

**Progetti Obiettivo a rilevanza nazionale ex art. 1 cc 34 e
34 bis della L 662/96 - Anno 2015**
Accordo Rep. Atti n. 234/CSR del 23/12/2015

LP 1 Attività di assistenza primaria

PROGETTO: Organizzazione dell'assistenza primaria regionale e sperimentazione dell'ambulatorio della fragilità Pag. 1

LP 2 Sviluppo dei processi di umanizzazione all'interno dei percorsi assistenziali.

PROGETTO: L'Umanizzazione dell'organizzazione, delle attività e delle strutture di cura ed accoglienza del cittadino. Pag. 8

LP 3 Cure palliative e terapia del dolore. Sviluppo della assistenza domiciliare palliativa.

PROGETTO: Rete regionale per le cure palliative domiciliari Pag. 22

LP 5 Gestione della Cronicità

PROGETTO: La gestione della cronicità al domicilio del paziente e la prevenzione della cronicità nella malattia psichiatrica. Pag. 25

LP 6 Reti oncologiche.

PROGETTO: Organizzazione della Rete Oncologica Regionale dell'Abruzzo Pag. 32





GIUNTA REGIONALE



Dipartimento Salute e Welfare - Servizio Programmazione Socio - Sanitaria

Accordo Rep. Atti n. 234/CSR del 23/12/2015 - LP 1 Attività di assistenza primaria

PROGETTO: Organizzazione dell'assistenza primaria regionale e sperimentazione dell'ambulatorio della fragilità.

Referenti tecnici ASL:

ASL 1 Avezzano - Sulmona - L'Aquila: Dott.ssa Rossella De Santis

ASL 2 Lanciano -Vasto - Chieti: Dott.ssa Maria Grazia Capitoli, Dott. Pasquale Falasca, Dott. Emidio Mastrovecchio

ASL 3 Pescara: Dott.ssa Lucia Romandini

ASL 4 Teramo: Dott. Valerio Profeta

TOTALE RISORSE PER LINEA PROGETTUALE: € 5.015.341,02

di cui € 4.864.880,79 dedicate alla attuazione del progetto comprensivo dell'intervento pilota dell'ambulatorio della fragilità

OBIETTIVI QUALITATIVI E QUANTITATIVI

Considerato l'attuale scenario economico, sociale e demografico nazionale tale da imporre un ripensamento del sistema welfaristico italiano, appare necessario sviluppare un servizio sanitario sostenibile, mediante l'aggiornamento ed il potenziamento del modello organizzativo e strutturale dell'assistenza primaria al fine di fornire risposte dirette ai nuovi bisogni di salute emergenti.

Le stesse scelte di politica sanitaria nazionale, codificate con D.L. n.158/2012 convertito nella Legge n. 89 dell'8 novembre 2012 e specificate nell'ambito dell'Intesa sancita tra il Governo, le Regioni e le Province autonome (Patto per la Salute 2014-2016) sono state orientate a disciplinare il nuovo assetto delle forme organizzative della medicina convenzionata per l'erogazione delle cure primarie, come previsto dal comma 2 dell'art. 1 della suddetta Legge 189/2012 (cfr. art. 5 Intesa cit. in Atti n. 82/CSR del 10.07.2014) attraverso l'individuazione di modelli organizzativi basati sull'integrazione professionale della medicina territoriale che - nell'ottica del processo di deospedalizzazione in atto - si configura quale prima e fondamentale interfaccia tra utenza e il SSN.

In tale processo di profonda riorganizzazione dell'assistenza territoriale, protagoniste dello spostamento del baricentro del SSN dall'ospedale al territorio saranno - in stretta integrazione con i servizi distrettuali territoriali - le AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali), forme organizzative mono-professionali che condividono, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit, ecc., e le UCCP (Unità Complesse di Cure Primarie), forme organizzative multi-professionali, che erogano prestazioni assistenziali tramite il coordinamento tra MMG, PLS, Medici Specialisti convenzionati, infermieri, professionalità ostetrica, tecniche della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria.



GIUNTA REGIONALE



Dipartimento Salute e Welfare - Servizio Programmazione Socio - Sanitaria

Coerentemente con quanto sopra delineato, in data 23.12.2015 sono stati definiti, con Accordo rep. 234/CSR ed Intesa rep. 236/CSR, gli obiettivi ex art. 1 commi 34 e 34 bis della Legge 662/96, nell'ambito dei quali la Linea progettuale 1 assume una valenza strategica nell'ottica del potenziamento dell'assistenza territoriale integrata cui consegue il rafforzamento del ruolo dei Medici di Medicina Generale, dei Pediatri di Libera Scelta e dei Medici Specialisti Ambulatoriali interni.

Essi rappresentano, infatti, la nuova frontiera del SSN per la presa in carico - diretta ed individualizzata - del paziente, che proprio nel territorio trova l'accesso primario al sistema delle cure sanitarie: in tal senso, obiettivo prioritario della Regione Abruzzo è quello di favorire, da una parte, l'evoluzione della funzione di indirizzo del percorso di cura del paziente da parte del MMG e, dall'altra, di realizzare compiutamente la rete territoriale delle AFT/UCCP, mediante le quali ridurre i tassi di ricovero e gli accessi inappropriati in ospedale.

Con la nuova organizzazione dell'assistenza primaria - in corso di elaborazione - si potrà ottenere inoltre un maggiore coinvolgimento dei MMG rispetto agli obiettivi regionali ed una maggiore integrazione con il Sistema Sanitario Regionale.

La Regione Abruzzo intende quindi conseguire per il tramite delle Aziende UU.SS.LL. regionali - i seguenti obiettivi:

- coordinare l'erogazione delle prestazioni territoriali (di assistenza primaria, infermieristica, ambulatoriale e domiciliare);
- garantire la continuità d'accesso all'assistenza territoriale per tutto l'arco della giornata per tutti i giorni della settimana (H 24 e 7 giorni su 7);
- garantire l'applicazione di percorsi assistenziali condivisi (PDTA) e l'integrazione relazionale, operativa e informativa tra le componenti della medicina convenzionata e tra queste ultime e le aree distrettuali di riferimento;
- implementare le attività territoriali relative alla medicina di iniziativa, quale modello assistenziale orientato alla promozione attiva della salute, anche tramite l'educazione dell'utenza a corretti stili di vita e alla prevenzione;
- favorire le iniziative di continuità ospedale-territorio anche attraverso l'individuazione, a seguito del necessario provvedimento di programmazione regionale, di strutture intermedie che possano costituire diretta interfaccia tra assistenza territoriale e ospedaliera (Ospedali di Comunità), al fine di promuovere la riduzione dei ricoveri inappropriati e i percorsi di deospedalizzazione, garantendo una omogenea risposta assistenziale in tutto il territorio aziendale;
- implementare l'utilizzo della ricetta elettronica dematerializzata e, secondo le indicazioni regionali che saranno impartite in ordine al Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), provvedere alla condivisione informatizzata della scheda medica individuale.



GIUNTA REGIONALE



Dipartimento Salute e Welfare - Servizio Programmazione Socio – Sanitaria

AZIONI PER IL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI

Al fine di porre tutti gli attori dell'assistenza primaria nelle condizioni di orientare al meglio la scelta del percorso del paziente all'interno del SSR, la Regione Abruzzo intende promuovere, a partire dall'avvio del periodo di riferimento della presente Linea progettuale, le seguenti attività:

- favorire l'evoluzione della funzione di indirizzo del percorso di cura del paziente da parte delle strutture aziendali territoriali, in sinergia con i MMG;
- favorire l'aggregazione dei MMG sul territorio, quale principale punto di riferimento del paziente;
- integrare i servizi di continuità assistenziale nell'ambito delle aggregazioni complesse di assistenza primaria;
- favorire lo sviluppo degli Ospedali di Comunità, quale ulteriore strumento organizzativo-gestionale e logistico a disposizione delle Aziende UU.SS.LL. regionali finalizzato alla realizzazione di strutture di assistenza primaria, mediante l'individuazione di ex presidi ospedalieri e/o spazi aziendali resisi disponibili a seguito della razionalizzazione delle reti territoriali di assistenza; si richiama a tal proposito il recente Decreto del Commissario ad Acta n. n.20/2016 del 08/03/2016 recante "*Indirizzi preliminari per l'attivazione, in via sperimentale, del modello organizzativo "ospedale di comunità"*", provvedimento regionale a cui si rimanda integralmente.

A livello operativo, di seguito alla adozione di altri provvedimenti di programmazione regionale relativi all'istituzione ed attivazione delle AFT e delle UCCP, le Aziende UU.SS.LL. regionali avranno il compito di realizzare:

- lo sviluppo del coordinamento funzionale tra servizi e attività sanitarie e socio-sanitarie a rilevanza sanitaria territoriali e Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Medici Specialisti Ambulatoriali, Medici di Continuità Assistenziale;
- l'attivazione delle AFT di Medicina Generale, di Pediatria e di Medicina Specialistica convenzionata, attraverso la condivisione informatizzata delle proprie attività con le Aree distrettuali di riferimento, per la condivisione e valutazione dei risultati ottenuti;
- la promozione della partecipazione da parte delle suddette AFT a programmi di aggiornamento e formazione concordati con le Aree distrettuali di riferimento;
- l'attivazione delle UCCP al fine di assicurare l'erogazione dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza (LEA), l'aumento dei servizi di assistenza primaria e la realizzazione nel territorio della continuità dell'assistenza, 24 ore su 24 e 7 giorni su 7;
- lo sviluppo delle attività legate alla medicina d'iniziativa, intese specificamente - ma non esclusivamente - quali processi di gestione proattiva della cronicità in collaborazione con MMG/PLS/Specialisti convenzionati e distretti.



GIUNTA REGIONALE

Dipartimento Salute e Welfare - Servizio Programmazione Socio – Sanitaria

TEMPI DI REALIZZAZIONE DELLE AZIONI: 12 mesi prorogabili (a risorse complessive invariate)

INDICATORI DI MISURAZIONE E VERIFICA DEI RISULTATI

A seguito della ridefinizione regionale delle AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali, quali forme organizzative mono-professionali che condividono, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit, ecc.) e delle UCCP (Unità Complesse di Cure Primarie, quali forme organizzative multi-professionali eroganti – soprattutto ma non soltanto nelle aree interne – prestazioni assistenziali tramite il coordinamento tra MMG, PLS, Medici Specialisti convenzionati, infermieri, professionalità ostetrica, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria), nonché in continuità con le indicazioni contenute nella D.G.R. Abruzzo n. 812 del 29.09.2015 ed in potenziamento e sviluppo dei relativi interventi declinati in attuazione dalle ASL, potranno essere progettate e rese operative le AFT e UCCP mediante interventi strutturali, beni materiali, tecnologie, strumenti e attrezzature, ecc..

Inoltre, in attuazione del sopraccitato DCA 20/2016 del 08/03/2016, le ASL dovranno procedere alla attivazione in via sperimentale degli Ospedali di comunità, ed al relativo monitoraggio e controllo continuo delle attività erogate con rendicontazione trimestrale all'Organo commissariale. Potrà dunque essere verificato il raggiungimento degli obiettivi progettuali fissati in termini di:

- AFT, UCCP ed Ospedali di comunità attivati sul territorio regionale in attuazione dei relativi provvedimenti regionali di programmazione in materia/rispetto alle strutture programmate;
- informatizzazione e messa in rete delle UCCP con i Servizi ospedalieri e/o distrettuali di riferimento;
- utilizzo della ricetta elettronica dematerializzata e condivisione informatizzata della scheda medica individuale, secondo le indicazioni impartite dal competente Servizio regionale in ordine al Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE);
- promozione della partecipazione da parte delle AFT e UCCP a programmi di aggiornamento e formazione concordati con le Aree distrettuali di riferimento;
- attivazione di eventi formativi di educazione ai corretti stili di vita e di prevenzione da parte dei MMG/PLS-distretti.

