.000 abitanti.

La identificazione delle discipline da attivare in ambito regionale tiene conto del piano di sviluppo della Facoltà di medicina nell'ambito dell'Università del Molise, che coinvolgerà nell'attività formativa tutta la rete dei servizi sanitari regionali, e della prevista istituzione dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Campobasso, mediante appositi accordi di collaborazione ed integrazione delle attività **con la ASReM**, l'Irccs Neuromed e con il Centro Biomed dell'UCSC, e con il coinvolgimento nell'attività formativa dei Centri di eccellenza presenti nelle strutture pubbliche e convenzionate. Le strutture coinvolte nella attività formativa potranno anche in futuro variare i pl loro assegnati.

Ai fini del computo dei posti letto complessivi, non vengono presi in considerazione, rispettivamente, il numero dei posti letto di terapia intensiva (Cod. 49) e unità coronarica (Cod. 50), in quanto tali posti sono da intendersi "posti letto tecnici" a servizio rispettivamente della neurochirurgia e cardiocirurgia. Tali posti letto, di carattere tecnico, non dando luogo a dimissioni, tranne che in caso di decesso del paziente, non sono infatti remunerati dal S.S.R..

Il numero dei predetti posti letto resta comunque imputato esclusivamente e rispettivamente alle strutture a cui sono preventivamente assegnati e dovrà essere distribuito, con successivo provvedimento, ad altre discipline specialistiche.

Tabella 3 - La dotazione programmatica di posti letto

<i>diff.</i>	<i>cod.</i>	<i>disciplina</i>	<i>stand, pl 3,5</i>	<i>Pl hsp 12-13</i>	<i>pl 1207</i>	<i>St pl</i>	<i>rett. pos.</i>	<i>rett. neg.</i>	<i>fabb. pl</i>	<i>fabb.- pl*</i>	<i>fabb.- pl**</i>
				*	**						
<i>rara</i>		<i>specialità varie non presenti</i>	0,068			22		22	0		
1	7	cardiocirurgia	0,031	20	20	10	10		20	0	0
	10	chir. maxillo-f. + 35 odonto	0,017	4	4	5		1	4	0	0
	12	chirurgia plastica	0,020	2	2	6		4	2	0	0
	13	chirurgia toracica	0,017	12	12	5	1		6	-6	-6
	14	chirurgia vascolare	0,039	10	10	13		3	10	0	0
	19	malattie endocrine	0,023	7	7	7		2	5	-2	-2
	21	geriatria	0,084	30	18	27		9	18	-12	0
	24	malattie infettive	0,064	31	22	21		3	18	-13	-4
	29	nefrologia + 54 emodialisi	0,045	11	11	14		4	10	-1	-1
	30	neurochirurgia	0,046	52	52	15	35		50	-2	-2
	52	dermatologia	0,029	1	1	9		7	2	1	1
	58	gastroenterologia	0,032	10	10	10			10	0	0
	66	oncoematologia + 16 ematol.	0,035	23	23	11	9		20	-3	-3
	68	pneumologia	0,084		0	27		17	10	10	10
	70	radioterapia + 74 rad.oncol.	0,013	5	5	4	1		5	0	0
		<i>totale diffusione I</i>	0,579	218	197	184	56	50	190	-28	-7

3	8	cardiologia	0,134	59	59	43	6		49	-10	-10
	32	neurologia	0,120	55	61	39	37		76	21	15
	34	oculistica	0,087	38	36	28			28	-10	-8
	36	ortopedia e traumatologia	0,333	112	100	107			107	-5	7
	37	ostetricia e ginecologia	0,293	117	104	94			94	-23	-10
	38	otorinolaringoiatria	0,092	34	31	30			30	-4	-1
	39	pediatria + neonatologia	0,158	66	61	51		6	45	-21	-16
	40	psichiatria	0,117	39	39	38		5	33	-6	-6
	43	urologia	0,119	43	43	38			38	-5	-5
	64	oncologia	0,083	48	54	27	6		33	-15	-21
		<i>totale diffusione 3</i>	<i>1,536</i>	<i>611</i>	<i>588</i>	<i>495</i>	<i>49</i>	<i>11</i>	<i>533</i>	<i>-78</i>	<i>-55</i>
>3	9	chirurgia generale	0,508	322	290	164	58		222	-100	-68
	26	medicina generale	0,661	312	260	213		6	207	-105	-53
		<i>totale diffusione > 3</i>	<i>1,169</i>	<i>634</i>	<i>550</i>	<i>377</i>	<i>58</i>	<i>6</i>	<i>429</i>	<i>-205</i>	<i>-121</i>
>3	49	terapia intensiva	0,066	40	38	21	3		24	-16	-14
>3	50	unità coronarica	0,042	20	20	14	4		18	-2	-2
1	73	terapia intensiva neonatale	0,016	5	5	5			5	0	0
		<i>totale ti -utic - tin</i>	<i>0,124</i>	<i>65</i>	<i>63</i>	<i>40</i>	<i>7</i>		<i>47</i>	<i>-18</i>	<i>-16</i>
		<i>totale discipline</i>	<i>3,476</i>	<i>1.528</i>	<i>1.398</i>	<i>1.118</i>	<i>770</i>	<i>89</i>	<i>1.199</i>	<i>-329</i>	<i>-199</i>
	2	day hospital		6	7				0	-6	-7
	51	astanteria	0,024	23	24	8		8	0	-23	-24
		<i>totale acuzie</i>	<i>3,500</i>	<i>1.557</i>	<i>1.429</i>	<i>1.126</i>	<i>170</i>	<i>97</i>	<i>1.199</i>	<i>-358</i>	<i>-230</i>
rara	28	non presente (unità spinale)	0,014			5		5	0		
>3	56	recupero e riabilitazione	0,618	205	181	199	15		214	9	33
>3	60	lungodegenza	0,319	25	39	103		50	53	28	14
1	75	neuroriabilitazione	0,049	56	56	16	39		55	-1	-1
		<i>totale postacuzie</i>	<i>1,000</i>	<i>286</i>	<i>276</i>	<i>323</i>	<i>54</i>	<i>55</i>	<i>322</i>	<i>36</i>	<i>46</i>
		<i>totale generale</i>		<i>1.843</i>	<i>1.705</i>	<i>1.449</i>	<i>224</i>	<i>152</i>	<i>1.521</i>	<i>-322</i>	<i>-184</i>

3.3.8 Riorganizzazione della rete ospedaliera e distribuzione dei posti letto tra le strutture di ricovero

Il riassetto strutturale, la qualificazione tecnologica, l'attività sviluppata nel corso dell'ultimo decennio e il contributo dato dalle singole strutture ospedaliere pubbliche e private al sistema dell'emergenza sanitaria, insieme al lungo percorso di rinnovamento normativo del S.S.N. (D.P.R. 27 marzo 92: Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria in Emergenza: fondazione del Sistema d'emergenza-Urgenza; D.P.R. 17 maggio 1996: Atto d'intesa Stato-Regioni per l'Emergenza; D.P.R. 10 dicembre 1997: Istituzione del ruolo di "Medico Chirurgo d'Accettazione e d'Urgenza"; D.P.R. 1356/2004 e sue successive integrazioni),

hanno definito il livello organizzativo delle strutture sanitarie per livelli di assistenza in Emergenza, in:

1. Strutture sedi di Pronto Soccorso;
2. Strutture sedi di D.E.A. di I livello;
3. Strutture sedi di D.E.A. di II livello.

Livello organizzativo:

Le Strutture sedi di ***Pronto Soccorso ospedaliero***, sono dotate di specialità di base oltre che di Anestesia e Servizi di Radiologia e Laboratorio disponibili h24, possono provvedere sia alla stabilizzazione del paziente che alla esecuzione di procedure diagnostiche ed interventi terapeutici in rapporto alle dotazioni tecnologiche disponibili, con successivo ricovero in loco o trasferimento nel D.E.A. di riferimento, in base alla complessità del paziente. Il Pronto Soccorso può essere dotato di letti di Osservazione Temporanea.

Le Strutture sedi di ***D.E.A. di 1° livello*** svolgono interventi diagnostico-terapeutici finalizzati alla stabilizzazione e cura del paziente, con ricovero in loco o trasferimento urgente in D.E.A. di II° livello se necessario. Devono essere provvisti di Triage per la codificazione degli accessi in considerazione degli indici di gravità e posti letto di Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.). In caso di D.E.A. con alto afflusso (>35.000 accessi/anno) devono essere previsti anche posti letto di degenza breve in Medicina di Urgenza.

Specialità presenti nei D.E.A. di 1° livello: Medicina Interna, Chirurgia Generale, Anestesia e Rianimazione, Ortopedia, Ginecologia -Ostetricia, Pediatria, Cardiologia con UTIC, Neurologia-Neurofisiopatologia con Stroke Unit, Dialisi per acuti, Endoscopia in urgenza, Psichiatria, Oculistica, Otorinolaringoiatria, Urologia.

Servizi disponibili h 24 nei D.E.A. di 1° livello: Radiologia con TAC ed Ecografia, Laboratorio, Servizio Immunotrasfusionale.

Le Strutture sedi di ***D.E.A. di 2° livello*** devono essere dotate di Triage, Osservazione Temporanea, Area di Terapia Subintensiva (1-2 posti letto/10.000 accessi annui) e Degenza Breve in Medicina d'Urgenza, dovendo garantire una risposta a tutti i bisogni sanitari in emergenza della popolazione della Macroarea di riferimento. Il DEA di II° livello deve svolgere anche funzioni di Trauma Center.

Specialità presenti nei D.E.A. di 2° livello: (oltre alle specialità previste per il DEA di 1° livello) Neurochirurgia e/o Cardiocirurgia, Rianimazione post-cardio e neurochirurgia, Chirurgia vascolare, Chirurgia Toracica, Broncoscopia Interventistica, Chirurgia Maxillo-Facciale e/o Odontoiatria, Emodinamica Interventistica, Terapia intensiva neonatale, Endoscopia Digestiva di 3°

livello, Radiologia Interventistica, Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) **Servizi disponibili h 24 nei D.E.A. di 2° livello:** Radiologia con TAC ed Ecografia, RMN, Laboratorio, Servizio Immunotrasfusionale, Medicina Nucleare.

Per la distribuzione dei posti letto ai singoli ospedali è opportuno fare riferimento alle indicazioni del programma operativo che, al § 11.2, prevede il riordino funzionale **degli stabilimenti ospedalieri** oggi operanti nella Regione basato essenzialmente su quattro tipologie di presidi:

- due relative agli ospedali a gestione diretta della ASReM:

- *1 ospedale ad elevata intensità clinico-assistenziale (Ospedale Cardarelli), sede di D.E.A. di 2° livello e delle specialità a rara diffusione, da collegare in rete con gli altri ospedali (ad esempio garantendo il sistema di trasporto delle neonatologie periferiche alla TIN);*

- *5 ospedali della rete locale, di cui 2, sede di D.E.A. di I° livello, strutturati su due stabilimenti con unica direzione e con servizi di supporto unificati;*

- 2 presidi privati che, per la qualificazione istituzionale e funzionale (Irccs Neuromed e Centro di Alta Specializzazione dell'UCSC), sono considerati costitutivi della rete regionale e come tali da integrare nella rete stessa, garantendo lo sviluppo delle attività di alta specializzazione per le quali sono nati ed evitando fenomeni di concorrenzialità con gli ospedali pubblici nelle altre attività. Sempre ai sensi dell'*art. 13 della legge regionale n. 9 del 2005*, l'attività di tali centri sarà integrata con quella della costituenda Azienda Ospedaliera Universitari;

- 3 presidi privati, che potranno sviluppare la propria attività ad integrazione di quella garantita dalla rete regionale, per le attività che non è possibile o conveniente sviluppare internamente.

Tenendo conto di quanto indicato dal Piano di rientro i posti letto vengono presentati a livello di presidio, rinviando l'articolazione dei posti tra gli stabilimenti a provvedimenti attuativi della programmazione regionale.

L'articolazione dei posti letto deve tenere conto di quanto indicato dal § 11.2 del piano di rientro, che dedica particolare attenzione alle diverse formule organizzative dell'attività ospedaliera e, in tale ambito, alla ospedalizzazione diurna e, ancor più, alla ospedalizzazione ordinaria programmata su cinque giorni, dal lunedì al venerdì.

Tale soluzione persegue il fine di garantire presso più sedi attività programmate che non giustificano ovviamente l'attivazione di unità operative autonome ma che possono essere sviluppate da équipe professionali operanti su un'area più vasta.

Viene successivamente analizzata per ogni Presidio:

- il fabbisogno di posti letto per le discipline attivabili nella Regione, in base allo standard nazionale, con la indicazione se si prevede di attivare la disciplina negli ospedali a gestione diretta della ASReM o, in caso alternativo, l'ospedale di riferimento per tale disciplina;

- la dotazione prevista al 31 dicembre 2007 (non viene in questa fase utilizzato il dato al 31 dicembre 2005, ormai superato);

- il fabbisogno che si propone per gli ospedali a gestione diretta della ASReM, tenuto conto delle sue peculiarità e della presenza di altri soggetti erogatori (centri di alta qualificazione e case di cura).

Presidio Ospedaliero " Caracciolo" di Agnone

La seguente tabella presenta:

- il fabbisogno di posti letto per le discipline attivabili nella Regione, in base allo standard nazionale;

- se la dimensione dell'attività non giustifica la presenza nel Presidio della specifica équipe professionale autonoma, l'ospedale di riferimento per tale disciplina;

- il fabbisogno di posti letto sia per le discipline che si prevede di attivare con specifica équipe professionale;

- la dotazione prevista dalla dGR al 31 dicembre 2007;

- il fabbisogno che si propone per il Presidio, tenuto conto delle peculiarità demografiche e territoriali e della mobilità attiva, che giustifica una maggiore dotazione di posti letto rispetto a quelli teorici.

Il fabbisogno di pi viene articolato in tre tipologie:

- posti letto ordinari a gestione 365 gg./anno;

- posti letto ordinari gestiti mediante la formula del week hospital;

- posti letto di day hospital e di day surgery.

Complessivamente, rispetto ad un fabbisogno standard di 44 pi, viene prevista una dotazione di 80 pi, per l'incidenza della popolazione anziana, peraltro inferiore a quella del piano di rientro (90 pl), che non trova giustificazione nelle prospettive evolutive dell'assistenza sanitaria regionale. [6]

La capacità ricettiva non utilizzata per l'attività ospedaliera potrà essere convertita in residenzialità sanitaria extraospedaliera.

La presenza di una équipe autonoma di chirurgia generale viene mantenuta, per tenere conto dell'attuale livello di attività, anche in mobilità attiva.

I posti letto relativi alle discipline mediche e chirurgiche vengono accorpati in logica dipartimentale ai reparti di medicina e chirurgia generale.

- Laboratorio di analisi: l'Ospedale sarà dotato delle attrezzature necessarie per gli esami ordinari e di urgenza;

- Radiologia: l'Ospedale sarà dotato di sistema di lettura a distanza degli esami radiologici, qualora effettuati in assenza di medico;

- Anestesia e Rianimazione: in occasione degli interventi chirurgici sarà garantita la disponibilità di uno o più tecnici di rianimazione.

[6] Relativamente alla soglia minima che giustifica la permanenza di un ospedale occorre osservare che la normativa nazionale in materia, ai sensi della sentenza della Corte Costituzionale sull'*art. 1, c. 285, della L. 266/2005*, non è più vincolante per le Regioni. Si ricorda che la norma su cui si è pronunciata la Corte Costituzionale era riferita alla finanziabilità dei programmi di investimento ex *art. 20 della L. 67/1988* e prevedeva un numero di posti letto non inferiore a 250 per i presidi comprensivi di degenze per acuti (come nel caso di Agnone) e di 120 per i presidi esclusivamente destinati a lungodegenza e riabilitazione. Occorre infine osservare che le regioni, prima della sentenza della Corte Costituzionale, hanno interpretato tale prescrizione come riferita non alle singole strutture ma agli ospedali "riuniti", ovvero costituiti da più strutture gestite in modo integrato (come nel caso di Isernia-Venafro e Termoli-Larino). Le caratteristiche funzionali delineate per l'Ospedale di Agnone comportano necessariamente l'integrazione funzionale di tale ospedale con quelli di Isernia e di Venafro.

Tab. 4 - I posti letto del Presidio Ospedaliero di Agnone

Diff.	cod.	disciplina	fabb.		fabb. Pl	Agnone/dgr 31 dicembre 2007			Agnone/propost a psr			
						plo	dh	tot	plo	wh	dh	tot
rara		specialità varie non presenti	0,9									
1	7	cardiochirurgia	0,4	UCSC								
	10	chir. maxillo-f. + 35 odonto	0,2	H Cardarelli								
	12	chirurgia plastica	0,3	UCSC								
	13	chirurgia toracica	0,2	Cardarelli								
	14	chirurgia vascolare	0,5	H Cardarelli								
	19	malattie endocrine	0,3	H Cardarelli								
	21	geriatria	1,2	H Cardarelli								
	24	malattie infettive	0,9	H								

[illegible]

		<i>totale acuzie</i>	48,5		31,4	58	18	76	50	2	13	65
<i>rar</i>	28	<i>non presente (unità spinale)</i>	0,2									
>3	56	recupero e riabilitazione	8,6	H S.Rosario	8,6						3	3
>3	60	lungodegenza	4,4		4,4	14		14	12			12
1	75	neuroriabilitazione	0,7	Neuromed								
		<i>totale postacuzie</i>	13,8		13,0	14	0	14	12		3	15
		<i>totale generale</i>	62,3		44,3	72	18	90	62	2	16	80

[*] nell'ambito dell'U.O. chirurgia generale

[**] nell'ambito dell'U.O. medicina generale

Presidio Ospedaliero di Isernia costituito dagli stabilimenti ospedalieri "F. Veneziale" di Isernia e "Ss. Rosario" di Venafro

La seguente tabella presenta:

- il fabbisogno di posti letto per le discipline attivabili nella Regione, in base allo standard nazionale;
- se la dimensione dell'attività non giustifica la presenza di una specifica équipe professionale autonoma, l'ospedale di riferimento per tale disciplina;
- il fabbisogno di posti letto per le discipline che si prevede di attivare con specifica équipe professionale;
- la dotazione prevista dalla dGR al 31 dicembre 2007;
- il fabbisogno che si propone complessivamente per i due Ospedali di Isernia e Venafro.

Il fabbisogno di pi viene articolato nelle seguenti tipologie:

- posti letto ordinari;
- posti letto di week hospital;
- posti letto di day hospital e di day surgery.

Complessivamente il fabbisogno teorico per l'acuzie di 215 pl viene ridotto a 211 pl agendo sulle seguenti discipline:

- neurologia, per la presenza nella zona dell'Irccs Neuromed;

- oculistica, per tenere conto della forte attrazione dell'Ospedale di Larino;
- ostetricia-ginecologia, per tenere conto del ruolo del Centro dell'UCSC nel campo della chirurgia oncologica;
- pediatria, per tenere conto della dotazione prevista presso l'Ospedale Cardarelli, sede di TIN.

Presentano invece una dotazione superiore al fabbisogno le seguenti discipline:

- ortopedia e traumatologia, tenendo conto della mobilità attiva e dell'attuale livello di attività;
- medicina generale, tenendo conto della carenza di alcuni reparti specialistici che inducono maggiori ricoveri in tale disciplina.

Relativamente alla post-acuzie (recupero e riabilitazione funzionale) la dotazione tiene conto della presenza nel territorio della casa di cura Igea.

La dotazione prevista è inferiore a quella prevista da piano di rientro (280 pl, di cui 225 ordinari e 55 diurni) per 18 pl.

Relativamente all'Ospedale di Venafrò:

- i posti letto relativi alle discipline mediche sono accorpati in logica dipartimentale al reparto di medicina generale;
- i posti letto delle discipline chirurgiche sono accorpati in un dipartimento chirurgico;
- durante l'attività chirurgica è garantita la disponibilità temporanea di uno o più tecnici di rianimazione.

La capacità ricettiva dell'Ospedale di Venafrò non utilizzata per l'attività ospedaliera potrà essere convertita in residenzialità sanitaria extraospedaliera.

È prevista un'unica équipe anche per i servizi di diagnostica (Radiologia e Laboratorio Analisi) e per il servizio di Anestesia.

Tab. 5 -I posti letto del Presidio Ospedaliero di Isemia/Venafrò

<i>diff.</i>	<i>cod.</i>	<i>disciplina</i>	<i>zona 2</i>	<i>H riferim.</i>	<i>Fabb. pl</i>	<i>dgr 31 dicembre 2007</i>			<i>proposta psr</i>			
						<i>plo</i>	<i>dh</i>	<i>tot</i>	<i>plo</i>	<i>wh</i>	<i>dh</i>	<i>tot</i>
<i>rar a</i>		<i>specialità varie non presenti</i>	5,2									
1	7	cardiochirurgia	2,4	UCSC								
	10	chir. maxillo-f. + 35 odontoi	1,3	H Cardarelli								

	12	chirurgia plastica	1,5	UCSC									
	13	chirurgia toracica	1,3	H Cardarelli									
	14	chirurgia vascolare	3,0	H Cardarelli									
	19	malattie endocrine	1,8	H Cardarelli									
	21	geriatria	6,4	H Cardarelli									
	24	malattie infettive	4,9	H Cardarelli									
	29	nefrologia + 54 emodialisi	3,4	H Cardarelli									
	30	neurochirurgia	3,5	Neuromed									
	52	dermatologia	2,2	H Cardarelli									
	58	gastroenterologia	2,4	H Cardarelli									
	66	oncoematologia + 16 ematol.	2,7	UCSC									
	68	pneumologia	6,4	H Cardarelli									
	70	radioterapia + 74 rad.oncol.	1,0	UCSC									
		<i>totale diffusione 1</i>	44,2										
3	8	cardiologia	10,2		10,2	8	1	9	8		2	10	
	32	neurologia -neurofisiopatologia	9,2		9,2	5	2	7	4		2	6	
	34	oculistica	6,6		6,6		4	4			4	4	
	36	ortopedia e traumatologia	25,4		25,4	24	2	26	22		4	26	
	37	ostetricia e ginecologia	22,4		22,4	17	2	19	12	4	2	18	
	38	otorinolaringoiatria	7,0		7	6	2	8	6		2	8	
	39	pediatria + 62 neonatologia	12,1		12,1	8	2	10	7		2	9	
	40	psichiatria	8,9		8,9	10	2	12	8		2	10	
	43	urologia	9,1		9,1				7		2	9	
	64	oncologia	6,3		6,3	6	4	10	2		4	6	
		<i>totale diffusione 3</i>	117,2		117,2	84	21	105	76	4	26	106	
>3	9	chirurgia generale	38,8		38,8	46	4	50	33		7	40	
	26	medicina generale	50,4		50,4	73	7	80	48		5	53	
		<i>totale diffusione > 3</i>	89,2		89,2	119	11	130	81		12	93	
>3	49	terapia intensiva	5,0		5,0	9		9	7			7	
>3	50	unità coronarica	3,2		3,2	5		5	5			5	
1	73	terapia intensiva neonatale	1,2	H Cardarelli									
		<i>totale ti -utic - tin</i>	9,5		8,2	14		14	12			12	