ASL 2 Lanciano – Vasto – Chieti: Intervento pilota: l'Ambulatorio della Fragilità

Nell'ambito degli obiettivi fondamentali sottesi al progetto regionale relativo all'Assistenza primaria così come sopra delineati, che deve trovare sviluppo parallelo in tutte le Aziende Sanitarie Locali, sulla scorta della proposta avanzata dalla ASL di Lanciano - Vasto - Chieti per il tramite del referente tecnico Dr. Pasquale Falasca sopraindividuato, la Regione intende promuovere una specifica sperimentazione esclusivamente nel territorio provinciale della ASL 2 Abruzzo finalizzata all'implementazione ed organizzazione funzionale del c.d "Ambulatorio della Fragilità".



GIUNTA REGIONALE



Dipartimento Salute e Welfare - Servizio Programmazione Socio – Sanitaria

OBIETTIVI QUALITATIVI E QUANTITATIVI

Con il suddetto specifico intervento si intende quindi predisporre e sperimentare presso la ASL di Lanciano - Vasto - Chieti alcune sedi prototipo, ove sviluppare la rete di cure primarie multidisciplinare che vede coinvolti i MMG, gli Infermieri della fragilità e gli Specialisti a programma che ruotano attorno al Paziente fragile; questo deve essere identificato da un sistema epidemiologico capace di rilevare, in modo standardizzato, i soggetti che utilizzano maggiormente i servizi a parità di condizioni cliniche, sociali, ambientali ed assistenziali.

E' stato stimato che su 396.385 abitanti in Regione Abruzzo con età maggiore di 60 anni, n. 24.685 (6,2%) sono pazienti ad alta fragilità e 75.764 (19%) sono pazienti a media fragilità.

Questi soggetti, identificati come pazienti fragili, rappresentano complessivamente il 25% della popolazione ultrasessantenne e consumano il 68% delle risorse per ricoveri ospedalieri, accessi al pronto soccorso, assistenza specialistica e farmaceutica.

Al momento si ritiene che la sperimentazione suddetta potrà essere di grande utilità per l'eventuale successiva diffusione anche negli altri ambiti territoriali provinciali.

AZIONI PER IL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI

Operativo in fase iniziale nelle sedi principali individuate dalla ASL 2 Abruzzo per 6 ore al giorno per 5 giorni a settimana, l'Ambulatorio della Fragilità è chiamato a svolgere le sue attività in favore di tutta la popolazione dell'ambito territoriale di riferimento; esso utilizzerà personale infermieristico del Distretto nell'ambito del monte orario ordinario.

Nello specifico, l'équipe sanitaria unisce il Medico di Medicina Generale, l'Infermiere della fragilità, lo Specialista e l'Assistito.

Gli Infermieri della fragilità, mediante interventi di promozione, prevenzione, tutela, riabilitazione, educazione al miglioramento delle condizioni di salute, mettono in atto la cosiddetta presa in carico proattiva; gli stessi, previa condivisione con il MMG del paziente, contattano direttamente i pazienti, al fine di valutare la condizione di fragilità e proporre loro un percorso di presa in carico infermieristica per l'attivazione del percorso personalizzato.

Al fine di garantire un'assistenza proattiva è necessario assicurare le fasi sotto elencate:

- identificazione del paziente fragile dalla struttura ospedaliera o territoriale;
- segnalazione/arruolamento del paziente fragile all'Ambulatorio infermieristico delle fragilità;
- presa in carico del paziente della fragilità, che si articola in due fasi:
 - presa in carico proattiva (iniziale)
 - presa in carico assistenziale (follow-up)
- Attivazione percorso personalizzato.

In base al differente grado di fragilità sarà assicurata una particolare modalità di presa in carico:

- a) Alta fragilità: **Case Management**



GIUNTA REGIONALE



Dipartimento Salute e Welfare - Servizio Programmazione Socio - Sanitaria

b) Media Fragilità: **Disease Management**

c) Pazienti di alta e media fragilità dimessi dall'ospedale: **Telemedicina** (si veda progetto LP5).

Case Management: l'attività di presa in carico proattiva in case management prevede che l'Infermiere, previa condivisione con il MMG del paziente, quale responsabile della gestione clinica, sia chiamato a:

- contattare i pazienti e valutare la condizione di fragilità attraverso un'intervista, dopo l'acquisizione del consenso del paziente;
- proporre loro un percorso di presa in carico infermieristica: essere un riferimento nominativo per il paziente in caso di necessità e offrire un supporto alla risoluzione dei problemi assistenziali;
- promuovere l'aderenza alla terapia, individuando i problemi di non adesione, elaborando strategie di mantenimento e/o miglioramento della propria condizione fragile;
- sostenere il self-care cioè quelle pratiche terapeutiche di autocura, anche attraverso il coinvolgimento delle reti formali e informali;
- verificare e promuovere l'adozione di corretti stili di vita;
- integrare la propria attività oltre che con il MMG di riferimento, con gli altri Servizi Distrettuali, l'Ospedale e i Servizi sociali che entreranno in contatto con il paziente.

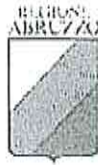
Disease Management: l'attività infermieristica è complementare all'attività a supporto dell'ambulatoriale specialistica per le visite diabetologiche, cardiologiche, nefrologiche, geriatriche e neurologiche. Gli infermieri prenderanno in carico autonomamente i pazienti cronici relativamente stabili per seguire la adesione ai trattamenti e alle raccomandazioni mediche, inviando il paziente al MMG per le prescrizioni nonché allo Specialista del caso, sempre in accordo col MMG, al bisogno o secondo il programma.

A livello operativo l'Ambulatorio Infermieristico delle Fragilità del Disease management deve effettuare:

- controlli periodici, secondo un calendario prestabilito che si integrano con quello specifico per patologia;
- almeno una telefonata al mese per verificare la situazione clinica ed assistenziale;
- visite assistenziali ambulatoriali/domiciliari su appuntamento, per il controllo dei parametri clinici e dell'equilibrio assistenziale.

Per l'organizzazione dell'Ambulatorio della Fragilità vengono proposti i seguenti standard di massima, la cui puntuale declinazione viene demandata alla ASL 2 per i necessari perfezionamenti in corso di svolgimento della sperimentazione:

- Ogni 1200 pazienti fragili in Disease Management per patologie quali: BPCO, Diabete, Scompenso Cardiaco e Ipertensione lo standard è di due infermieri.



GIUNTA REGIONALE



Dipartimento Salute e Welfare - Servizio Programmazione Socio - Sanitaria

- Ogni 1000 pazienti fragili con pluri patologia in Case Management lo standard stimato è di 10 infermieri
- Servizi di medicina specialistica, strumentale e diagnostica di primo livello individuati sui bisogni degli pazienti relativi al bacino d'utenza, in aggiunta servizi di tele medicina e specialisti dedicati (geriatria, medicina interna, cardiologia);
- personale sociale e/o di assistenza sociosanitaria.

TEMPI DI REALIZZAZIONE DELLE AZIONI: 12 mesi (eventualmente prorogabili a risorse invariate)

COSTI CONNESSI

I costi complessivi per l'Ambulatorio della Fragilità, da ricomprendere nel budget dedicato alla attuazione del progetto destinato alla ASL di Lanciano- Vasto- Chieti, è stimato sulle **300.000,00 euro circa**, e sono destinati essenzialmente alla formazione specifica ed all'acquisto di beni e servizi, rispettivamente nelle percentuali del 20% e dell'80% di tale budget dedicato.

INDICATORI DI MISURAZIONE E VERIFICA DEI RISULTATI

Gli indicatori di misurazione e verifica dei risultati di tale sperimentazione possono essere i seguenti:

- n. di soggetti fragili presi in carico
- grado di soddisfazione dei pazienti e misura dello stato di salute percepita
- n. ricoveri ospedalieri impropri evitati (in base a quelli attesi)
- n. accessi al PS con codice verde e bianco evitati (in base a quelli attesi)
- risparmio ottenuto considerando i costi emergenti e quelli cessanti



GIUNTA REGIONALE



Dipartimento Salute e Welfare - Servizio Programmazione Socio - Sanitaria

Accordo Rep. Atti n. 234/CSR del 23/12/2015

LP 2 Sviluppo dei processi di umanizzazione all'interno dei percorsi assistenziali.

PROGETTO: L'Umanizzazione dell'organizzazione, delle attività e delle strutture di cura ed accoglienza del cittadino.

Referenti tecnici ASL:

ASL 1 Avezzano - Sulmona - L'Aquila: Prof. Giovambattista Desideri

ASL 2 Lanciano - Vasto - Chieti: Dott.ssa Maria Bernadette Di Sciascio Dott. Franco Giancristofaro
Dott.ssa Laura Ottaviani;

ASL 3 Pescara: Dott. Marcello Bozzi Dott.ssa Rosangela Antuzzi

ASL 4 Teramo: Dott. Franco Santarelli Dott. Roberto Berrettoni

Prof Leonardo Mastropasqua - nell'ambito dell'intervento pilota: *Percorso vettore e riabilitazione dell'ipovedente* - Direttore del Centro Regionale di Eccellenza in Oftalmologia dell'Università degli Studi "G. D'annunzio" Chieti - Pescara, Clinica oftalmologica - ASL 2 Lanciano Vasto - Chieti

TOTALE RISORSE PER LINEA PROGETTUALE: € 1.876.288,66

di cui € 1.820.000,00 dedicate alla attuazione del progetto comprensivo dei tre interventi specifici a carattere sperimentale descritti di seguito

OBIETTIVI QUALITATIVI E QUANTITATIVI

La Regione Abruzzo, tenuto conto delle pesanti trasformazioni che interessano il sistema sanitario a livello scientifico, tecnologico e metodologico, ritiene opportuno attenzionare i processi di umanizzazione delle attività e delle prestazioni, per le ripercussioni che gli stessi hanno nella risposta individuale ai problemi di salute.

I principi di riferimento sono tratti dall'AGENAS e dagli indirizzi governativi che in particolare specificano che *"per umanizzazione s'intende quel processo in cui si deve porre il malato al centro della cura; questo concetto segna il passaggio da una concezione del malato come mero portatore di una patologia ad una come persona con i suoi sentimenti, le sue conoscenze, le sue credenze rispetto al proprio stato di salute. Si può sottolineare quindi che il processo di umanizzazione consiste sostanzialmente nel ricondurre al centro l'uomo con la sua esperienza di malattia e i suoi vissuti"*.

Il tema dell'umanizzazione è stato inserito per la prima volta nel Patto per la salute 2014-2016 laddove si afferma che *"nel rispetto della centralità della persona nella sua interezza fisica, psicologica e sociale, le Regioni e le Province Autonome si impegnano ad attuare interventi di umanizzazione in ambito sanitario che coinvolgano aspetti strutturali, organizzativi e relazionali dell'assistenza"* e si predispose un programma annuale di umanizzazione delle cure che comprenda la definizione di un'attività progettuale in tema di formazione del personale e un'attività progettuale



GIUNTA REGIONALE



Dipartimento Salute e Welfare - Servizio Programmazione Socio - Sanitaria

in tema di cambiamento organizzativo indirizzato soprattutto all'Area critica, Pediatria, Comunicazione, Oncologia, Assistenza domiciliare.

Parallelamente l'allegato al Decreto Ministeriale 2 aprile 2015, n. 70, "*Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera*", individua otto criteri fondamentali, tra cui uno è denominato "*umanizzazione*" con la richiesta di un impegno finalizzato a rendere i luoghi di assistenza e i programmi diagnostici e terapeutici orientati quanto più possibile alla persona considerata nella sua interezza fisica, sociale e psicologica, con una operatività comune in tutte le strutture, attraverso "*programmi per l'umanizzazione e personalizzazione dell'assistenza*".

Sulla base di quanto esposto, tenuto conto sia degli indirizzi di AGENAS, sia dei contenuti del documento allegato al citato Decreto 70/2015, la Regione Abruzzo individua i seguenti obiettivi di carattere generale:

1. favorire lo sviluppo di una cultura dell'umanizzazione in tutte le strutture sanitarie della Regione;
2. elaborare un piano di azione in ogni singola Azienda Sanitaria per l'umanizzazione di strutture, attività e prestazioni, la cui realizzazione deve svilupparsi a breve, medio e lungo termine, tenendo conto delle priorità e delle necessità di ogni Azienda Sanitaria nonché delle esperienze già in essere;
3. verificare costantemente lo sviluppo del progetto di umanizzazione e l'adesione delle azioni alle singole fasi di sviluppo del progetto, per gli eventuali adeguamenti;
4. rafforzare il senso d'appartenenza e migliorare il clima interno nel lavoro di équipe secondo un approccio integrato tra le diverse figure professionali.

Per quanto concerne gli obiettivi specifici, questi vengono suddivisi in:

obiettivi strutturali:

- migliorare gli spazi e gli arredi delle aree di attesa dei pazienti, con suppellettili confortevoli e di facile pulizia e disinfezione;
- adeguare i sistemi di chiamata degli utenti in attesa di prestazioni, privilegiando i sistemi digitali;
- acquisire ed installare nelle sale di attesa sistemi video per l'informazione continua agli utenti;
- acquisire arredi, suppellettili e presidi adeguati alle condizioni cliniche dei pazienti che afferiscono alle strutture e ai servizi sanitari;

obiettivi organizzativi:

- definire nuovi modelli di "presa in carico" degli utenti;



GIUNTA REGIONALE



Dipartimento Salute e Welfare - Servizio Programmazione Socio - Sanitaria

- definire modelli organizzativi e sistemi di cura e assistenza, con rigore scientifico e metodologico (evidenze), al fine di garantire la continuità e l'uniformità delle prestazioni e delle attività, con riferimento alla centralità dell'utente;
- sviluppare modelli clinico-assistenziali-riabilitativi centrati sulla persona, finalizzati a garantire l'adeguatezza e la completezza delle attività/prestazioni e la sicurezza (a utenti e professionisti), a favorire i percorsi di accesso alle strutture e i collegamenti tra strutture ospedaliere e territoriali e servizi domiciliari, con il coinvolgimento dei MMG, dei PLS e dei servizi socio-sanitari territoriali, in funzione delle necessità e bisogni del paziente;

obiettivi relazionali:

- definire ed utilizzare sistemi di comunicazione professionale ed inter-professionale finalizzati a garantire un progetto di cura e assistenza personalizzato (completo di aspetti tecnici, relazionali ed educativi);
- favorire il coinvolgimento proattivo di utenti e familiari, per una migliore adesione al progetto di cura e assistenza;
- programmare periodici momenti di audit (clinici ed organizzativi) per l'individuazione di eventuali criticità e/o non conformità e per la programmazione e realizzazione degli interventi correttivi.

AZIONI PER IL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI

1. Miglioramento della fase di accoglienza, con elaborazione di una procedura aziendale per la "presa in carico" nelle strutture sanitarie e predisposizione di una carta dell'accoglienza completa di dettagliate informazioni all'utenza;
2. Individuazione delle criticità strutturali di maggiore rilevanza e attivazione delle procedure per l'acquisizione di attrezzature, presidi, suppellettili e arredi necessari (con particolare riferimento agli ambienti di attesa degli utenti);
3. Individuazione, acquisizione ed installazione di sistemi di chiamata degli utenti e di "elimina-code", privilegiando sistemi digitali, nel rispetto della privacy degli utenti;
4. Programmazione e realizzazione di attività formative di carattere generale e specifico, finalizzate a fornire conoscenze e competenze almeno nei seguenti ambiti:
 - concetti di umanizzazione e principali riferimenti (normativi, OMS, PSN, etc.)
 - la presa in carico degli utenti;
 - la programmazione, l'organizzazione e la personalizzazione delle attività;
 - gli strumenti di lavoro necessari per la garanzia della personalizzazione degli interventi e la relativa continuità (intra ed extra-ospedaliera, professionale e multi-professionale);
 - i sistemi di relazione e comunicazione (professionale, multi-professionale, con gli utenti e con i famigliari);
 - l'audit (clinico e organizzativo).



GIUNTA REGIONALE



Dipartimento Salute e Welfare - Servizio Programmazione Socio - Sanitaria

TEMPI DI REALIZZAZIONE DELLE AZIONI: 12 mesi

Il progetto si sviluppa secondo le seguenti fasi

1. definizione di un gruppo di lavoro multi-professionale e multi-disciplinare;
2. individuazione delle criticità strutturali e delle relative azioni di adeguamento;
3. definizione delle azioni di miglioramento inerenti i percorsi ed i processi di umanizzazione, riferibili ai modelli organizzativi ed ai sistemi di cura e assistenza, anche attraverso la pubblicazione e la diffusione di materiale informativo per gli utenti;
4. programmazione e realizzazione delle attività formative di carattere generale, finalizzate a fornire le conoscenze fondamentali per l'attivazione e lo sviluppo del programma,
5. programmazione e realizzazione di attività formative a carattere specifico, finalizzate a definire modelli organizzativi e sistemi di cura e assistenza, caratterizzanti ogni singolo ambito e/o contesto clinico-assistenziale-riabilitativo;
6. sviluppo del programma nell'ambito di ogni singolo ambito e/o contesto clinico-assistenziale-riabilitativo;
7. Verifica e valutazione dei risultati ed eventuale correzione delle non conformità.

COSTI CONNESSI

€ 650.000,00

30% formazione e materiale informativo

30% borse di studio

20% Interventi di riqualificazione degli ambienti

20 % Attrezzature / strumenti / apparecchiature

INDICATORI DI MISURAZIONE E VERIFICA DEI RISULTATI

1. definizione ed utilizzo ordinario di una procedura aziendale per la "presa in carico" dell'utenza (target: 60% delle strutture)
2. adeguamenti strutturali, di attrezzature ed arredi (target: 70% del programma)
3. installazione di sistemi di chiamata degli utenti e di "elimina-code" (target: 100% del programma)
4. programmazione e realizzazione di attività formative finalizzate allo sviluppo del progetto (target: partecipazione dell'85% degli operatori interessati);
5. cambiamenti organizzativi (realizzazione dell'80% delle azioni previste nel programma di sviluppo del progetto)
6. cambiamenti nei sistemi di cura e assistenza (realizzazione dell'80% delle azioni previste nel programma di sviluppo del progetto)
7. audit (realizzazione di almeno 3 incontri/anno su aspetti organizzativi e/o clinico-assistenziali).



GIUNTA REGIONALE



Dipartimento Salute e Welfare - Servizio Programmazione Socio - Sanitaria

La Regione Abruzzo, preso atto dell'importanza dei processi di umanizzazione in aree di particolare complessità ed intensità clinico-assistenziali, quali le Cure Intensive le Cure delle Demenze e le Cure Riabilitative, visti i dati epidemiologici di riferimento, è tenuto conto delle proposte avanzate dalle Aziende Sanitarie di:

- Avezzano - Sulmona - L'Aquila;
- Lanciano - Vasto - Chieti;
- Teramo;

intende promuovere le seguenti specifiche sperimentazioni, per il momento riservate ai territori provinciali di rispettiva afferenza delle suddette ASL proponenti e che per il futuro potrebbero essere oggetto di diffusione presso altri ambiti territoriali regionali:

- ASL 1 Avezzano - Sulmona - L'Aquila: **Sviluppo di processi di umanizzazione nell'assistenza al paziente affetto da demenza**
- ASL 2 Lanciano - Vasto - Chieti: **Percorso vettore e riabilitazione dell'ipovedente**
- ASL 4 Teramo: **Rianimazione aperta**

Di seguito la schematizzazione e descrizione dei suddetti tre interventi sperimentali.

Intervento 1 ASL 1 Avezzano - Sulmona - L'Aquila

Sviluppo di processi di umanizzazione nell'assistenza al paziente affetto da demenza

OBIETTIVI QUALITATIVI E QUANTITATIVI

Il nuovo Patto per la salute 2014 - 2016, mira ad un generale efficientamento del nostro SSN, nell'ottica dell'appropriatezza; l'umanizzazione delle cure ne è il fulcro portante.

Tutte le previsioni in esso contenute sono state ispirate dai bisogni di salute dei cittadini e, allo stato attuale, costituisce il solo strumento per la costruzione di una sanità più vicina alle persone, più efficace ed efficiente, sicura, di qualità e competitiva in Europa.

Si tratta di attivare una trasformazione copernicana approcciando la malattia nella sua dimensione di condizione clinica complessa e non di evento biologico isolato, integrando così il modello centrato sulla malattia per definire un approccio di assistenza "centrata sul paziente".

Tra le aree di maggiore rilevanza clinica e socio-economica in area geriatrica in cui la tematica dell'umanizzazione ha un ruolo assolutamente centrale, va considerata la demenza senile (sia nella diagnosi di malattia di Alzheimer che di demenza vascolare) per l'elevata prevalenza e l'impatto devastante sul paziente e sui familiari. La prevalenza della demenza stimata in Italia varia tra 1.55% (EURODEM) e 1.40% (Ferri et al.) dati tendenzialmente superiori alla media europea, stimata tra 1.13% e 1.25%.



GIUNTA REGIONALE



Dipartimento Salute e Welfare - Servizio Programmazione Socio - Sanitaria

I dati epidemiologici della Regione Abruzzo sono in linea con quelli nazionali ed indicano un numero di pazienti con diagnosi di demenza pari a circa 4.120 (pari a 1.43% della popolazione ultrasessantacinquenne). Questi numeri, certamente rilevanti, forniscono una stima ridotta della dimensione del problema perché fanno riferimento ai pazienti in trattamento che però non rappresentano la totalità dei pazienti affetti da demenza.

Negli stadi più avanzati della malattia, infatti, il trattamento non è indicato mentre molti soggetti con forme iniziali di demenza non vengono inviati ai centri per la diagnosi e cura delle demenze e quindi sfuggono ad ogni censimento.

Peraltro sarebbe particolarmente importante identificare precocemente i pazienti che presentano forme iniziali di demenza perché in questi soggetti le strategie di intervento per rallentare la progressione della malattia hanno maggior successo. Stime più realistiche ipotizzano che la demenza in Italia colpisca circa il 5% dei soggetti di età superiore ai 65 anni, con una leggera prevalenza delle donne e dei soggetti poco scolarizzati. Si calcola, quindi, che in Italia i pazienti affetti da demenza siano oltre mezzo milione e che nella nostra Regione il numero più realistico di pazienti affetti da demenza sia pari a circa 12000, di cui circa 3300 nella provincia dell'Aquila.