		<i>totale discipline</i>	265,2		214,6	217	32	249	168	4	38	211
	2	day hospital	0,0									
	51	astanteria	1,8									
		<i>totale acuzie</i>	267,1		214,6	217	32	249	168	4	38	211
<i>rara</i>	28	<i>non presente (unità spinale)</i>	1,1									
>3	56	recupero e riabilitazione	47,2	casa cura		28	2	30	28		3	31
>3	60	lungodegenza	24,3		24,3				20			20
1	75	neuroriabilitazione	3,7	Neuromed								
		<i>totale postacuzie</i>	76,3		24,3	28	2	30	48		3	51
		<i>totale generale</i>	343,4		238,9	245	34	279	217	4	41	262

Presidio Ospedaliero " Cardarelli" di Campobasso

La seguente tabella presenta:

- il fabbisogno di posti letto per le discipline attivabili nella Regione, in base allo standard nazionale. Per le discipline rare, previste in unica sede, il fabbisogno indicato è quello regionale;
- per le specialità rare, il centro di riferimento per tale disciplina;
- la capacità ricettiva assicurata dalle case di cura;
- il fabbisogno di posti letto per le discipline che si prevede di attivare con specifica équipe professionale;
- la dotazione prevista dalla D.G.R. al 31 dicembre 2007;
- il fabbisogno che si propone per l'Ospedali Cardarelli.

Il fabbisogno di pl viene articolato in due tipologie:

- posti letto ordinari;
- posti letto di day hospital e di day surgery.

Complessivamente il fabbisogno teorico di 436 pl viene ridotto a 370 pl, prevedendo minori dotazioni nelle specialità previste su unica sede, atteso che la mobilità dalle altre zone non è totale, atteso che la casistica minore viene trattata in discipline affini. Inoltre sono previsti 17 pl in meno per la pneumologia, specialità oggi assente.

Si prevede un sostanziale equilibrio della dotazione del secondo blocco di discipline, con minori dotazioni per neurologia (specialità oggi assente), oculistica (per la mobilità verso l'Ospedale di Larino), ortopedia-traumatologia (mantenendo peraltro la dotazione attuale), ostetricia-ginecologia

		rad.oncol.										
		<i>totale diffusione 1</i>	208,3			149,1	74	18	92	59	36	95
3	8	cardiologia	17,4				8	2	10	6	2	8
	32	neurologia	15,6			15,6				6	2	8
	34	oculistica	11,3			11,3	4	2	6	2	4	6
	36	ortopedia e traumatologia	43,3			43,3	33	3	36	30	5	35
	37	ostetricia e ginecologia	38,1			38,1	28	4	32	23	4	27
	38	otorinolaringoiatria	12,0			12,0	6	2	8	6	4	10
	39	pediatria + neonatologia	20,6	62		20,6	20	4	24	12	6	18
	40	psichiatria	15,2			15,2	12	3	15	10	2	12
	43	urologia	15,5			15,5	23	5	28	14	2	16
	64	oncologia	10,8	UCSC			13	7	20	6	8	14
		<i>totale diffusione 3</i>	199,8			171,6	147	32	179	115	39	154
>3	9	chirurgia generale	66,1	case cura	27	39,1	57	3	60	39	6	45
	26	medicina generale	86,0	case cura	26	60,0	40	2	42	30	8	38
		<i>totale diffusione > 3</i>	152,1			99,1	97	5	102	69	76	85
>3	49	terapia intensiva	8,6			8,6	6		6	6		6
>3	50	unità coronarica	5,5			5,5	6		6	6		6
1	73	terapia intensiva neonatale	2,1			2,1	5		5	5		5
		<i>totale ti -utic - tin</i>	16,1			16,2	17	0	17	17		17
		<i>totale discipline</i>	598			436,0	335	55	390	260	89	349
		2day hospital	0,0									
	51	astanteria	3,1				8		8			
		<i>totale acuzie</i>	455,2			436,0	343	55	398	260	89	349
rara	28	non presente (unità spinale)	1,8									
>3	56	recupero e riabilitazione	80,4*				7	6	13	12	9	21
>3	60	lungodegenza	41,5									
1	75	neuroriabilitazione	6,4	neuromed								
		<i>totale postacuzie</i>	130,1			0,0	7	6	13	12	9	21
		<i>totale generale</i>	585,3			436,0	350	61	411	272	98	370

Presidio Ospedaliero di Termoli costituito dagli stabilimenti ospedalieri "S. Timoteo" di Termoli e "G.Vietri" di Larino

La seguente tabella presenta:

- il fabbisogno di posti letto per le discipline attivabili nella Regione, in base allo standard nazionale;

- se la dimensione dell'attività non giustifica la presenza di una specifica équipe professionale autonoma, l'ospedale di riferimento per tale disciplina;

il fabbisogno di posti letto per le discipline che si prevede di attivare con specifica équipe professionale;

- la dotazione prevista dalla DGR al 31 dicembre 2007;

il fabbisogno che si propone complessivamente per i due Ospedali di Termoli e di Larino.

Complessivamente il fabbisogno teorico di 382 pl viene ridotto a 352 pl agendo sulle seguenti discipline:

- neurologia, disciplina oggi assente (- 6 pl);

- minori dotazioni (da 1 a 4 pl) per chirurgia generale, medicina generale, pediatria, oncologia e orl;

- recupero e riabilitazione funzionale e lungodegenza, con possibile ricorso a mobilità in ambito regionale (- 19 pl). L'incremento della dotazione di posti letto dovrà essere valutata nel corso della validità del piano, ove si verifichi la possibilità di ridurre i posti letto previsti per l'acuzie.

Presentano invece una dotazione superiore al fabbisogno le seguenti discipline:

- oculistica (+ 7 pl), tenendo conto della mobilità attiva;

- ortopedia e traumatologia (+ 2 pl) e ostetricia-ginecologia (+ 3 pl), tenendo conto della mobilità attiva.

La dotazione prevista è superiore a quella prevista dal piano di rientro (328 pl, di cui 265 ordinari e 63 diurni) per 24 pl.

I posti letto relativi alle discipline mediche sono accorpati in logica dipartimentale al reparto di medicina generale. I posti letto delle discipline chirurgiche sono accorpati in un dipartimento chirurgico.

Presso l'Ospedale di Larino durante l'attività chirurgica è garantita la disponibilità di uno o più tecnici di rianimazione.

È prevista un'unica équipe per i servizi di diagnostica (Radiologia e Laboratorio Analisi) e per il servizio di Anestesia.

Tab. 7 - I posti letto del Presidio Ospedaliero di Termoli/Larino

<i>diff.</i>	<i>cod.</i>	<i>disciplina</i>	<i>fabb.</i>	<i>H riferim.</i>	Fabb. pl	<i>dgr 31 dicembre 2007</i>	<i>proposta psr</i>

						<i>plo</i>	<i>dh</i>	<i>tot</i>	<i>plo</i>	<i>wh</i>	<i>dh</i>	<i>tot</i>
<i>rara</i>		<i>specialità vane non presenti</i>	6,9									
1	7	cardiochirurgia	3,2	UCSC								
	10	chir. maxillo-f. + 35 odonto	1,7	H Cardarelli								
	12	chirurgia plastica	2,0	UCSC								
	13	chirurgia toracica	1,7	H Cardarelli								
	14	chirurgia vascolare	4,0	H Cardarelli								
	19	malattie endocrine	2,3	H Cardarelli			5	5			3	3
	21	geriatria	8,5	H Cardarelli								
	24	malattie infettive	6,5	H Cardarelli								
	29	nefrologia + 54 emodialisi	4,6	H Cardarelli			1	1				
	30	neurochirurgia	4,7	Neuromed								
	52	dermatologia	3,0	H Cardarelli								
	58	gastroenterologia	3,3	H Cardarelli								
	66	oncoematologia + 16 ematol.	3,6	UCSC			3	3				
	68	pneumologia	8,5	H Cardarelli								
	70	radioterapia + 74 rad.oncol.	1,3	UCSC								
		<i>totale diffusione 1</i>	58,9				9	9			3	3
3	8	cardiologia	13,6		13,6	18	2	20	10		4	14
	32	neurologia	12,2		12,2				4		2	6
	34	oculistica	8,9		8,9	14	10	24	8		8	16
	36	ortopedia e traumatologia	33,9		33,9	29	3	32	32		5	37
	37	ostetricia e ginecologia	29,8		29,8	33	5	38	25		6	31
	38	otorinolaringoiatria	9,4		9,4	11	1	12	6		2	8
	39	pediatria + 62 neonatologia	16,1		16,1	22	2	24	8		7	15
	40	psichiatria	11,9		11,9	11	1	12	9		2	11
	43	urologia	12,1		12,1	13	2	15	10		2	12
	64	Oncologia	8,4		8,4	3		3			6	6
		<i>totale diffusione 3</i>	156,3		156,3	154	26	180	112		47	159
>3	9	chirurgia generale	51,7		51,7	59	5	64	42		8	50
	26	medicina generale	67,2		67,2	57	7	64	52		9	61
		<i>totale diffusione > 3</i>	118,9		118,9	116	12	128	94		17	111
>3	49	terapia intensiva	6,7		6,7	6		6	6			6
>3	50	unità coronarica	4,3		4,3	9		9	4			4

1	73	terapia intensiva neonatale	1,6	H Cardarelli									
		totale ti -utic - fin	12,6		11,0	15		15	10				10
		totale discipline	354		286	285	47	332	216		64		280
	2	day hospital	0,0										
	51	astanteria	2,4			12		12					
		totale acuzie	356,1		286,2	297	47	344	216		64		280
rara	28	non presente (unità spinale)	1,4										
>3	56	recupero e riabilitazione	62,9		62,9	25		25	44		6		50
>3	60	lungodegenza	32,5		32,5	25		25	22				22
1	75	neuroriabilitazione	5,0	Neuromed									
		totale postacuzie	101,7		95,3	50	0	50	66		6		72
		totale generale	457,8		381,5	347	47	394	282		70		352

Irccs Neuromed e Centro UCSC

L'attività dei due Centri dovrà tenere conto dei criteri nazionali relativi alla verifica dell'appropriatezza delle prestazioni erogate.

Per quanto riguarda l'Irccs Neuromed e il Centro dell'UCSC il criterio adottato è stato di non apportare varianti alla quantificazione complessiva prevista dal piano di rientro, articolando i posti complessivi in base all'attività dei due centri.