In Italia circa l'80% delle persone colpite da demenza sono assistite a casa da familiari e, tra questi, sono soprattutto le donne (circa il 70% dei caregivers) ad essere maggiormente interessate al fenomeno. Questo aspetto rappresenta un elemento di non trascurabile rilevanza se si considera che la demenza rappresenta la principale causa di disabilità nell'anziano, e che il 50-75% dei pazienti con demenza sviluppa disturbi del comportamento che nel tempo aggravano la gestione richiedendo assistenza e sorveglianza continuative, e costituiscono la principale causa di "burn-out" del caregiver e di istituzionalizzazione dei pazienti.

I disturbi cognitivi, considerata la limitata efficacia della terapia farmacologica, possono giovare di un trattamento psico-sociale ed ambientale spesso tuttavia difficilmente realizzabile a domicilio. Il "peso dell'assistenza" di cui i caregivers si fanno carico si traduce in un disagio psicologico caratterizzato da ansia, depressione e malessere fisico e in un carico soggettivo che investe gli aspetti sociali ed economici dell'assistenza. Si tratta di un concetto multidimensionale che si ripercuote in modo globale sulla qualità della vita delle persone che si occupano di un anziano e si configura, quindi, come parte integrante della gestione "umanizzata" dell'assistenza al paziente affetto da demenza.

Anche il recente Piano Nazionale Demenze (Provvedimento 30 ottobre 2014), ha posto particolare attenzione all'implementazione dell'assistenza al paziente affetto da demenza. «Il Piano nazionale demenze» intende fornire indicazioni strategiche per la promozione e il miglioramento degli interventi nel settore, non soltanto con riferimento agli aspetti terapeutici specialistici, ma anche al sostegno e all'accompagnamento del malato e dei familiari lungo tutto il percorso di cura" "Il Piano focalizza dunque la propria attenzione su tutte le opportune misure di sanità pubblica che possano promuovere interventi appropriati ed adeguati, di contrasto allo stigma sociale, di garanzia



GIUNTA REGIONALE



Dipartimento Salute e Welfare - Servizio Programmazione Socio - Sanitaria

dei diritti, di conoscenza aggiornata, di coordinamento delle attività, nel loro complesso finalizzati ad una corretta gestione integrata della demenza”.

AZIONI PER IL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI

Quanto sopra esposto suggerisce l'opportunità di sviluppare ed implementare rete di servizi in grado di fornire un'assistenza qualificata, personalizzata e flessibile agli anziani affetti da demenza sia in regime di ricovero che a livello territoriale.

A tal fine, si programmano le seguenti azioni:

- Allestire ed organizzare due *Centri Diurni* pilota nel territorio della Provincia dell'Aquila (uno nell'Area territoriale dell'Aquila ed uno nell'Area Marsica – aree dove da tempo operano Unità Valutative Alzheimer), privilegiando l'utilizzo di strutture già esistenti, rivolti all'assistenza di persone affette da demenza moderata associata a disturbi del comportamento. Ciò al fine di controllare, contenere e ridurre i disturbi del comportamento più significativi associati alla demenza, con strategie assistenziali e di prevenzione della ricomparsa dei disturbi, stimolare le capacità cognitive e funzionali residue, posporre l'istituzionalizzazione limitando le ospedalizzazioni improprie, e supportare le famiglie nell'assistenza continuativa all'anziano riducendo lo stress del caregiver.
- Definire modelli di “presa in carico” e sviluppare percorsi clinico-assistenziali-riabilitativi rivolti agli utenti con demenza;
- Progettare ed elaborare una *Cartella Elettronica* che permetta la gestione a distanza multidisciplinare e domiciliare del paziente affetto da demenza, volta alla valutazione e al monitoraggio clinico, psicologico e comportamentale del paziente, del caregiver e di fattori socio-economici che possono influire sull'assistenza al paziente affetto da demenza. Il quotidiano monitoraggio ed aggiornamento dei dati dei pazienti domiciliari reclutati permetterà l'immediata identificazione di segnali di allarme provenienti dai report inseriti da diversi operatori, con l'obiettivo di prevenire recidive e identificare precoci segnali di allarme di eventi di crisi (ad esempio il ricorso a ricovero ospedaliero), migliorare la qualità di vita del paziente e implementare le risorse gestionali a disposizione del caregiver, potenziando la sua capacità di autonomia e riducendo lo stress legato al senso di inadeguatezza e di solitudine di fronte alla situazione di crisi;
- definire un *Percorso Formativo* finalizzato all'apprendimento di modalità strutturata di comunicazione in reparto, sia in senso orizzontale (tra operatori) che in senso verticale (operatore-paziente) (operatore-familiare, familiare-paziente). L'intervento sarà strutturato effettuando corsi di formazione al quale parteciperanno tutte le figure professionali coinvolte nell'assistenza ai pazienti affetti da demenza al fine di promuovere modalità più funzionali di comunicazione presso i familiari e assistenti attraverso tecniche di role play e di modellamento.



GIUNTA REGIONALE



Dipartimento Salute e Welfare - Servizio Programmazione Socio - Sanitaria

- Realizzare un **Documento Informativo** finalizzato a fornire le conoscenze essenziali sulla demenza dedicato alla popolazione al fine di sviluppare una coscienza collettiva su questa problematica di enorme rilevanza clinica e, soprattutto, socio-assistenziale. Ciò al fine di consentire lo sviluppo di una nuova sensibilità nei confronti di una condizione clinica particolarmente necessitante di un processo di umanizzazione perché non infrequentemente oggetto di una involontaria emarginazione che finisce per coinvolgere l'intera famiglia del paziente affetto da demenza.

TEMPI DI REALIZZAZIONE DELLE AZIONI

12 mesi, scansiti come da tabella

Attività	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Corso di Comunicazione -Organizzazione del corso (10 appuntamenti) -Organizzazione degli incontri settimanali. -Elaborazione del questionario Verifica periodica												
Cartella Elettronica -Identificazione degli strumenti ed elaborazione della cartella (supporto informatico) -Organizzazione della formazione del personale per la gestione e per la fruizione dello strumento -Sperimentazione sul territorio												
Centri diurni -Identificazione e formazione dell'equipe multidisciplinare -Costituzione fisica del Centro e Messa a punto di protocolli operativi -Sperimentazione del centro												
Documento Informativo - realizzazione - distribuzione												



GIUNTA REGIONALE



Dipartimento Salute e Welfare - Servizio Programmazione Socio - Sanitaria

COSTI CONNESSI

Totale Euro 220.000,00

- realizzazione di nuovi corsi di formazione: € 40.000,00
- completamento e messa regime del sistema della cartella informatizzata: € 35.000,00
- organizzazione e gestione di due centri diurni: € 110.000,00
- realizzazione, stampa e distribuzione del documento informativo (stima di 15 mila copie): € 35.000,

INDICATORI DI MISURAZIONE E VERIFICA DEI RISULTATI

1. organizzazione dei due Centri Diurni” (SI/NO)
2. definizione di una procedura di presa in carico degli utenti (SI/NO)
3. definizione di progetti e percorsi individualizzati di cura, assistenza, riabilitazione (SI/NO)
4. completamento ed utilizzo della cartella elettronica (SI/NO)
5. verifica della soddisfazione di utenti e partecipanti
6. numero di centri coinvolti/n. gruppi disciplinari istituiti
7. numero di prestazioni effettuate
8. numero di operatori sanitari, pazienti e caregivers che hanno beneficiato di tale sistema di integrazione territoriale (target 85% dei pazienti arruolati)
9. Percentuale di pazienti affetti da demenza istituzionalizzati rispetto allo storico.

Intervento 2 ASL 2 Lanciano - Vasto - Chieti - Università G. D'Annunzio
Centro Regionale di Eccellenza in Oftalmologia Prof. Leonardo Mastropasqua
Percorso vettore e riabilitazione dell'ipovedente

OBIETTIVI QUALITATIVI E QUANTITATIVI

L'OMS afferma che l'ipovisione costituisce un problema prioritario per i servizi sanitari di tutti i Paesi che sono chiamati, davanti alla drammaticità del fenomeno, a organizzare programmi di intervento non solo profilattico e terapeutico, ma anche e soprattutto di **riabilitazione e di umanizzazione dei percorsi di cura**.

L'ipovisione è un tema di grande attualità sociale e sanitaria e nel futuro avrà sempre più incidenza sulla politica sanitaria e sull'integrazione socio-sanitaria.

Dati dell'OMS segnalano che il numero di ipovedenti era 52 milioni nel 1972, 110 milioni nel 1990, 135 milioni nel 1996 e si stima che gli ipovedenti saranno 220 milioni nel 2015. In Italia secondo l'Istat i ciechi sono 362.000, mentre gli ipovedenti (Legge 138/2001) sono stimati tra 1,5 e 2 milioni. Nella Regione Abruzzo si calcola un numero di ipovedenti tra i 40 e i 50 mila.

L'ipovisione e la cecità sono di fondamentale importanza anche se parliamo di bambini: secondo le statistiche fornite dalla Iapb (International Agency for Prevention of Blindness – Italian Branch) concernenti l'infanzia, solo il 25% dei bambini viene sottoposto a visite oculistiche entro i primi tre



GIUNTA REGIONALE



Dipartimento Salute e Welfare - Servizio Programmazione Socio – Sanitaria

anni, all'ingresso nell'età scolare il 30% non ha mai effettuato alcun controllo oculistico, ed infine, nella fascia d'età compresa tra i 3 e i 6 anni, il 6% dei bambini soffre di disturbi oculari. Nel Mondo un bambino diventa cieco ogni minuto che passa.

Nel 2006 la Iapb (International Agency for Prevention of Blindness – Italian Branch) ha individuato il **Centro Regionale di Eccellenza in Oftalmologia** diretto dal Prof. Leonardo Mastropasqua, quale **Centro di riferimento nazionale per la prevenzione dell'ipovisione e la riabilitazione visiva** (Legge 284/97, *Disposizioni per la prevenzione della cecità e per la riabilitazione visiva e l'integrazione sociale e lavorativa dei ciechi pluriminorati*).

Nel 2009 è stato istituito il Centro Regionale Dipartimentale di alta Specialità di ricerca ed assistenza per la prevenzione della cecità e la Riabilitazione visiva degli ipovedenti, che ha implementato e perfezionato il percorso riabilitativo.

Nel 2010 la Iapb ha scelto di individuare un proprio Polo Riabilitativo nella Regione Abruzzo (Iapb Prot. 81/U/10) indicando il Centro Regionale di Eccellenza in Oftalmologia dell'Università "G. d'Annunzio" di Chieti-Pescara, certificato come membro EVICR.net (CS63), alla luce dei traguardi nazionali ed internazionali raggiunti e dell'alta tecnologia di cui il Centro dispone.

Nel gennaio 2011 il Centro Regionale di Eccellenza in Oftalmologia è stato riconosciuto Polo Unico Regionale Iapb Abruzzo.

Con Legge Regionale n.4 del 07/02/2013 è stato istituito il Polo Unico Regionale di alta specializzazione per la prevenzione della cecità e per la rieducazione e riabilitazione visiva presso il Centro Regionale di Eccellenza in Oftalmologia dell'Azienda Sanitaria Locale 2 Lanciano-Vasto-Chieti.

L'intervento è rivolto a tutte le fasce di età e mira a garantire "l'autonomia" dei pazienti disabili visivi ed a reinserirli, a seconda delle potenzialità, nella famiglia e nella società, ottenendo in tal modo anche una riduzione del "costo" sociale del disabile. Nello specifico, la Riabilitazione visiva e la continuità delle cure, prevedendo una sequenza di interventi e trattamenti coordinati, necessitano di competenze multidisciplinari (oculisti, ortottisti, psicologo, sociologo, terapisti occupazionali, tiflogi, istruttore di mobilità e orientamento) da coinvolgere e integrare in modo sinergico, di strumentazioni adeguate, di strutture e servizi da cooptare.