Per quanto riguarda la suddivisione tra degenza ordinaria e diurna si è ipotizzato uno sviluppo dell'attività orientato verso una casistica di maggiore complessità, che richiede prevalentemente ricoveri ordinari, con una distribuzione tra posti letto ordinari e diurni diversa rispetto a quella del piano di rientro.

Tab. 8 - I posti letto dei centri di alta qualificazione

cod .	disciplina	Neurom/ attuali			Neuromed/ proposta psr			UCSC/attuali			UCSC/ proposta psr		
		plo	dh	tot	plo	dh	tot	plo	dh	tot	plo	dh	tot
7	cardiochirurgia							20		20	20		20
8	cardiologia							20		20	12	2	14
9	chirurgia generale							56	4	60	44	4	48
12	chirurgia plastica							2		2	2		2
13	chirurgia toracica							10	2	12	5	1	6
14	Chirurgia vascolare				2		2						

30	neurochirurgia	37		37	36		36						
32	neurologia	54		54	48		48						
64	oncologia							18	3	21	10	5	15
66	oncoematologia + 16 ematol.							18	2	20	16	4	20
70	radioterapia + 74 rad.oncol.								5	5		5	5
	<i>totale</i>	91		91	86		86	144	16	160	109	21	130
49	terapia intensiva	7		7	7		7						
50	unità coronarica										4		4
	<i>totale ti -utic</i>	7		7	7		7				4		4
2	day hospital		6	6		7	7						
	<i>totale acuzie</i>	98	6	104	93	7	100	144	16	160	113	21	134
56	recupero e riabilitazione							20		20	14	2	16
75	neuroriabilitazione	56		56	55		55						
	<i>totale postacuzie</i>	56		56	55		55	20		20	14	2	16
	<i>totale generale</i>	154	6	160	148	7	155	164	16	180	127	23	150

Le case di cura

Anche per quanto riguarda le case di cura il criterio adottato è stato di non apportare varianti alla quantificazione complessiva prevista dal piano di rientro ed alla articolazione tra degenza ordinaria e diurna, articolando i posti complessivi in base all'attività prevalente dei tre centri.

In particolare:

casa di cura Igea: si propone di mantenere l'attuale orientamento riabilitativo, escludendo peraltro l'attività intensiva e, conseguentemente, i posti letto di rianimazione.;

casa di cura Villa Ester: si propone di ridurre la capacità produttiva destinata all'acuzie e di incrementare quella per la post-acuzie, per sopperire al fabbisogno della zona 3; n. 10 pi di Riabilitazione possono essere utilizzati per la Lungodegenza; nell'ambito della chirurgia generale sono attive le chirurgie specialistiche accreditate;

- casa di cura Villa Maria: si propone di prevedere, accanto alle attività già previste, da ridimensionare, 15 pi di riabilitazione (carenti nella zona 3).

La restante capacità produttiva delle case di cura potrà essere utilizzata per i ricoveri extraospedalieri, a carattere esclusivamente sanitario (Hospice) e/o socio-sanitario (Rsa).

Tab. 9 - I posti letto delle case di cura

Tab. 9 – I posti letto delle case di cura

cod.	disciplina	IGEA/dgr 31.12.2007			IGEA/ proposta psr			Villa Ester/dgr 31.12.07			Villa Ester/ proposta psr			Villa Maria/ dgr 31.12.07			Villa Maria/ proposta psr		
		plo	dh	tot	plo	dh	tot	plo	dh	tot	plo	dh	tot	plo	dh	tot	plo	dh	tot
9	chirurgia generale							17	2	19	17	4	21	9	3	12	12	4	16
26	medicina generale							22	2	24	12	1	13	27	3	30	14	2	16
37	ostetricia e ginecologia													3	3				
	totale							39	4	43	29	5	34	36	9	45	26	5	31
49	terapia intensiva	10		10															
	totale acuzie	10	0	10				39	4	43	29	5	34	36	9	45	26	5	31
56	recupero e riabilitazione	66		66	35	5	40	27		27	28	4	32				12	2	14
	totale postacuzie	66	0	66	35	5	40	27	0	27	28	4	32	0	0	0	13	2	15
	totale generale	76	0	76	35	5	40	66	4	70	57	9	66	36	9	45	39	7	46

3.3.9 L'applicazione degli indirizzi programmatici per la rete ospedaliera

La rete ospedaliera delineata definisce in modo puntuale l'articolazione della capacità produttiva complessiva tra le discipline e, all'interno delle discipline, tra le varie modalità di organizzazione dell'assistenza ospedaliera (degenza diurna, week hospital, day hospital, day surgery).

Ciò al fine di esplicitare il percorso metodologico seguito per definire la rete programmata delle attività ospedaliere.

Occorre peraltro considerare che l'applicazione delle indicazioni contenute nella programmazione sanitaria regionale deve tenere conto di vari fattori:

- la configurazione strutturale degli ospedali, che può richiedere parziali adeguamenti nella articolazione dei posti letto;

- l'evoluzione della domanda di prestazioni e dei sistemi di cura, che può richiedere modifiche nella articolazione dei posti letto tra quelli ordinari e quelli diurni.

Pertanto *le indicazioni relative alla rete ospedaliera devono essere applicate con le seguenti modalità:*

- *dotazione complessiva di posti letto: la dotazione di posti letto, complessiva e nella articolazione in acuzie e postacuzie, è vincolante come dotazione massima ma può essere ridotta;*

- *articolazione dei posti letto tra le discipline: l'articolazione dei posti letto tra le discipline può essere modificata con deliberazione della Giunta Regionale;*

- *articolazione dei posti letto tra le varie modalità organizzative: l'articolazione dei posti letto tra posti letto ordinari e diurni può essere modificata con deliberazione della Giunta Regionale, tenendo conto degli indirizzi nazionali in materia, delle specificità delle singole discipline e della complessità della casistica trattata.*

- *articolazione all' interno delle Unità Operative Complesse (UOC) di Unità Operative Semplici da individuare successivamente, dopo verifica delle esigenze specifiche.*

Al fine di garantire l'utilizzo appropriato delle varie tipologie di assistenza ospedaliera la Giunta Regionale, nel periodico aggiornamento del sistema tariffario, introduce sistemi disincentivanti il ricorso a soluzioni organizzative ad elevato rischio di inappropriatezza.

3.4 I Dipartimenti: *attivare accordi e procedure che consentano l'attività di team o professionisti impegnati nei centri di alta e altissima complessità assistenziale presso altre strutture del SSN a minor complessità assistenziale.*

Con l'introduzione del concetto di Azienda all'interno del SSN, reso necessario dalla sempre maggiore complessità delle procedure e della gestione delle risorse umane nonché dalla necessità di coniugare le aspettative della popolazione in termini di richiesta di assistenza sanitaria con le disponibilità economiche, è stata data piena applicazione all'organizzazione dipartimentale delle strutture sanitarie. Questa organizzazione è stata giudicata infatti la più idonea a conseguire gli obiettivi predetti.

La Rete Dipartimentale Regionale si baserà su un modello di organizzazione Hub e Spoke in cui i dipartimenti svolgono tendenzialmente entrambe le funzioni attraverso strutture di primo livello e centri specializzati e garantiscono la prossimità delle cure, e, ove necessario, assicurano funzioni diagnostiche e terapeutiche di alto livello.

In particolare le strutture Spoke eseguono una serie di prestazioni diagnostiche e terapeutiche assicurando la totalità e l'integrazione del percorso diagnostico-terapeutico nei casi per i quali è possibile fornire le prestazioni richieste e inviando i pazienti al Centro Hub nei casi in cui siano necessari interventi richiedenti la concentrazione di professionalità e tecnologie adeguate. Il centro Hub cura i casi in cui l'inquadramento diagnostico e il piano assistenziale siano complessi e/o richiedano maggiore esperienza ed effettua le prestazioni di alta specializzazione.

I Dipartimenti, definiti in base al bacino di utenza, si dividono in due livelli di complessità: I e II livello a seconda delle potenzialità assistenziali che esprimono.

I Dipartimenti di 2° livello, costituiti all'interno di singole aziende sanitarie o attraverso le risorse messe a disposizione da più aziende, possiedono al loro interno tutte le professionalità, le strutture e le apparecchiature necessarie ad affrontare le necessità dei pazienti oncologici nelle varie fasi della malattia.

Alcune funzioni specialistiche potranno essere individuate in centri sovra dipartimentali o anche in un unico centro regionale (centri ad elevata specializzazione che potranno assumere funzioni di Hub anche solo per una specifica attività diagnostica o terapeutica).

I Dipartimenti di 1° livello, invece, si avvarranno dei Dipartimenti di secondo livello per gli interventi diagnostico-terapeutici che non riescono a garantire direttamente.

La Rete Dipartimentale Regionale dovrà avvalersi di un Sistema Informativo in grado di mettere in rete i dati relativi ai percorsi clinici-assistenziali dei singoli pazienti.

Dovrà essere creata una rete delle strutture dipartimentali che dovrà avere due funzioni principali: quella di stimare l'incidenza delle patologie di competenza, e quella di collegare le singole strutture

dipartimentali regionali agevolando i recuperi di informazione sulla natura delle patologie o su precedenti diagnosi.

Obiettivo centrale sarà lo sviluppo del sistema informativo ospedaliero e territoriale e la sperimentazione della cartella oncologica informatizzata.

Per quanto riguarda poi il potenziamento della rete di ricerca clinica obiettivo della Rete Dipartimentale Regionale sarà l'ottimizzazione delle risorse presenti, per offrire un'attraente prospettiva all'industria farmaceutica per la sua attività di ricerca preclinica e clinica.

Sul versante della formazione sono invece totalmente assenti percorsi destinati a formare specifiche figure sanitarie in grado di farsi carico del paziente e garantendo tempestività e appropriatezza unitamente ad un'assistenza di qualità e una particolare attenzione all'ottimizzazione delle risorse e degli interventi.

Verrà riordinata la rete formativa in maniera coerente con la Rete Dipartimentale, cercando di far coincidere territorialmente la rete formativa con i Dipartimenti di II livello di riferimento. Ci si propone quindi la creazione di uno specifico intervento formativo (un vero e proprio master), da realizzare attraverso sinergie tra i soggetti istituzionali che operano nella rete dipartimentale regionale, teso a creare un operatore (*case manager*) che partendo dalla valutazione dei bisogni del paziente dovrà: coordinare e avviare le attività, organizzare piani operativi, avviare e migliorare i percorsi assistenziali, svolgere funzioni di collegamento e di monitoraggio, farsi carico di mettere in contatto il paziente con il servizio infermieristico domiciliare, programmare e gestire l'ingresso e le dimissioni.

Sotto questo punto di vista, la Regione presenta una rete ospedaliera che dovrebbe garantire la sostanziale autosufficienza, infatti, pur presentando una popolazione che non giustifica diverse specialità a rara diffusione, ovvero che richiedono bacini di utenza di dimensione ben superiori, come si è già visto nel § 3.3.5, è dotata di una rete di specialità quasi completa, anche per la presenza di due centri di alta specializzazione (Irccs Neuromed ad orientamento neurologico e il Centro dell'UCSC ad orientamento Cardiologico e Oncologico-Ginecologico).

Quanto sopra premesso, giustifica l'istituzione di Dipartimenti aziendali ed inter-aziendali nella logica dell'Hub e Spoke

3.4.1 Dipartimento Oncologico

Da una prima sommaria analisi sui dati dei RENCAM e delle SDO relative agli anni dal 2000 al 2004 risulta che il tasso standardizzato di mortalità complessivo per patologie tumorali è risultato di 274,8 nei maschi e 182,1 nelle femmine, per il polmone di 62,2 nei maschi e 10,3 nelle femmine, per il colon retto 36,1 nei maschi e 25,8 nelle femmine, per la vescica 14 nei maschi e 2,9 nelle femmine, per il fegato 16,9 nei maschi e 9,7 nelle femmine, per la mammella 25,9 e per l'utero 8,8. Esistono differenze all'interno delle diverse ASL (ora zone) per i diversi tumori, il polmone nei maschi varia da 73 nella ASL 1 a 47 nella ASL 2, la maggiore mortalità nei maschi si riscontra nella ASL 4 con tasso 292,5 (SMR 107) mentre nelle femmine la maggiore mortalità è riportata nella ASL 3 con tasso 188,7 (SMR 104). Il numero di primi ricoveri complessivi nei 5 anni è stato di 4927 maschi e 4097 femmine ed è andato di poco incrementandosi nel corso degli anni. Il rapporto mortalità è di 0,48 nei maschi e 0,40 nelle femmine.

L'assistenza ospedaliera ai malati oncologici nella nostra regione è molto dispersa.

Al 31 dicembre 2007 i posti letto dedicati a vario titolo espressamente all'oncologia, all'ematologia, alla radioterapia o alla medicina nucleare nel Molise sono 106 di cui 13 in day hospital.

Il Dipartimento Oncologico Regionale si propone di realizzare il miglioramento

dell'organizzazione dell'offerta di servizi attraverso l'organizzazione in Dipartimenti Oncologici

Si parte dalla necessità di prendere in carico e indirizzare il paziente oncologico, individuando il percorso di assistenza. La struttura di accesso al Dipartimento Oncologico è preferibilmente collocata nel territorio ma è costituita da tutte le strutture (Presidi ospedalieri, Aziende Ospedaliere, Aziende Universitarie, IRCCS, Assistenza domiciliare, Hospice) della Regione coinvolte nel processo di cura, assistenza e riabilitazione, nonché dai servizi di prevenzione primaria e secondaria e con il collegamento con i MMG.

La struttura Hub del Dipartimento Oncologico Regionale viene individuata nella UCSC. L'istituzione del Case Manager, nuova figura professionale di coordinamento e indirizzo per il paziente, ha proprio la finalità di accompagnare e indirizzare il cittadino in tutte le fasi del percorso di cura.

Il Dipartimento Oncologico è dunque una struttura funzionale interaziendale e transmurale che integra tutte le attività ospedaliere e territoriali che assistono il paziente oncologico. Individua e garantisce l'implementazione dei percorsi diagnostico-terapeutici per ogni paziente in accordo con le linee guida regionali.

Nel Dipartimento la struttura diagnostica tradizionale anatomo-patologica, coinvolta anche negli screening regionali delle neoplasie della cervice uterina e della mammella, dovrà essere supportata da metodiche di biologia molecolare e genetica. La struttura terapeutica si avvale dei protocolli internazionali e di tutte le competenze nei settori più avanzati che derivano dalla ricerca e si proiettano nell'insegnamento.

Il Dipartimento si compone delle seguenti U.O.C.:

1. Anatomia patologica
2. Oncologia Medica
3. Oncologia Chirurgica
4. Medicina Molecolare
5. Oncoematologia
6. Radioterapia

3.4.2 Dipartimento delle Neuroscienze

Il Dipartimento si pone come obiettivo la prevenzione, la diagnosi, la cura, la riabilitazione, la ricerca e la didattica riguardante le malattie neurologiche e neurochirurgiche.

Analisi delle dimissioni ospedaliere nel quinquennio 2002-2006

	<i>Dimessi</i>	<i>Degenza</i>	<i>Importo</i>	<i>Freq.</i>
UNITA' SPINALE	46	2050	€ 803.951,69	
PASSIVA	46	2050	€ 803.951,69	100,00%
NEUROCHIRURGIA	11448	104248	€ 51.308.978,12	
ATTIVA	6551	55548	€ 30.788.423,83	57,20%
PASSIVA	972	10324	€ 5.845.151,64	8,50%
REGIONALE	3925	38376	€ 14.675.402,65	34,30%
NEUROCHIRURGIA	61	773	€ 333.562,62	
PEDIATRICA				
PASSIVA	61	773	€ 333.562,62	100,00%
NEUROLOGIA	11714	115075	€ 34.186.716,79	
ATTIVA	7323	62148	€ 22.611.194,65	62,50%
PASSIVA	1821	31100	€ 4.027.675,94	15,50%
REGIONALE	2570	21827	€ 7.547.846,20	21,90%
NEUROPSICHIATRIA	1025	20036	€ 1.308.758,75	
INFANTILE				
PASSIVA	1025	20036	€ 1.308.758,75	100,00%
NEURORIABILITAZIONE	1375	71478	€ 19.558.608,87	
ATTIVA	903	45016	€ 11.792.296,57	65,70%
PASSIVA	145	8846	€ 3.156.968,93	10,50%
REGIONALE	327	17616	€ 4.609.343,37	23,80%
Totale	25669	313660	€ 107.500.576,84	
Passiva	4070	73129	€ 15.476.069,57	
Attiva	14777	162712	€ 65.191.915,05	
Regionale	6822	77819	€ 26.832.592,22	

Nel quinquennio 2002 - 2006, il numero dei ricoveri riconducibili a malattie Neurologiche si è attestato su circa 25669 ricoveri, con una saturazione costantemente superiore al 95% per le UOC regionali.

Il Dipartimento si compone delle seguenti strutture (reparti):

1. Neurologia

2. Neurofisiopatologia

3. Neurochirurgia

4. Neuropsichiatria infantile

5. Neuroriabilitazione

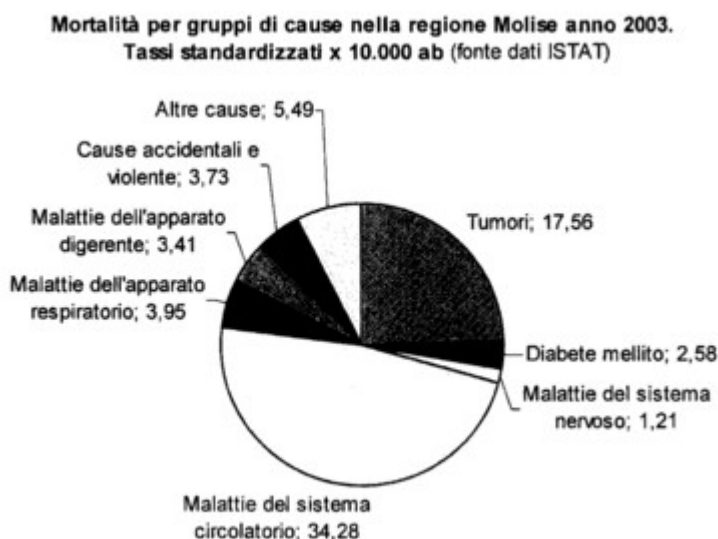
L'Hub per la Neurochirurgia viene individuato nell' Istituto Neuromed di Pozzilli.

3.4.3 Dipartimento Cardiologico

La mortalità per patologia cardiovascolare nella nostra ASL, come a livello nazionale, è la prima causa di morte attestandosi sul 50% delle mortalità generale, e ciò, nonostante un lieve decremento (numerosità di casi osservati) della mortalità per malattie ischemiche del cuore.

Mortalità per gruppi di cause nella regione Molise anno 2003.

Tassi standardizzati x 10.000 ab (fonte dati ISTAT)



Mortalità per gruppo di causa nella ASL3 periodo 2001-2004

	<i>Maschi</i>			<i>Femmine</i>			
	<i>N.</i>	<i>%Rel</i>	<i>%Gen.</i>	<i>N.</i>	<i>%Rel</i>	<i>%Gen.</i>	<i>Totale</i>

<i>Malattie del sistema circolatorio</i>	1220	45,42%	23,80%	1341	54,98%	26,17%	49,97%
<i>Malattie dell'apparato respiratorio</i>	184	6,85%	3,59%	96	3,94%	1,87%	5,46%
<i>Tumori</i>	781	29,08%	15,24%	526	21,57%	10,26%	25,50%
<i>Traumatismi e avvelenamenti</i>	122	4,54%	2,38%	49	2,01%	0,96%	3,34%
<i>Malattie dell'apparato digerente</i>	149	5,55%	2,91%	129	5,29%	2,52%	5,42%
<i>Altre cause</i>	230	0,0858	0,0449	298	0,1223	0,0582	0,103

Il trend tendenzialmente ascendente della mortalità per malattie cardiovascolari trova una sua logica spiegazione nell'aumento dell'incidenza e della mortalità dovuta allo scompenso cardiaco, ed altre forme di cardiopatia ischemica sia acute che subacute, quale diretta conseguenza di:

1. Progressivo invecchiamento della popolazione;
2. Aumento della sopravvivenza di pazienti con malattie cardiovascolari che culminano nello scompenso cardiaco.

Analisi delle dimissioni ospedaliere nel quinquennio 2002-2006

	<i>Dimessi</i>	<i>Degenza</i>	<i>Importo</i>	<i>Freq.</i>
CARDIOCHIRURGIA	92	822	€ 649.734,15	
PEDIATRICA				
PASSIVA	92	822	€ 649.734,15	100,00%
CARDIOCHIRURGIA	2529	37301	€ 31.174.657,64	
ATTIVA	415	7293	€ 4.893.269,57	16,40%
PASSIVA	1411	17398	€ 18.082.772,52	55,80%
REGIONALE	703	12610	€ 8.198.615,55	27,80%
CARDIOLOGIA	19702	112508	€ 69.090.639,20	
ATTIVA	2852	14625	€ 10.842.652,92	14,50%
PASSIVA	3693	19246	€ 13.720.715,98	18,70%
REGIONALE	13157	78637	€ 44.527.270,30	66,80%
Totale	22323	150631	€	
			100.915.030,99	
Passiva	5196	37466	€ 32.453.222,65	
Attiva	3267	21918	€ 15.735.922,49	
Regionale	13860	91247	€ 52.725.885,85	

Nel quinquennio 2002 - 2006, il numero dei ricoveri riconducibili a U.O.C. di Cardiologia e/o Cardiochirurgia si è attestato su circa 22.323 ricoveri, con una saturazione costantemente superiore al 175% per le UOC regionali e un indice di turnover superiore a -3, che non si è ridotto nemmeno nel corso del 2006, nonostante in detto periodo era attiva l'U.O.C. di Cardiologia e Cardiochirurgia della Università Cattolica del Sacro Cuore, che pure ha effettuato 1118 ricoveri di cui 703 riferibili ai cittadini molisani.

Nello stesso periodo, la mobilità passiva, si è attestata su circa 5.196 ricoveri, di cui circa un terzo riferibili a "Interventi sul sistema cardiovascolare per via per cutanea" e "Malattie cardiovascolari con cateterismo cardiaco" con una migrazione che ha interessato prevalentemente l'Abruzzo ed il Lazio.