Inoltre, nell'ottica della umanizzazione dei percorsi e delle strutture, si intende garantire l'accessibilità delle zone dedicate dell'Ospedale Clinicizzato di Chieti, dando al paziente la possibilità di raggiungere autonomamente il Polo Unico Regionale per la Riabilitazione.

L'intervento prevede di arruolare il maggior numero di pazienti tra i 40-50 mila ipovedenti che popolano l'Abruzzo di età compresa tra 16 e 70 anni, a cui verrà proposta una riabilitazione mirata per il miglioramento del residuo visivo e della capacità di fissazione, e l'addestramento all'utilizzo del "percorso Hi-Tech" (tattile-plantare-vocale) e della relativa segnaletica ad alto contrasto.

AZIONI PER IL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI

Preso in carico del paziente secondo un progetto riabilitativo personalizzato.



GIUNTA REGIONALE



Dipartimento Salute e Welfare - Servizio Programmazione Socio - Sanitaria

Realizzazione del “**percorso Hi-Tech**” (tattile-plantare-vocale), che guidi il disabile visivo attraverso la struttura ospedaliera ed il Campus Universitario permettendogli di raggiungere, oltre agli ambulatori del Centro, il “**percorso vita**” situato all’interno del Campus,

A tal fine si prevede la realizzazione di un parcheggio riservato da cui parte il percorso “vettore”.

Le prime informazioni vengono fornite attraverso una mappa tattile, mappa a rilievo che rappresenta in modo schematico uno spazio aperto o racchiuso e che risulta leggibile al tatto ed alla vista. Essa riporta in rilievo la pianta dello spazio in cui è ubicata, le scritte in Braille e quelle in caratteri alfanumerici. La stessa è inoltre dotata di un buon contrasto tra lo sfondo e gli elementi in rilievo, e proprio per le sua leggibilità sia visiva che tattile è in grado di agevolare l'orientamento e la conoscenza di un luogo o percorso per le persone cieche e ipovedenti.

L’obiettivo finale di ogni mappa tattile è quello di trasmettere le sole informazioni necessarie e sufficienti a consentire una scelta consapevole e corretta da parte del fruitore ed un utilizzo in sicurezza del luogo attraversato.

Il “percorso Hi-Tech” è una guida elettronica intelligente che parla direttamente all’orecchio della persona cieca o ipovedente e consiste in un tracciato dotato di sensori che si interfacciano con un bastone elettronico (che funge da antenna) il quale, a sua volta, comunica via bluetooth col cellulare del soggetto; il segnale viene emesso da sensori collocati sotto al pavimento (transponder) che avvertono in tempo reale chi cammina di eventuali ostacoli, incroci, presenza di ingressi e di ausili, come le mappe tattili.

Le persone interessate saranno quindi dotate di un bastone elettronico, un cellulare e un auricolare Bluetooth.

La segnaletica visiva è altrettanto importante e deve essere rilevabile nelle diverse condizioni d’uso in maniera semplice ed efficace da tutti coloro che posseggono un residuo visivo e che si muovono senza bastone bianco.

TEMPI DI REALIZZAZIONE DELLE AZIONI

12 mesi, prorogabili

COSTI CONNESSI

€ 600.000,00 complessivi per il primo anno da destinare alle seguenti voci di spesa:

- Allestimento ambienti dedicati alla sala oculistica, alla sala di riabilitazione, allo studio psicologico, ai servizi vari; € 160.000,00
- Arredi, strumentazioni, informatizzazione e materiale di consumo; € 160.000,00

- Realizzazione del percorso Hi tech tattile-plantare-vocale, compreso il materiale per la fruibilità dello stesso (cellulari, bastoni bianchi e auricolari bluetooth); € 200.000,00
- 4 consulenze professionali: psicologo, tiflogo (esperto in strumenti tiflotecnici) istruttore di orientamento e mobilità, terapeuta occupazionale. € 80.000,00



GIUNTA REGIONALE



Dipartimento Salute e Welfare - Servizio Programmazione Socio - Sanitaria

INDICATORI DI MISURAZIONE E VERIFICA DEI RISULTATI

- numero pazienti arruolati e sottoposti al percorso diagnostico e terapeutico
- numero di pazienti su cui si è effettuata la presa in carico con progetto riabilitativo personalizzato
- misuratori di soddisfazione del paziente
- riduzione delle liste d'attesa

Intervento 3 ASL 4 Teramo **Rianimazione aperta**

Il futuro dell'assistenza, nell'ottica di un processo di umanizzazione, è basato sulla costruzione ragionata e dinamica di percorsi che siano esplicativi di accuratezza e appropriatezza e non di approssimazione, atti a sviluppare modalità di relazione sempre più rispondenti alle esigenze delle persone e funzionali alla realizzazione degli obiettivi assistenziali. Infatti, attraverso una adeguata formazione, esiste la possibilità di prevedere approcci comportamentali preordinati allo scopo di ottenere il contenimento, il controllo e il superamento di alcune situazioni che inevitabilmente riguardano l'impatto del cittadino-utente con la struttura e in particolare con la terapia intensiva.

Gli interventi di sostegno al cittadino si realizzano attraverso la definizione di una tipica relazione di aiuto, nell'ambito della quale gli strumenti di gestione (modalità di comunicazione, contenuti della comunicazione, approccio alla famiglia, ecc.) variano e si adeguano continuamente al mutare delle capacità e possibilità del paziente di stabilire contatti con l'esterno.

La forma di comunicazione più efficace con la persona a grave rischio di vita è quella empatica, poche parole a descrizione di una dimensione emozionale intensa, sentita ed ascoltata.

Il percorso di umanizzazione dell'assistenza è molto lungo, visto nel più vasto panorama di una sanità a servizio dell'individuo, il tema della Rianimazione Aperta vuole essere solo un esempio per comprendere che l'educazione e la formazione dell'operatore sanitario ad un rapporto di maggiore qualità nei confronti dei pazienti sarà il core dell'assistenza e in molti casi la ragione per tanti affanni. In Italia, il progetto della Rianimazione Aperta ha assorbito molto interesse da parte della ricerca scientifica, delle direzioni sanitarie, della ricerca microbiologica.

La Presidenza del Consiglio dei Ministri ha approvato nel luglio 2013 il parere del Comitato Nazionale per la Bioetica (presidente Prof. Francesco Paolo CASAVOLA, redattore Prof. Andrea Nicolussi) per promuovere il diritto dei pazienti ricoverati nelle T.I. alla presenza accanto a sé dei familiari o delle persone care da essi indicate disciplinando l'organizzazione dell'apertura in modo di salvaguardare anche gli altri valori in gioco (sicurezza, ordine, igiene, privacy, intimità, confidenzialità): *"la promozione dell'accesso alla T.I. per familiari e visitatori non è pericolosa per i pazienti, ma anzi è benefica sia per loro, sia per le famiglie"*.



GIUNTA REGIONALE



Dipartimento Salute e Welfare - Servizio Programmazione Socio - Sanitaria

Le rianimazioni in generale sono strutture chiuse, presentano regole di accesso molto restrittive e l'ingresso e la presenza dei familiari sono limitati.

Con il ricovero in rianimazione pazienti e familiari si trovano improvvisamente in un ambiente altamente medicalizzato, con monitor, strumentazioni ad alta tecnologia con allarmi sonori e visivi e con rigide regole di isolamento; tutto questo determina un ulteriore carico emotivo sugli stessi, già privati dallo stato di malattia. Esperienze innovative in diverse strutture ospedaliere hanno evidenziato che è possibile promuovere una maggiore umanizzazione dell'assistenza in questo luogo di cura, salvaguardando allo stesso tempo il controllo del rischio infettivo.

Una rianimazione "aperta" può essere definita come una struttura di cure intensive dove la presenza dei familiari non viene più considerata un "intralcio" o un rischio ma, piuttosto una componente necessaria per il miglioramento delle cure ed il benessere sia del paziente che della sua famiglia.

Il lavoro svolto in rianimazione sotto gli occhi dei familiari contribuisce anche a dare loro rassicurazione, rafforzando la convinzione che il proprio congiunto è seguito con impegno ed in modo continuativo.

Infine la modalità aperta favorisce una comunicazione più adeguata con i sanitari e accresce la fiducia e l'apprezzamento per l'equipe medico-infermieristica.

Aprire la rianimazione significa però applicare una serie di cambiamenti organizzativi e gestionali, modificando ritmi e regole consolidati nella tradizione medica ed infermieristica.

Ciò rende necessario un forte cambiamento di tipo culturale sia degli operatori che degli stessi familiari.

OBIETTIVI QUALITATIVI E QUANTITATIVI

L'obiettivo è rappresentato dalla realizzazione di un progetto di implementazione dell'umanizzazione del percorso assistenziale con:

- Adesione alle evidenze riguardanti l'apertura della T.I.
- Umanizzazione delle cure nel rispetto della dignità della persona degente in T.I.
- Coinvolgimento dei familiari nel processo di cura
- Supporto psicologico del sistema paziente-operatore-familiare
- Intensificazione dei programmi di fisiochinesiterapia mirati alla mobilitazione ed allo svezzamento precoce dalla ventilazione meccanica

Tra le positive ricadute dell'investimento nel progetto presentato risulta estremamente rilevante quella relativa alla riduzione dei tempi di degenza ed alla soddisfazione del paziente e dei familiari con possibile impatto positivo sulla riduzione dei contenziosi risarcitori.

Personale necessario allo sviluppo del progetto : psicologo, fisioterapista e biologo

AZIONI PER IL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI

1. Adeguare le strutture (spazi di attesa, spazi per il cambio abiti e igiene individuale, armadietti individuali, etc.);
2. Adeguare gli arredi e gli spazi di attesa;



GIUNTA REGIONALE



Dipartimento Salute e Welfare - Servizio Programmazione Socio – Sanitaria

3. Definire le procedure da rendere operative in via ordinaria (famigliari e operatori);
4. Definire gli orari di “apertura” (almeno 12 ore / giorno)
5. Informare e formare gli operatori ed i famigliari

TEMPI DI REALIZZAZIONE DELLE AZIONI

ATTIVITA'	MESI			
	3	6	9	12
Formazione interna degli operatori				
Realizzazione di campagne di informazione, comunicazione ed empowerment				
Adeguamenti strutturali, arredi, apparecchiature				
Implementazione del percorso organizzativo				
Applicazione e verifica degli indicatori misurabili				

COSTI CONNESSI

Budget previsto per la realizzazione del progetto è di € 350.000,00

Si riportano di seguito le voci di spesa attraverso cui si ripartirà il budget del progetto:

- formazione, comunicazione ed empowerment € 50.000,00
- adeguamento strutturale, arredi e apparecchiature € 250.000,00
- spese di funzionamento inclusi i costi per il personale € 50.000,00

INDICATORI DI MISURAZIONE E VERIFICA DEI RISULTATI

Si rende necessario sviluppare attività di monitoraggio, controllo e studi comparativi, necessari per una valutazione qualitativa e quantitativa con specifici indicatori, centrati prevalentemente su:

- CORRELAZIONE TRA LIBERALIZZAZIONE DELLE “VISITING POLICIES” E PERCEZIONE DELLA QUALITÀ DELLE CURE DA PARTE DI PAZIENTI, FAMILIARI, PERSONALE SANITARIO
anxiety score,
clinicians-administered PTSD (disturbo post-traumatico da stress),
post-intensive care syndrome family (PICS-F)
- MONITORAGGIO E CONTROLLO DELLE INFEZIONI IN RIANIMAZIONE
sorveglianza epidemiologica delle infezioni,
monitoraggio della flora batterica prevalente,
monitoraggio ambientale



GIUNTA REGIONALE



Dipartimento Salute e Welfare - Servizio Programmazione Socio - Sanitaria

Accordo Rep. Atti n. 234/CSR del 23/12/2015

LP 3 Cure palliative e terapia del dolore. Sviluppo della assistenza domiciliare palliativa.