Dai dati epidemiologici, appare evidente, e non più procrastinabile, la necessità di una riorganizzazione dell'offerta. Bisogna, in altre parole, formulare nuovi modelli organizzativi che consentano ad un tempo:

1. di recuperare il ruolo essenziale del Medico di Medicina Generale;
2. di rivalutare il ruolo del Distretto Sanitario;
3. di migliorare i rapporti Territorio-Ospedale;
4. di assicurare al paziente la continuità assistenziale con accesso facilitato alle strutture di livello superiore.

In altri termini bisogna ideare un modello organizzativo che abbia come obiettivi la **"centralità" del paziente e la continuità assistenziale e non più la "centralità" della prestazione**. È indispensabile dare al paziente la certezza che i medici che gestiscono la sua salute, pur prestando servizio in strutture differenti, operano in piena sintonia: **tutto ciò è realizzabile se si supera la sterile competizione e si riconosce il ruolo vincente della collaborazione**.

Fra le diverse proposte attuabili nella nostra Regione, quella che si basa sulla teoria Hub & Spoke (Mozzo \$ Raggio) appare la più praticabile, proprio perchè esprime un'idea dinamica (prima che strutturale) dell'assistenza collegata ai gradi di complessità.

Secondo questa teoria, già sperimentata con successo in altre realtà simili alla nostra, l'assistenza viene erogata in base a diversi gradi di complessità per cui, quando una determinata soglia di complessità viene superata, si trasferisce la sede dell'assistenza da unità produttive più semplici (spoke) a unità di riferimento più complesse (hub).

Gli interventi di maggiore complessità sono concentrati in centri di riferimento (Hub), mentre ai centri collegati (Spoke) compete la selezione, l'invio e la "ripresa in carico" dei pazienti una volta trattati.

Schematicamente, la rete, seguendo la logica Hub \$ Spoke, si traduce in:

1. **Livello assistenziale distrettuale** - Strutture ambulatoriali e sezioni cardiologiche in reparti medici;

2. **1° livello assistenziale ospedaliero** - Ospedale per acuti dotato di U.O.C, cardiologiche con UTIC e Laboratorio di Emodinamica diagnostica ed interventistica per le prestazioni di elezione;

3. **2° livello assistenziale ospedaliero** - Ospedale per acuti dotate di UO di Cardiologia con UTIC, Laboratorio di Emodinamica Diagnostica ed Interventistica h 24, UO di Cardiochirurgia in sede(h 24).

Livello assistenziale distrettuale

A questo livello dovranno far capo: sia le attività di prevenzione primaria:

1. emergenza-urgenza cardiologica assicurata dalla presenza di una sede di 118;
2. ambulatori specialistici e medicina del territorio;
3. diagnostica cardiologica non invasiva;
4. follow-up dei cardiopatici noti a basso rischio,

sia le funzioni di integrazione con l'ospedale:

5. *diagnostica cardiologica non invasiva (ecocardiografia, ergometria, Holter, elettrofisiologia);*

6. *gestione a lungo termine del cardiopatico ad alto rischio (prevenzione secondaria, valutazione clinico-strumentale periodica);*

7. *riabilitazione estensiva post-acuta;*

8. *gestione dell'ospedalizzazione a domicilio ADO;*

*queste ultime, praticabili in **Residenze Sanitarie Territoriali** annesse ai Distretti Sanitari sede di poliambulatorio specialistico*

Sempre a questo livello, e tenuto conto della orografia e viabilità dei singoli comuni, andranno attivati sistemi di telemedicina con il coinvolgimento diretto dei MMG, nei casi in cui la risposta del 118 e il successivo trasferimento alla UTIC di riferimento facciano prevedere un allungamento dei tempi di risposta.

1° Livello assistenziale ospedaliero (Hub del livello distrettuale e uno Spoke del 2° livello).

Dal punto di vista strutturale si avvale di UOC di Cardiologia con UTIC e Laboratorio di Emodinamica in grado di erogare assistenza in regime di degenza, di svolgere tutta la diagnostica cardiologica incruenta, di rappresentare il **punto di riferimento per l'emergenza-urgenza cardiologica**.

A questo livello vanno organizzate la gestione del cardiopatico ad alto rischio (Trombolisi o PTCA di elezione) e l'eventuale riabilitazione dell'immediata post-acuzie (continuità di cura).

Non va esclusa l'ipotesi che operatori delle strutture "Spoke" vadano ad eseguire coronarografie e angioplastiche nei Centri "Hub" sotto la responsabilità del responsabile della struttura Hub stessa.

2° Livello ospedaliero (Hub).

È identificabile nelle strutture dotate di UO di Cardiologia con UTIC e Laboratorio di Emodinamica diagnostica ed interventistica h 24, di UO di Cardiochirurgia in sede, di Centro abilitato al trapianto cardiaco (centri con valenza regionale).

Questi centri fanno fronte a tutte le esigenze diagnostico-terapeutiche non soddisfatte agli altri livelli: interventi cardiocirurgici d'urgenza e di elezione, trapianto di cuore, cardiologia e cardiocirurgia pediatrica.

Il Dipartimento si compone delle seguenti U.O.C. (reparti):

Cardiocirurgia

Emodinamica

Cardiologia con UTIC

3.4.4 - Dipartimento Ostetrico-Ginecologico

Il Dipartimento si pone come obiettivo lo svolgimento integrato a livello regionale della prevenzione, diagnosi, terapia, ricerca e didattica in ambito ostetrico-ginecologico.

Il Dipartimento si articola, in una logica organizzativa tipo "Hub & Spoke", in un Centro di riferimento regionale (Hub) a cui confluiscono tutte le altre realtà periferiche (Spoke).

In tale contesto la Regione si avvale, in particolare, della presenza del Centro dell'Università Cattolica di Campobasso che ha ricevuto quest'anno, nell'ambito del Progetto nazionale "Ospedale

Donna 2008", promosso dall' Osservatorio Nazionale sulla Salute della Donna, il massimo riconoscimento con tre bollini rosa per l'evidente attività ed organizzazione in campo ginecologico e dell'Ospedale "A. Cardarelli" di Campobasso quale riferimento regionale in campo ostetrico-neonatale.

Alla luce di tali considerazioni è possibile definire la seguente architettura regionale per la costruzione del Dipartimento Ostetrico-Ginecologico:

1) Hub interaziendale "Ospedale della Donna" (UCSC-Cardarelli) gestito secondo quanto previsto da apposita convenzione fra ASREM e UCSC; l'Hub interaziendale vedrà articolata la sua attività Ginecologica presso l'UCSC e l'attività Ostetrico-perinatale presso il P.O. Cardarelli di Campobasso;

2) Spoke rappresentati dalle U.O. di Ostetricia e Ginecologica dei due Presidi Ospedalieri di Isernia e Termoli e da sei Punti Nascita individuati negli attuali Stabilimenti ospedalieri.

L'evidente rilevanza di tale progetto risiede nella sua unicità dal momento che la realizzazione di un Dipartimento così strutturato farebbe del Molise la prima regione ad attivare un "Ospedale della donna" distribuito sul territorio con conseguente ritorno sia in termini di qualità di cura, di risparmio di risorse economiche nonché di "immagine", ponendo la paziente in un compiuto percorso clinico- assistenziale per una sua reale presa in carico.

3.4.5 - Dipartimento di Emergenza Urgenza

Il Piano sanitario regionale 1997-99 ha delineato il sistema di Emergenza-Urgenza del Molise organizzato su due livelli: la rete territoriale e la risposta ospedaliera.

- **La rete territoriale** è costituita da:

a) un sistema di allarme sanitario, che fa capo alla Centrale operativa unica per tutta la Regione, per il 118, situata nell'ospedale "A. Cardarelli" di Campobasso;

b) presidi territoriali per l'emergenza sanitaria, con 16 Unità Operative Territoriali (U.O.T.), distribuiti sul territorio molisano, con personale e mezzi dedicati. Nelle U.O.T. e in altre zone sono presenti mezzi di soccorso quali: auto medicalizzate; autoambulanze, ambulanze attrezzate per la rianimazione.

- **La risposta ospedaliera**, formata dalla rete dei presidi ospedalieri funzionalmente differenziati che, attraverso un'organizzazione coordinata dei momenti diagnostici e terapeutici connessi all'urgenza, assicura prestazioni commisurate a criteri di progressività delle cure. Nell'Ospedale Cardarelli di Campobasso è attivo il Dipartimento di Emergenza Accettazione (D.E.A.) di secondo livello, che costituisce il riferimento per l'intera Regione.

La Regione ha adottato, nel tempo, diversi atti programmatici per lo sviluppo del sistema, tra cui l'attivazione di una convenzione con la Regione Abruzzo per l'attivazione del servizio di elisoccorso (Delib.G.R. 20 febbraio 2001, n. 183).

L'obiettivo principale nel triennio riguarda il potenziamento dell'efficacia della risposta sanitaria, sia per quel che concerne la fase che più direttamente coinvolge la funzione ospedaliera, sia per gli aspetti collegati alla fase territoriale. Ciò rappresenta la naturale evoluzione di un processo avviato a livello nazionale con i Livelli Minimi di Assistenza, il *D.P.R. del 27 marzo 1992*, le linee guida del 30 maggio 1992, le linee guida dell'11 aprile 1996 e con gli attuali LEA, culminato con l'istituzione della Scuola di Specializzazione in Medicina di Emergenza (G.U. n. 118 del 26 maggio 2006) che professionalizza gli operatori del settore definendone in dettaglio le specificità.

Le soluzioni di seguito indicate, in linea con il dettato di legge, dovranno essere realizzate gradualmente fino alla creazione di un efficiente sistema deputato all'emergenza sanitaria, collegato in rete e capace di assolvere adeguatamente alle istanze dei pazienti acuti, e rappresentano i presupposti irrinunciabili che consentono di riprogrammare le attività sanitarie ospedaliere, ridistribuite nella maniera più consona alle realtà presenti sul territorio senza disattendere le esigenze del paziente acuto, che diversamente rischierebbero di non essere rispettate.

La prima criticità del sistema di emergenza, in Molise come a livello nazionale, deriva dal notevole incremento di prestazioni di Pronto Soccorso e dalla crescente differenziazione ed articolazione delle prestazioni erogate (a volte anche di tipo medico legale, assicurative, sociali, di collaborazione con l'autorità giudiziaria ecc.). Si tratta di una domanda che non può essere trascurata ma che va piuttosto gestita attraverso una risposta proporzionata al problema presentato, sia per i casi che richiedono il coinvolgimento di strutture specialistiche, che deve avvenire in modo ottimale e mirato, sia per i casi che non richiedono l'attivazione dei percorsi specialistici, che non debbono essere condizionati negativamente da richieste improprie che finiscono per incidere sull'economia generale del sistema sanitario. A ciò va aggiunto il fatto che la necessità di dover razionalizzare i posti letto per acuti rende imprescindibile, pena il fallimento, la realizzazione di un sistema di emergenza efficiente e concretamente capace di svolgere al meglio

ed in modo completo tutti i compiti previsti a suo carico dalla nuova cultura dell'emergenza e dagli indirizzi nazionali in materia. Tale condizione è alla base di una qualsivoglia ristrutturazione del Servizio Sanitario Regionale.