PROGETTO: Rete regionale per le cure palliative domiciliari

Referenti tecnici ASL:

ASL 1 Avezzano - Sulmona - L'Aquila: Prof. Franco Marinangeli

ASL 2 Lanciano - Vasto - Chieti: Dott. Pierpaolo Carinci

ASL 3 Pescara: dott. Tullio Spina

ASL 4 Teramo: Dott. Claudio Di Bartolomeo

TOTALE RISORSE PER LINEA PROGETTUALE: € 2.538.144,33

di cui € 2.462.000,00 dedicate alla attuazione del progetto

OBIETTIVI QUALITATIVI E QUANTITATIVI

L'obiettivo qualitativo è lo sviluppo di una Rete per le cure palliative domiciliari nel territorio regionale. Il target dei pazienti è quello della terminalità oncologica e non oncologica, dell'adulto e del bambino, terminalità individuata ai sensi dei DCA della Regione Abruzzo n.51/2012 e n.82/2013, ed in stretto rapporto con la assistenza palliativa erogata dagli hospice regionali.

L'importanza delle cure palliative domiciliari acquista un valore ancora più grande quando ci si vuole riferire a quella tipologia di cure palliative definite *non oncologiche* in quanto destinate a pazienti terminali non affetti da cancro; le cure palliative infatti sono l'approccio più indicato anche per la traiettoria di fine vita caratteristica delle insufficienze d'organo refrattarie alla terapia ordinaria: si tratta della insufficienza cardiaca refrattaria, della insufficienza respiratoria refrattaria, della insufficienza epatica refrattaria e con le dovute cautele, la insufficienza renale terminale.

E' una problematica sulla quale si sta concentrando l'attenzione del mondo scientifico, sia per la sua portata etico-decisionale sia per l'impatto numerico non indifferente che viene stimato pari al 50-100% in più rispetto alla terminalità oncologica.

La terminalità in ambito non oncologico è molto più difficile da prevedere e valutare: nell'ambito di questa Linea Progettuale deve trovare attuazione da parte della Rete Terapia del Dolore delle Aziende USL, individuata ai sensi della legge 38/2010 e successiva normativa attuativa, il trattamento di tutte le patologie dolorose croniche in pazienti non deambulanti per le quali il MMG richieda una visita domiciliare di Terapia del Dolore; ciò permetterà da una parte di attuare le previsioni della legge 38/2010, dall'altra di intercettare direttamente i pazienti in progressione di malattia che si avviano alla terminalità.

Nell'ambito di questa Linea Progettuale devono inoltre avere risposta le necessità di tipo nutrizionale dei pazienti eleggibili a cure palliative, soprattutto in quella fase precoce di malattia terminale identificata attualmente dal mondo scientifico come *Early palliative care*.



GIUNTA REGIONALE



Dipartimento Salute e Welfare - Servizio Programmazione Socio – Sanitaria

L'obiettivo quantitativo, da raggiungersi con una previsione triennale, è la copertura da parte della Rete cure palliative regionale di un numero di pazienti pari a tre volte il numero dei pazienti trattati in Hospice (oppure la tendenza al raggiungimento dell'indicatore 1 di cui al DM 43/2007).

AZIONI PER IL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI

Per il raggiungimento degli obiettivi sono necessarie le seguenti azioni:

- Acquisizione di personale o attività professionale medico-specialistica, infermieristica, psicologica (avente le caratteristiche di cui al Decreto commissariale n.142 del 29.10.2014), fisioterapica ed amministrativa di supporto (compresa attività finalizzata alla gestione dei dati), da acquisire con le modalità che le aziende vorranno adottare, non escluso il ricorso a borse di studio, attività libero-professionale ex art. 55 e/o convenzioni con associazioni no profit del settore;
- Formazione del personale specialistico individuato laddove non in possesso dei suddetti requisiti mediante corsi intra aziendali, interaziendali, master universitari di I e II livello, corsi residenziali esterni in sedi formative accreditate e con stage residenziali laddove necessario. La formazione sarà estesa anche ai Medici di Medicina Generale ed ai Pediatri di Libera Scelta.
- Requisiti strutturali e tecnologici: linee telefoniche, fax, strumentazione hardware per la comunicazione tra operatori e pazienti; automediche fornite della strumentazione necessaria; linee telefoniche mobili e linee dati per ogni gruppo operativo; software gestionale e assistenziale per la rete cure palliative con interconnessione con gli altri fornitori di Cure Domiciliari (Distretti, MMG e PLS) tipo InterRai o simile compatibile con la rete informatica regionale ed aziendale; avvio di un progetto pilota di telemedicina su un minimo numero di pazienti domiciliari in cure palliative oncologiche e non, o altre tecnologie necessarie in base alle attuali dotazione delle singole strutture. Dotazioni e attrezzature, nonché adeguamenti strutturali dove necessari per il conseguimento degli obiettivi, potranno essere acquisite anche per gli Hospice, laddove finalizzate alle attività territoriali.

TEMPI DI REALIZZAZIONE DELLE AZIONI

- 1^ fase (1° mese - 4°mese)** - individuazione operatori e reperimento figure mancanti
- avvio procedure di adeguamento delle strutture e di acquisto attrezzature, laddove necessario
- Avvio della formazione
- 2^ fase (3° mese-7° mese)**
- prosecuzione formazione specifica degli operatori individuati;
- stesura protocolli operativi e percorsi per l'integrazione della Rete
- completamento procedure acquisto attrezzature
- 3^ fase (7°mese-11° mese)**
- Aggiornamento/tutoraggio sull'uso della strumentazione e dei supporti informatici



GIUNTA REGIONALE



Dipartimento Salute e Welfare - Servizio Programmazione Socio - Sanitaria

- Completamento formazione specifica degli operatori individuati
- condivisione e validazione dei protocolli operativi e dei percorsi per la integrazione della Rete

Ultima fase (8°mese-12° mese)

Operatività su tutto il territorio aziendale di Equipe di cure palliative, specialistiche e di base, formate per l'assistenza nella terminalità dei pazienti non oncologici, pediatrici ed adulti.

La suddivisione in fasi, necessaria dal punto di vista espositivo, non deve essere intesa in modo netto, potendo le fasi almeno in parte sovrapporsi.

COSTI CONNESSI

I costi complessivi connessi alla attuazione del progetto ammontano a € 2.462.000,00.

La ripartizione dei finanziamenti relativa alle fasi sarà a carico dei Referenti Aziendali della Linea Progettuale in base alle esigenze di ogni singola Azienda USL; viene pertanto di seguito indicata una ripartizione di massima dei costi:

1^ fase (1° mese-4°mese)	20%
2^ fase (3° mese-7° mese)	30%
3^ fase (7°mese-11° mese)	20%
4^ fase (8°mese-12° mese)	30%

INDICATORI DI MISURAZIONE E VERIFICA DEI RISULTATI

- Numero di malati non oncologici eleggibili a cure palliative presi in carico dalla Rete Cure palliative / n. pazienti eleggibili a cure palliative non oncologici segnalati: $\geq 90\%$
- Numero dei malati oncologici eleggibili a cure palliative presi in carico dalla Rete Cure Palliative/ numero dei pazienti eleggibili a cure palliative segnalati: $\geq 90\%$
- Numero dei malati con dolore refrattario presi in carico dalla Rete Terapia del Dolore a domicilio/ numero dei pazienti con dolore refrattario a domicilio segnalati: $\geq 90\%$;
- Numero di malati nei quali il tempo massimo di attesa fra la segnalazione del caso e l'inizio della presa in carico domiciliare da parte della Rete Cure Palliative è inferiore o uguale ai 3 giorni /numero dei malati presi in carico a domicilio dalla Rete e con assistenza conclusa: $\geq 80\%$.
- Numero di pazienti trattati presso gli ambulatori di Cure Palliative.



GIUNTA REGIONALE



Dipartimento Salute e Welfare - Servizio Programmazione Socio - Sanitaria

Accordo Rep. Atti n. 234/CSR del 23/12/2015

LP 5 Gestione della Cronicità

PROGETTO: La gestione della cronicità al domicilio del paziente e la prevenzione della cronicità nella malattia psichiatrica.

Referenti tecnici ASL:

ASL 1 Avezzano - Sulmona - L'Aquila: Dott. Luigi Giacco Dott.ssa Colomba Ciampa

ASL 2 Lanciano - Vasto - Chieti: Dott. Pasquale Falasca, Dott. Emidio Mastrovecchio

ASL 3 Pescara: Dott.ssa Lucia Romandini

ASL 4 Teramo: Dott. Valerio Profeta

Relativamente allo specifico intervento della prevenzione di forme di cronicità nei pazienti psichiatrici, sono individuati referenti i Direttori DSM presso le ASL:

ASL 1 Dott. Vittorio Sconci

ASL 2 Dott. Massimo Di Giannantonio

ASL 3 Dott. Sabatino Trotta

ASL 4 Dott. Nicola Serroni

TOTALE RISORSE PER LINEA PROGETTUALE: € 4.204.035,86

di cui € 4.077.914,78 dedicate alla attuazione del progetto

OBIETTIVI QUALITATIVI E QUANTITATIVI

Al progressivo invecchiamento della popolazione – determinato dalla maggiore aspettativa di sopravvivenza e dai cambiamenti degli stili di vita – nonché al mutamento del contesto epidemiologico in atto, conseguono l'aumento della cronicità e delle pluripatologie, che stanno progressivamente trasformando le necessità assistenziali dei pazienti over 65.

Risulta pertanto necessario, al fine di minimizzare il disagio del paziente cronico-degenerativo, contrastare il decorso naturale della malattia, mediante lo sviluppo di nuove modalità assistenziali basate sull'integrazione dei professionisti coinvolti e dei servizi erogati.

Nell'ottica del contrasto alla fragilità e/o alla non autosufficienza, il territorio deve essere sempre più coinvolto nella gestione del paziente anziano e/o adulto fragile, non solo fornendo risposte assistenziali individualizzate rispetto ai differenti bisogni rilevati, ma anche cercando – quanto più possibile – di privilegiare la possibilità di trattamenti effettuati presso il domicilio dell'utente, in quanto contesto familiare al paziente, nell'ambito del quale promuovere iniziative di solidarietà e di coinvolgimento parentale, oltre che con il concorso dei servizi sociosanitari domiciliari e di



GIUNTA REGIONALE



Dipartimento Salute e Welfare - Servizio Programmazione Socio - Sanitaria

assistenza sociale in genere, anche mediante il ricorso alle nuove possibilità offerte dall'assistenza domiciliare tele-assistita.

Relativamente a tale ambito specifico della teleassistenza e telesalute, il tele-monitoraggio domiciliare rappresenta una modalità di applicazione delle tecnologie di comunicazione ed informazione per portare l'assistenza nell'ambito domiciliare.

In linea con la riforma delle cure primarie e l'adozione di "chronic care models", esso può rappresentare un importante strumento di supporto per l'erogazione di assistenza sanitaria a domicilio.

Il tele-monitoraggio permette infatti di:

- Facilitare lo scambio di informazioni tra Paziente e Operatori sanitari
- Monitorare a distanza parametri clinici del Paziente, intercettando possibili peggioramenti
- Accedere ai dati del Paziente da qualsiasi luogo, monitorando meglio anche la sua aderenza alla terapia
- Fornire al Paziente strumenti di supporto per migliorare qualità della vita e aderenza alla terapia

Sulla base di questi obiettivi, si intende sviluppare un servizio di tele-monitoraggio domiciliare che fa leva su una soluzione tecnologica che sia affidabile, di facile utilizzo per gli utenti e che faciliti l'interazione tra tutti gli attori.

In effetti lo sviluppo di strumenti per la Telemedicina consente sia di trovare nuove risposte a problemi tradizionali della medicina, sia di creare nuove opportunità per il miglioramento del servizio sanitario tramite una maggiore collaborazione tra i vari professionisti sanitari coinvolti e i pazienti.

Il principale obiettivo della implementazione della Telemedicina è quello di sviluppare la continuità delle cure e l'integrazione Ospedale - Territorio; nello specifico si tratta di introdurre un modello organizzativo integrato per il monitoraggio remoto domiciliare di pazienti cronici (telemedicina specialistica, teleconsulto, teleradiologia, laboratorio biomedico, telesalute e monitoraggio dei parametri), associato ad una centrale di servizi di emergenza H24 ed educativa, a supporto del medico di medicina generale, fornito ad una coorte di pazienti cronici e/o fragili.

L'offerta di un'assistenza sempre più incentrata sull'accesso unitario alla rete dei servizi territoriali, nonché sulla valutazione delle specifiche esigenze sanitarie e sociosanitarie della persona, si rivela dunque necessaria al fine di realizzare la presa in carico integrata del soggetto anziano e adulto con fragilità e/o del soggetto non autosufficiente.



GIUNTA REGIONALE



Dipartimento Salute e Welfare - Servizio Programmazione Socio - Sanitaria

Il ricorso all'approccio descritto, da implementare anche mediante il coinvolgimento dei Servizi PUA/ADI/UVM, dei MMG, dei reparti nonché delle farmacie ospedaliere consente oltre tutto di ridurre i ricoveri ripetuti ed impropri, con ulteriori benefici in ordine al sovraffollamento dei PP.SS.

Infine, ma non da ultimo, risulta fondamentale, ai fini di un'assistenza sanitaria qualitativamente ottimale, quella di potenziare attività, diagnostiche, di cura e di riabilitazione sociale e sanitaria, facendo tesoro di esperienze per le quali Regione Abruzzo costituisce a tutt'oggi un riferimento, come ad esempio in materia di prevenzione di forme di cronicità nei pazienti psichiatrici.

AZIONI PER IL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI

1. Informatizzazione dei servizi distrettuali PUA ed UVM - coinvolti nella gestione della non autosufficienza e della fragilità, nei relativi aspetti organizzativi e clinico-assistenziali del paziente - e loro integrazione telematica non solo con il gestionale ADI, ma anche con la messa in rete dei MMG;
2. Formazione degli operatori a vario titolo coinvolti nelle attività PUA ed UVM all'utilizzo dei nuovi sistemi informativi;
3. Potenziamento dei servizi distrettuali ADI, mediante acquisizione di risorse strumentali e tecnologiche, apparecchiature medicali ecc, nonché mediante l'organizzazione (qualora ritenuta necessaria e/o opportuna in relazione alle specifiche esigenze delle diverse aree territoriali aziendali della Regione, e qualora ritenuto fattibile tenuto conto dell'incidenza degli eventuali costi del personale a livello di singola ASL) di équipe multidisciplinari specialistiche per le principali patologie croniche, come possibile esperienza di prosecuzione e sviluppo di quanto già in corso nel territorio della attuale ASL di Teramo;
4. Efficientamento della presa in carico del paziente in ADI mediante esternalizzazione delle schede anamnestiche editabili e trasmissibili telematicamente dai MMG;
5. Studio per l'implementazione dei percorsi di dimissione protetta per particolari patologie con esiti nella cronicità, ai fini dell'abbattimento dei ricoveri ripetuti e/o impropri;
6. Informatizzazione inerente alla fornitura dei farmaci presso le farmacie ospedaliere mediante invio telematico delle richieste da parte dei MMG;
7. Sviluppo e potenziamento organizzativo/operativo del sistema dei percorsi riabilitativo - terapeutici, destinati in particolare all'utenza psichiatrica e finalizzati alla prevenzione di forme di cronicità attraverso la promozione dell'integrazione sociale e lavorativa quale elemento parte integrante del programma riabilitativo individuale (PSR Abruzzo LR 37/1999 e Piano di azioni nazionale sulla salute mentale Rep. Atti 4/CU del 24/01/2013).



GIUNTA REGIONALE



Dipartimento Salute e Welfare - Servizio Programmazione Socio - Sanitaria

A tal fine le ASL, attraverso i DSM, stipulano convenzioni con Enti pubblici e Cooperative per l'inserimento lavorativo di pazienti in carico e considerati eleggibili a tale tipo di intervento, avente forte valenza sanitaria in quanto ricompreso nel progetto riabilitativo individuale (cfr. Piano Sanitario Regionale Abruzzo LR 37/1999).

I DSM sono tenuti al monitoraggio dei programmi riabilitativi individuali terapeutici territoriali (P.R.I.T.T.) predisposti per ciascun soggetto, e ad assicurare la presenza del personale specializzato a richiesta dell'Ente ospitante, ove il paziente svolge detto programma riabilitativo, e comunque a cadenze concordate.

L'intervento socio-sanitario suddetto, essendo finalizzato alla prevenzione della cronicità ed essendo inserito in un piano terapeutico-riabilitativo individuale, ha una durata definita a seconda del decorso clinico del paziente interessato come valutato dall'équipe del DSM di riferimento.

8. Sperimentazione di modelli di assistenza destinati a pazienti che non usufruiscano già di altre forme di assistenza residenziale, semiresidenziale, ADI, ecc., modelli con i quali poter coniugare soluzioni tecnologiche con i bisogni di salute per il fine ultimo di favorire e promuovere il più possibile l'assistenza a domicilio dei pazienti in condizioni di fragilità (teleassistenza domiciliare, teleconsulto specialistico, tele monitoraggio medico, telesoccorso, ecc.).

La categoria della Telemedicina specialistica comprende le varie modalità con cui si forniscono servizi medici a distanza all'interno di una specifica disciplina medica. Può avvenire tra medico e paziente oppure tra medici e altri operatori sanitari.

In base al tipo di relazione tra gli attori coinvolti, le prestazioni della Telemedicina Specialistica si possono realizzare secondo le seguenti modalità:

- Televisita: è un atto sanitario in cui il medico interagisce a distanza con il paziente. L'atto sanitario di diagnosi che scaturisce dalla visita può dar luogo alla prescrizione di farmaci o di cure. Durante la Televisita un operatore sanitario che si trovi vicino al paziente, può assistere il medico. Il collegamento deve consentire di vedere e interagire con il paziente e deve avvenire in tempo reale o differito.
- Teleconsulto: è un'indicazione di diagnosi e/o di scelta di una terapia senza la presenza fisica del paziente. Si tratta di un'attività di consulenza a distanza fra medici che permette a un medico di chiedere il consiglio di uno o più medici, in ragione di specifica formazione e competenza, sulla base di informazioni mediche legate alla presa in carico del paziente.
- Tele cooperazione sanitaria: è un atto consistente nell'assistenza fornita da un medico o altro operatore sanitario ad un altro medico o altro operatore sanitario impegnato in un atto sanitario. Il termine viene anche utilizzato per la consulenza fornita a quanti prestano un soccorso d'urgenza.



GIUNTA REGIONALE



Dipartimento Salute e Welfare - Servizio Programmazione Socio - Sanitaria

Possono essere ricompresi nella Telemedicina Specialistica i Servizi di Telemedicina del Territorio erogati dai Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS).

La tecnologia comprende una serie di dispositivi utilizzabili sia a domicilio del paziente, sia negli ambulatori dei MMG/PLS (UCCP); di seguito si fornisce un esempio di elenco dei dispositivi pertinenti allo scopo:

Interfaccia hub bidirezionale	Fonendoscopio	Cardiotocografo	PT/INR
Spirometria	Pressione arteriosa	ECG 12 derivazioni	Ecografo
Analisi multiparametrica del sangue	Colesterolo e trigliceridi	Termometro auricolare	ECG 3 derivazioni
Dermatoscopio	Glicemia	Saturimetria	Peso corporeo

Sulla base delle vigenti normative in materia di appalti, e considerata la concreta esperienza già avviata in materia presso il territorio della attuale ASL di Lanciano - Vasto - Chieti, la procedura di gara relativa alla telemedicina e teleassistenza viene coordinata dal Servizio "Programmazione economico-finanziaria e Finanziamento dei SSR" del Dipartimento Salute e Welfare in ragione delle relative competenze, eventualmente investendo la ASL 2 Abruzzo Lanciano - Vasto - Chieti come ASL capofila per quanto sopra detto.

Analogamente, la ASL di Lanciano - Vasto - Chieti potrà essere l'Azienda di riferimento per le altre ASL in relazione alle procedure connesse alla informatizzazione dei PUA, delle attività UVM e dei servizi distrettuali in generale, per eventuali necessità correlate ad una omogeneità strutturale e funzionale della rete di assistenza.

TEMPI DI REALIZZAZIONE DELLE AZIONI 12 mesi eventualmente prorogabili (a risorse invariate) in relazione ai tempi di materiale svolgimento della procedura di gara relativa alla telemedicina e teleassistenza.

COSTI CONNESSI

Relativamente alla teleassistenza e telesalute, in base alla diretta esperienza finora condotta dalla Asl Lanciano Vasto Chieti per la presa in carico di 200 soggetti in telemedicina specialistica, di 400 soggetti in telesalute e di 600 soggetti in tele assistenza, per un totale di 1200 pazienti, si stima un costo complessivo annuo di circa 200.000 euro.

Pertanto, stimando la presa in carico di circa 8000 pazienti cronico/fragili ultrasessantacinquenni in Regione Abruzzo, la stima del costo annuo è di circa 1.300.000,00 annui.



GIUNTA REGIONALE



Dipartimento Salute e Welfare - Servizio Programmazione Socio - Sanitaria

Per quanto concerne l'informatizzazione, la messa in rete, la formazione, la dotazione di attrezzature strumentazione ecc..., si stima un costo complessivo di circa € 2.300.000,00 a livello regionale.

Relativamente ai percorsi a favore dell'utenza psichiatrica, si stima un costo annuo di circa € 475.000,00 che, sulla base della occorrenze accertate, viene distribuito in:

€ 250.000,00 a favore della ASL di Pescara;

€ 75.000,00 a favore di ciascuna delle altre ASL di Avezzano - Sulmona - L'Aquila, Lanciano - Vasto -Chieti e Teramo.