Gli aspetti salienti dell'intero processo, sinteticamente riassunti a partire dalla fase territoriale a quella ospedaliera, sono rappresentati dai seguenti momenti:

- prima selezione da parte della Centrale Operativa "118";

- primo intervento, primo trattamento e prima stabilizzazione dei pazienti critici da parte del Servizio di Emergenza Territoriale che, in caso di patologie chiaramente riconoscibili che necessitino di interventi specialistici mirati e definiti, deve poter condurre il paziente direttamente al Pronto Soccorso dell'ospedale capace di erogare la prestazione richiesta;

- ulteriore selezione dei pazienti al Pronto Soccorso, anche per coloro che vi si recano spontaneamente, con definizione diagnostica, inquadramento, trattamento, fino alla definitiva stabilizzazione dei pazienti critici;

- osservazione dei pazienti che lo richiedono, anche intensiva laddove necessario; ricovero, anche con eventuale trasferimento, presso la struttura specialistica idonea al trattamento definitivo.

A tal fine vanno realizzate:

- ristrutturazione logistica della sede della Centrale Operativa "118";

■ definizione dei settori di attività suddivisi per aree nel contesto della Centrale Operativa "118";

■ attivazione dei Punti di Primo Intervento previsti dal *D.P.R. 27 Marzo 1992*, nonché dalle linee guida nazionali per l'emergenza sanitaria di cui all'atto di intesa Stato - Regioni del 11 Maggio 1996, costituite dall'attuale personale del S.E.T.- I 18 nelle postazioni periferiche distanti dai presidi ospedalieri, previo adeguamento delle sedi stesse;

■ verifica della possibilità di impiego della funzione di elisoccorso autonoma regionale attraverso il preliminare studio di fattibilità e la edificazione di piazzole di atterraggio in aree strategiche del territorio regionale;

■ unificazione amministrativa, oltre quella funzionale già presente, del personale, inquadrato giuridicamente nel contesto della ASReM;

■ ultimazione del passaggio alla dipendenza dei medici incaricati nell'emergenza territoriale;

■ definizione di linee guida e protocolli integrati comuni;

■ completamento della funzione di triage intra-ospedaliero per gli accessi al pronto soccorso in attuazione dell'Accordo Stato-Regioni del 25.1.2001;

■ adeguamento delle attività del Pronto Soccorso ospedaliero autonomo con completamento degli organici necessari in tutti gli stabilimenti ospedalieri, compreso in quello di Agnone;

■ Predisposizione di uno specifico e pronto sistema di trasferimento dei pazienti;

■ sviluppo / attivazione delle osservazioni brevi, anche intensive, estesa fino alle 72 ore, che allo scopo dovranno essere dotate, alla fine del triennio, oltre che di posti letto tecnici, anche di letti di degenza per i casi che possono essere dimessi al massimo dopo 5-7 giorni senza andare ad occupare necessariamente un posto letto di degenza specialistica;

■ formazione dei diversi attori coinvolti con un percorso regionale omogeneo, integrativo della formazione di base, con protocolli unitari e comuni di intervento, mirato ad ottenere competenze ed abilità omogenee su tutto il territorio regionale (MMG/PLS, medici di

continuità assistenziale, specialisti ambulatoriali, medici e infermieri dell'emergenza territoriale, della componente intraospedaliera e del Pronto Soccorso, i volontari;

■ rinnovamento del parco tecnologico.

La Regione Molise predisporrà due progetti per l'Emergenza-Urgenza denominati rispettivamente:

- *Progetto Integrato Interaziendale di Rete per il trattamento dell' Infarto del Miocardio;*

- *Progetto Integrato Interaziendale di Rete per il trattamento dell' Ictus Cerebrale.*

Tali Progetti diventeranno parte integrante del P.S.R. e potranno modificare la individuazione dei pi previsti per le specifiche discipline di Cardiologia e di Neurologia.

3.5 Norma finale

Per le successive attività di programmazione previste nel presente Piano per le quali si prevede di intervenire con deliberazione di Giunta regionale, è da intendersi che la deliberazione sarà esecutiva previa acquisizione del parere della competente Commissione consiliare, da rendersi entro 30 giorni dalla richiesta.

Allegato n. 1

Schemi dei principali interventi di Piano, sulla rete territoriale

RIASSETTO ORGANIZZATIVO DEL DISTRETTO

Obiettivi	Azioni
Riaspetto articolazione organizzativa dei distretti	Realizzazione di n. 7 Distretti sanitari
Coincidenza Distretti e Ambiti sociali	Coincidenza n. 7 Distretti sanitari e n. 7 Ambiti sociali
Sviluppo del Distretto in chiave "socio-sanitaria" e alcune priorità	Integrazione tra Distretti ed Ambiti sociali per le aree della fragilità e non autosufficienza
	Sviluppo delle attività socio-sanitarie per i soggetti fragili e dei nuovi problemi, quale l'immigrazione
	Attivazione, in via sperimentale, di un progetto di telemedicina per alcune patologie
Riorganizzazione del Distretto	Indicazione delle funzioni del Distretto (D.Lgs. n. 229/99): committenza e produzione
	Razionalizzazione dei rapporti tra i Distretti e i presidi ospedalieri e territoriali
	Individuazione del distretto come struttura complessa con budget per obiettivi di salute
	Sviluppo della funzione del Distretto di: - accettazione, valutazione ed orientamento della domanda di salute dei cittadini, - risposta appropriata e non differita alle condizioni di cronicità, non autosufficienza e fragilità.

	Definizione della Porta Unica di accesso ai servizi territoriali rivolto prioritariamente ai soggetti "fragili"
	Coordinamento con Dipartimento di Salute Mentale e Dipartimento di Prevenzione
Flusso informativo territoriale	Sviluppo ed implementazione del sistema informativo

DISTRETTO SOCIO SANITARIO E SVILUPPO DELLE CURE PRIMARIE

Obiettivi	Azioni
Maggiore responsabilizzazione ed integrazione dei Medici di assistenza primaria nel Distretto	Elaborazione di specifici progetti-obiettivo regionali su cure primarie e previsione di un sistema disincentivante in caso di mancato raggiungimento degli obiettivi
	Diffusione del processo di budget di attività per il sistema delle cure primarie.
	Razionalizzazione della distribuzione dei punti di soccorso e di presidi di continuità assistenziale.
Sviluppo cure primarie - forme associative evolute	Potenziamento delle forme innovative di associazionismo medico
	Eventuale sperimentazione in ambiti delimitati di organizzazioni strutturali quali Case della Salute o UTAP
	Definizione delle modalità di raccordo tra le forme associative e il Distretto in particolare per il conseguimento di specifici obiettivi di tutela della salute
Coinvolgimento dei medici del sistema delle cure primarie nel governo delle attività territoriali e nella individuazione di strategie alternative al ricovero ospedaliero	Attivazione delle Unità di Coordinamento dell'Assistenza Distrettuale (UCAD) in tutti distretti socio-sanitari
	Promozione della partecipazione dei MMG/PLS alle Unità di valutazione multidimensionale per bisogni sociosanitari complessi
	Individuazione di protocolli di dimissione protetta
	Costituzione di specifica sottocommissione per l'individuazione di strategie alternative al ricovero ospedaliero
Adottare misure uniformi in materia di informazione e appropriatezza prescrittiva a sostegno del governo	Attivazione di un "Osservatorio regionale sull'appropriatezza in medicina generale" e definizione degli strumenti per

clinico, e relativo sistema di controllo	implementare le attività
Razionalizzare la distribuzione dei punti di soccorso e di presidi di continuità assistenziale	Stesura e messa a regime del piano di razionalizzazione

CURE DOMICILIARI

Obiettivi	Azioni
Riorganizzazione del Sistema delle Cure Domiciliari secondo un modello unitario	Adozione di una classificazione delle diverse forme di erogazione delle cure domiciliari
	Attuazione delle "Le Linee guida regionali sulle cure domiciliari"
	Sviluppo del sistema delle cure domiciliari sui 3 livelli di intervento (bassa, medioalta, alta intensità assistenziale)
	Sistematizzazione di un sistema della Unità di Valutazione Multidimensionale e individuazione di uno strumento di valutazione multidimensionale a livello regionale
	Attivazione di modalità sistematiche per la dimissione protetta, tramite appositi protocolli
	Sviluppo delle modalità per coinvolgere professionalità sociali quando necessario (ADI);
	Attivazione di un apposito flusso informativo per la valutazione delle attività
	Riduzione del 10% del numero di ricoveri ordinari e delle giornate di degenza e graduale diminuzione del tasso di ospedalizzazione per patologie "indicatore"
Aumento progressivo dell'assistenza domiciliare, nelle varie forme previste dalle linee guida, a copertura del fabbisogno stimato	Monitoraggio dell'attuazione delle Linee Guida Regionali di cui alla <i>Delib.G.R. 30 maggio 2007, n. 556</i>
	Adeguamento del finanziamento regionale del LEA domiciliare
Potenziamento dell'integrazione socio-sanitaria	Potenziamento dell'assistenza domiciliare sia rispetto ai pazienti con non autosufficienza (come demenza, Alzheimer) sia in ambito oncologico e ai malati terminali
	Sottoscrizione di accordi di programma con gli ambiti sociali
	Realizzazione della Porta Unica di Accesso ai servizi territoriali
Garantire la Continuità del percorso assistenziale	Potenziamento delle funzioni delle Unità di Valutazione Multidimensionale per la "presa in carico" della persona con bisogni sociosanitari

	complessi
	Formalizzazione di percorsi assistenziali e dei protocolli delle dimissioni sociosanitarie protette

SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Obiettivi	Azioni
Migliore appropriatezza dell'assistenza specialistica	Attuazione delle linee guida regionali sui protocolli diagnostico-terapeutici regionali sulle patologie a maggiore impatto
	Applicazione del sistema tariffario regionale
	Regolamentazione del rapporto con i privati secondo le modalità previste per le case di cura private
Riduzione dei tempi di attesa, in particolare per una serie di prestazioni selezionate in relazione alla loro criticità	Attuazione e monitoraggio del Piano regionale di contenimento dei tempi di attesa appena approvato
Migliore accessibilità e sviluppo dell'ambulatorialità integrata	Sperimentazione di progetti per la riduzione di liste di attesa per aree di particolare criticità
Flusso informativo	Attivazione di un modello di day-service
Miglioramento della condivisione dei percorsi	Revisione del flusso informativo esistente
	Coinvolgimento dei MMG, PLS e Specialisti nella definizione dei percorsi assistenziali

SISTEMA DELLA RESIDENZIALITÀ PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI

Obiettivi	Azioni
Riequilibrio territoriale e potenziamento dell'offerta di strutture per anziani non autosufficienti	Definire il Piano del fabbisogno delle diverse strutture residenziali
	Piano di realizzazione graduale e allocazione di risorse nel piano di riparto del Fondo sanitario regionale
Controllo quali-quantitativo dell'assistenza erogata	Adozione di uno strumento di valutazione dell'appropriatezza dell'utilizzo di regimi assistenziali residenziali
Congruità tra costi di erogazione e remunerazione	Definizione del sistema tariffario

delle prestazioni	
-------------------	--

HOSPICE/CURE PALLIATIVE

Obiettivi	Azioni
Sviluppo di programmi per il contrasto del dolore inutile e cure palliative	Valutazione del fabbisogno di sviluppare un piano regionale degli hospice
	Potenziamento dell'ADI ad elevata intensità per malati terminali
	Promozione e sviluppo delle terapie del dolore
	Sviluppo di corsi di formazione per volontari in cure palliative.

ASSISTENZA RIABILITATIVA EXTRA-OSPEDALIERA

Obiettivi	Azioni
Linee Guida Regionali	Adozione di un'apposita deliberazione di Giunta regionale di Linee guida sulla ridefinizione dei trattamenti riabilitativi in regime extra-ospedaliero
	Costruzione del piano di fabbisogno regionale
	Individuazione dei medici prescrittori distrettuali
Appropriatezza di uso del regime assistenziale residenziale riabilitativo	Definizione delle modalità di accesso (UVM), del piano riabilitativo individuale, dei criteri di verifica del piano
	Revisione del sistema di tariffazione dei trattamenti riabilitativi in regime extraospedaliero
Riqualificazione dell'offerta riabilitativa estensiva territoriale	Riclassificazione delle attività di riabilitazione estensiva

SALUTE MENTALE

Obiettivi	Azioni
Completamento del percorso di integrazione e reinserimento della persona con disagio mentale nella vita attiva	Attivazione graduale dei Centri di salute mentale
	Attivazione di strutture residenziali a bassa intensità assistenziale (Gruppi appartamento)
	Avvio di trattamenti a bassa intensità assistenziale

	Potenziamento dell'assistenza domiciliare e territoriale per pazienti gravi.
Passaggio al sistema di accreditamento istituzionale applicando i predefiniti criteri di qualità	Attuare il sistema previsto dalle "linee guida sull'autorizzazione ed accreditamento delle strutture sociosanitarie residenziali e semiresidenziali".
Integrazione socio-sanitaria: potenziamento delle risposte "sociali" ai problemi di salute mentale a tutti i livelli dell'intervento.	"Lavoro di rete" finalizzato a rendere tra loro sinergici interventi a carattere socio-assistenziale, abitativo, culturale/associazionistico
	Potenziamento degli interventi di Prevenzione Primaria con azioni volte a contrastare il fenomeno del disagio psichico nell'infanzia e nell'adolescenza
	Agevolazione dei percorsi di reinserimento degli utenti nel ciclo produttivo
Lotta allo "stigma" sociale.	Promozione negli utenti e nelle famiglie, del diritto di cittadinanza, di una migliore qualità della vita, maggiori autonomia ed emancipazione.
	Potenziamento delle campagne di informazione e sensibilizzazione sul disagio psichico

DIPENDENZE PATOLOGICHE

Obiettivi	Azioni
Potenziamento della prevenzione primaria sul territorio e delle attività preventive dei servizi territoriali per le dipendenze	Definizione delle aree di rischio; prevenzione primaria nei diversi contesti sociali attraverso informazione e sensibilizzazione ai problemi delle dipendenze
	Coordinamento con le attività consultoriali e raccordo operativo con i medici di medicina generale
	Istituzione del Dipartimento delle Dipendenze Patologiche
Ridefinizione delle modalità operative e creazione del Dipartimento delle dipendenze a livello aziendale	Definizione dei protocolli operativi sulle nuove dipendenze
	Protocolli diagnostici condivisi con altri servizi territoriali
	Inclusione del Servizio di Alcolologia nel Dipartimento delle dipendenze
Potenziamento quantitativo e qualitativo del personale	Aumento delle figure professionali, ove necessario
	Valorizzazione delle diverse professionalità
	Potenziamento supporto psicologico per evitare il burn-out degli operatori
	Supervisione" professionale

	Valorizzazione delle risorse del privato-sociale
Potenziamento delle relazioni e collaborazioni dei SerT nel Distretto e con gli altri servizi aziendali	Potenziamento dell'attività informativa, comunicativa e propositiva dei Ser.T in tutto il territorio
	Promozione di incontri con reti "formali" ed "informali" del territorio

TUTELA DELLA SALUTE IN AMBITO PENITENZIARIO

Obiettivi	Azioni
Conferma ed implementazione degli obiettivi del Progetto obiettivo regionale	Realizzazione di interventi integrati sanitari e socio-assistenziali per la tutela della salute (anche attraverso mediatori culturali).
	Realizzazione di percorsi integrati per il reinserimento nella comunità dei detenuti
	Iniziative di prevenzione e riduzione di malattie infettive, tossicodipendenza e forme di autolesionismo

IMMIGRATI

Obiettivi	Azioni
Miglioramento delle condizioni di salute degli immigrati, favorendo l'accesso ai servizi e migliorando l'offerta territoriale	Iniziative di prevenzione e cura con il coinvolgimento di MMG, PLS e, se necessario, Consultori, DSM e UO Malattie Infettive
	Promozione di attività e servizi per stranieri all'interno dei Distretti e soprattutto nell'ambito della Porta Unica di Accesso
	Inserimento nel sistema informativo regionale dei flussi relativi a "Salute e immigrazione"
	formazione di stranieri che forniscono assistenza familiare a soggetti "fragili"

I distretti sociosanitari della ASREM

n. 7 distretti in parte coincidenti con il territorio delle ex USL (Agnone Bojano, Campobasso Isernia-Larino, Termoli, Venafro). Modello organizzativo che prevede un distretto "forte", polo dell'assistenza territoriale, con funzioni di valutazione della domanda in uno specifico ambito territoriale e di erogazione delle prestazioni attraverso una articolazione a rete dei servizi da realizzare con la attivazione, ristrutturazione e potenziamento dei poliambulatori e l'apertura di sportelli al cittadino, di punti di primo intervento nei Comuni dell'area territoriale distrettuale di riferimento.

Vantaggi:

- livelli di assistenza direttamente proporzionali al tenore e alla consistenza degli insediamenti produttivi regionali,

- concentrazione di servizi (trasporti, istruzione, comunicazioni, ecc),

- mobilità del personale e quindi sua utilizzazione nei diversi punti di offerta di prestazioni sociosanitarie,

- utilizzazione ambiti territoriali in parte già esistenti,

- affermazione del principio della "non frammentazione" del percorso di cura. Riveste fondamentale importanza al riguardo la funzione del poliambulatorio specialistico, la cui attività deve essere modulata in funzione delle patologie cronico-evolutive più frequenti, prevedendone l'assegnazione di risorse e di attrezzature necessarie per garantire risposte adeguate, in tempi ragionevolmente brevi e in presidi sanitari facilmente accessibili.

Distretti Sanitari	Totale popolazione
Agnone	13.474
Boiano	21.160
Campobasso	108.102
Larino	31.131
Isernia	46.401
Termoli	70.937
Venafro	29.702
Totale Regione	320.907

Tavola 1 - Popolazione residente per Comune. Distretto Sanitario di Agnone- Al 1° gennaio 2006

Comuni	Totale popolazione
Agnone	5.628
Belmonte del Sannio	878

Capracotta	1.063
Carovilli	1.504
Castel del Giudice	348
Castelverrino	127
Pescopennataro	343
Pietrabbondante	909
Poggio Sannita	866
Sant'Angelo del Pesco	402
San Pietro Avellana	613
Vastogirardi	793
Totale	13.474

Tavola 2- Popolazione residente per Comune. Distretto Sanitario di Boiano- Al 1° gennaio 2006

Comuni	Totale popolazione
Boiano	8.278
Campochiaro	620
Cercemaggiore	4.139
Cercepiccola	715
Colle d'Anchise	781
Guardiaregia	784
San Giuliano del Sannio	1.086
San Massimo	770
San Polo Matese	465
Sepino	2.097
Spinete	1.425
Totale	21.160

Tavola 3- Popolazione residente per Comune. Distretto Sanitario di Campobasso- Al 1° gennaio 2006

Comuni	Totale popolazione
Campobasso	51.337
Baranello	2.731
Busso	1.446
Campodipietra	2.372
Campolieto	1.005
Casalciprano	613
Castelbottaccio	378
Castellino del Biferno	651

Castropignano	1.089
Duronia	454
Ferrazzano	3.282
Fossalto	1.598
Gambatesa	1.635
Gildone	845
Jelsi	1.867
Limosano	894
Lucito	857
Macchia Valfortore	693
Matrice	1.079
Mirabello Sannitico	1.878
Molise	180
Monacilioni	674
Montagano	1.204
Oratino	1.350
Petrella Tifernina	1.254
Pietracatella	1.543
Pietracupa	249
Riccia	5.613
Ripalimosani	2.707
Roccavivara	942
Salcito	694
San Biase	244
San Giovanni in Galdo	684
Sant'Angelo Limosano	371
Sant'Elia a Pianisi	2.133
Torella del Sannio	839
Toro	1.511
Trivento	5.168
Tufara	1.061
Vinchiaturro	2.977
Totale	108.102

Tavola 4 - Popolazione residente per Comune. Distretto Sanitario di Isernia Al 1° gennaio 2006

Comuni	Totale popolazione
Isernia	21.608
Bagnoli del Trigno	835
Cantalupo nel Sannio	737
Carpinone	1.260
Castelpetroso	1.675
Castelpizzuto	153
Chiauci	271
Civitanova del Sannio	936

Forlì del Sannio	794
Frosolone	3.301
Longano	719
Macchia di Isernia	948
Macchiagodena	1.928
Miranda	1.076
Monteroduni	2.411
Pesche	1.498
Pescolanciano	946
Pettoranello del Molise	490
Roccamandolfi	1.044
Roccasicura	605
Sant'Agapito	1.357
Santa Maria del Molise	675
Sant'Elena Sannita	283
Sessano del Molise	851
Totale	46.401

Tavola 5 - Popolazione residente per Comune. Distretto Sanitario di Larino- Al 1° gennaio 2006

Comuni	Totale popolazione
Larino	7.208
Bonefro	1.770
Casacalenda	2.330
Colletorto	2.310
Montelongo	446
Montorio nei Frentani	520
Morrone	702
Provvidenti	145
Ripabottoni	636
Rotello	1.294
San Giuliano di Puglia	1.147
San Martino in Pensilis	4.841
Santa Croce di Magliano	4.849
Ururi	2.933
Totale	31.131

Tavola 6 - Popolazione residente per Comune. Distretto Sanitario di Termoli - Al 1° gennaio 2006

Comuni	Totale popolazione
Termoli	31.209
Acquaviva Collecroce	754
Campomarino	6.709
Castelmauro	1.795
Civitacampomarano	629
Guardialfiera	1.196
Guglionesi	5.365
Lupara	601
Mafalda	1.304
Montecilfone	1.547
Montefalcone nel Sannio	1.775
Montemitro	470
Montenero di Bisaccia	6.667
Palata	1.899
Petacciato	3.593
Portocannone	2.558
San Felice del Molise	741
San Giacomo degli Schiavoni	1.219
Tavenna	906
Totale	70.937

Tavola 7- Popolazione residente per Comune. Distretto Sanitario di Venafro - Al 1° gennaio 2006

Comuni	Totale popolazione
Venafro	11.514
Acquaviva d'Isernia	468
Castel San Vincenzo	572
Cerro al Volturno	1.461
Colli a Volturno	1.397
Conca Casale	244
Filignano	749
Fornelli	2.002
Montaquila	2.464
Montenero Val Cocchiara	572
Pizzone	343
Pozzilli	2.262
Rionero Sannitico	1.170
Rocchetta a Volturno	1.071
Scapoli	908
Sesto Campano	2.505
Totale	29.702