INDICATORI DI MISURAZIONE E VERIFICA DEI RISULTATI

1. Informatizzazione PUA UVM. Target di copertura 75%
2. Formazione funzionale ai PUA/ UVM. Target di copertura 80%
3. Relativamente alle équipes specialistiche multidisciplinari (laddove attivate):
 - n. pazienti seguiti ambulatorialmente/n. pazienti eleggibili: target di copertura 80%
 - n. pazienti seguiti a domicilio/n. pazienti eleggibili: target di copertura 80%
 - avvio di indagine di customer satisfaction e relativi esiti:
 - a) avvio dell'indagine SI/NO
 - b) esiti dell'indagine della customer satisfaction: percentuale riscontri positivi/rispetto al totale dei riscontri: target 90%
4. Avvenuta esternalizzazione delle schede anamnestiche editabili e trasmissibili telematicamente dai MMG SI/NO
5. Abbattimento ricoveri ripetuti/impropri:
 - a) Diminuzione ricoveri pazienti già in ADI: percentuale pz. ricoverati durante ADI (data una percentuale media attuale di circa il 15%, si stima un target per il primo anno del 12%);
 - b) Diminuzione ricoveri ripetuti per effetto della presa in carico ADI: per le patologie BPCO e scompenso cardiaco target atteso di percentuale di diminuzione 3%
6. Avvenuta informatizzazione dei servizi di fornitura farmaci presso le farmacie ospedaliere accessibili telematicamente ai MMG; SI/NO



GIUNTA REGIONALE



Dipartimento Salute e Welfare - Servizio Programmazione Socio - Sanitaria

7. Numero di pazienti in carico ai DSM inseriti nel percorso socio-riabilitativo ex Piano sanitario Regionale LR 37_1999/numero di pazienti eleggibili a tale trattamento di cui al programma terapeutico - riabilitativo individuale: target 80%
8. n. di servizi di tele assistenza domiciliare, teleconsulto specialistico, tele monitoraggio medicale, telesoccorso, ecc attivati;
 - n. pazienti in tecno assistenza distinti per specialistica, telesalute e teleassistenza
 - grado di soddisfazione dei pazienti e misura dello stato di salute percepita
 - n. ricoveri ospedalieri impropri evitati (Delta con quelli attesi)
 - n. accessi al PS con codice verde e bianco evitati (Delta con quelli attesi)
 - risparmio ottenuto considerando i costi emergenti e quelli cessanti



GIUNTA REGIONALE



Dipartimento Salute e Welfare - Servizio Programmazione Socio - Sanitaria

Accordo Rep. Atti n. 234/CSR del 23/12/2015

LP 6 Reti oncologiche.

PROGETTO: Organizzazione della Rete Oncologica Regionale dell'Abruzzo

Referenti tecnici ASL:

ASL 1 Avezzano - Sulmona - L'Aquila: Prof. Enrico Ricevuto

ASL 2 Lanciano - Vasto - Chieti: dott. Antonio Nuzzo Prof. Clara Natoli

ASL 3 Pescara: Dott. Carlo Garufi

ASL 4 Teramo: Dott. Amedeo Pancotti

ASL 2 Lanciano - Vasto - Chieti - Prof. Massimo Di Giannantonio - Direttore DSM per intervento pilota sull'attivazione del Servizio di psiconcologia

TOTALE RISORSE PER LINEA PROGETTUALE: € 1.117.193,13

di cui € 1.083.677,34 dedicate alla attuazione del progetto, comprensivo dell'intervento pilota riservato alla ASL di Lanciano Vasto Chieti - Dipartimento di Salute Mentale concernente l'organizzazione del Servizio di psiconcologia per il costo di € 50.000,00.

OBIETTIVI QUALITATIVI E QUANTITATIVI

Oggigiorno i tumori rappresentano la seconda causa di morte dopo le malattie cardiovascolari (cfr. PSR LR 5/2008).

La Regione Abruzzo con la LR 31 luglio 1996, n. 61 ha approvato il Piano Oncologico regionale quale integrazione del Piano Sanitario Regionale di cui alla LR 25 ottobre 1994, n. 72.

Più recentemente, con il Decreto del Commissario ad Acta n. 163 del 18.12.2014 è stato istituito anche in Abruzzo il Registro Tumori Regionale, con sede presso l'ASR Abruzzo; successivamente con la Delibera ASR Abruzzo n. 10 del 18.02.2015 è stato approvato il Disciplinare tecnico, sottoscritto anche dai Direttori Generali delle ASL quale ulteriore documento di carattere essenziale per la regolamentazione delle attività di avvio e di funzionamento del Registro Tumori.

Oggi il Registro Tumori Regionale dell'Abruzzo è pertanto attivo a tutti gli effetti; dal sito web istituzionale dell'ASR si rileva che è stato concluso il caricamento dei dati anagrafici, SDO e delle Anatomiche Patologiche dei primi due anni previsti dall'avvio (2013 e 2014), sono state svolte le prime analisi e sono stati conclusi i due Report previsti per il primo anno di attività, ovvero il report sul trend dei tassi di incidenza ed il report sui risultati dello studio caso-controllo per la valutazione della potenziale associazione tra tumori ed esposizione professionale e/o ambientale dei residenti nei Comuni di Popoli e Bussi sul Tirino.



GIUNTA REGIONALE



Dipartimento Salute e Welfare - Servizio Programmazione Socio - Sanitaria

Come previsto nel vigente PSR approvato con LR 5/2008, risulta urgente una complessiva riorganizzazione degli inerenti servizi, a causa delle complessità clinico-organizzative caratteristiche del settore oncologico unita alla generale frammentarietà dei percorsi di cura e di assistenza.

L'ASR Abruzzo con la Deliberazione n. 72 del 12/10/2015 ha costituito due Gruppi di lavoro formati da professionisti oncologi d'Abruzzo per l'elaborazione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) del carcinoma della mammella e del carcinoma del polmone, mentre è in fase di formale definizione il PDTA del carcinoma del colon retto elaborato da analogo Gruppo tecnico già precedentemente costituito.

Il presente progetto regionale mira all'organizzazione della Rete Oncologica regionale dell'Abruzzo, come definizione e completamento del percorso già intrapreso in materia oncologica nonché dei lavori in atto riguardanti il riordino della rete ospedaliera regionale e la riqualificazione e potenziamento dell'assistenza territoriale residenziale e semiresidenziale.

La declinazione del modello di Rete Oncologica deve essere formulata sulla necessità di creare modelli oncologici interdipartimentali che siano volti a migliorare la qualità della prestazione offerta. Questi modelli si basano sull'integrazione delle competenze e delle strutture distribuite nella Regione Abruzzo e devono integrarsi con la Medicina di base e con i percorsi di Cure palliative.

Dato il prioritario obiettivo dell'organizzazione di una rete di assistenza che sia in grado di fornire risposta concrete ai bisogni della persona assistita, secondo una congrua tempistica e con una presa in carico globale e continuativa, si ritiene che lo sviluppo della rete oncologica regionale non possa prescindere, ad esempio, dai seguenti fattori:

- l'organizzazione di Centri di Indirizzo al Percorso Clinico (CIP), quali punti amministrativo-sanitari finalizzati a facilitare e governare l'accesso alla Rete Oncologica; i CIP favoriscono la presa in carico globale delle persone assistite e contribuiscono all'integrazione ospedale-territorio;
- l'elaborazione di Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali di gestione multiprofessionale del paziente oncologico per specifiche neoplasie;
- lo studio di fattibilità delle integrazioni di sistema tra le ASL, ovvero tra di esse, e con il Registro Tumori Regionale dell'Abruzzo, ai fini della definitiva implementazione, collaudo ed aggiornamento della cartella clinica informatizzata oncologica unica regionale, come azione di prosecuzione e sviluppo degli interventi declinati dalle ASL regionali in attuazione della DGR 812/2015;
- l'organizzazione di un call center Oncologico per ogni Azienda Sanitaria Regionale;



GIUNTA REGIONALE



Dipartimento Salute e Welfare - Servizio Programmazione Socio - Sanitaria

- l'allestimento di un sito web aziendale e/o regionale dedicato alla rete oncologica, in grado di fornire all'utenza e a tutti i professionisti interessati un quadro completo di tutte le articolazioni del sistema e delle modalità di accesso e di presa in carico;
- lo studio di fattibilità di un sistema di telemedicina, eventualmente integrato anche con quello previsto per la rete di Cure Palliative (vedi LP 3), volto a ridurre le discrepanze assistenziali legate a problemi geografici e a facilitare l'integrazione con i MMG;
- una campagna informativa sulla stampa e sulle televisioni locali;
- un programma di formazione per il personale sanitario ospedaliero e territoriale e per le Associazioni di volontariato.

Inoltre la Regione intende promuovere una sperimentazione, al momento circoscritta alla ASL 2 Lanciano - Vasto Chieti finalizzata all'organizzazione di un Servizio di Psiconcologia presso il PO Renzetti di Lanciano, attraverso l'attivazione di due borse di studio per Psicologo - Terapeuta, eventualmente rinnovabili, ciascuna della durata di un anno.

In effetti i disturbi psicopatologici non rappresentano una rara evenienza nei pazienti con cancro. A tal proposito numerosi studi anglosassoni testimoniano, ad es., l'utilità della psicoterapia di gruppo rivolta sia ai pazienti oncologici che alle loro famiglie: è ormai provato che la possibilità di identificazione e di sostegno reciproco, unitamente all'espressione delle emozioni, aumentano sensibilmente le capacità di adattamento dei pazienti anche attraverso il confronto delle strategie di adattamento sviluppate da ciascuno.

Nello specifico l'intervento dovrebbe procedere secondo due linee fondamentali: da una parte controllare e contrastare i fattori che rendono mal sopportabile la quotidianità per il paziente; dall'altro, in via successiva, introdurre e potenziare quei fattori che rendono invece significativa la quotidianità stessa.

AZIONI PER IL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI

Lo sviluppo e l'attuazione del progetto presso le Aziende Sanitarie Locali regionali vengono coordinati dall'Agenzia Sanitaria Regionale ASR Abruzzo, in ragione delle specifiche competenze ascritte, del percorso già intrapreso in materia oncologica, nonché degli studi in atto concernenti il riordino della rete ospedaliera e la riqualificazione e il potenziamento dei servizi territoriali di assistenza residenziale e semiresidenziale.

Funzionale al raggiungimento degli obiettivi del progetto è l'istituzione presso le ASL dei Centri di Indirizzo al Percorso Clinico (CIP), sistemi di accesso diffusi sul territorio che prendono in carico il singolo caso e lo indirizzano alla sede sanitaria appropriata in funzione della complessità



GIUNTA REGIONALE



Dipartimento Salute e Welfare - Servizio Programmazione Socio - Sanitaria

clinica, favorendo l'accesso ai PDTA Regionali e aziendali, ed evitando in tal modo la ricerca spontanea di risposte al fabbisogno di diagnosi e cura.

Compiti dei Centri di Indirizzo al Percorso clinico sono:

- accogliere al suo arrivo il paziente indirizzatogli dal medico di famiglia o proveniente da altre strutture sanitarie ospedaliere e territoriali;
- informarlo circa le modalità di accesso ai servizi, le prenotazioni, le professionalità disponibili, i centri specializzati, ecc...;
- attivare il Gruppo Interdisciplinare Cure Oncologiche (GICO);
- facilitare l'iter amministrativo del percorso;
- verificare la continuità assistenziale;
- mantenere costanti rapporti con gli altri analoghi centri accoglienza e inerenti servizi della rete regionale.

Il CIP deve svolgere un duplice ruolo:

- come front-office: all'arrivo del paziente offre un servizio di accoglienza e di informazione circa i servizi erogati, le modalità di accesso, le prenotazioni, i tempi di attesa, ecc.
- come back-office: svolge mansioni amministrativo-gestionali lungo tutto il percorso diagnostico-terapeutico del paziente quali attivazione del GICO di patologia, presa in carico del paziente, verifica costante della continuità assistenziale, prenotazione delle prestazioni diagnostiche, creazione e aggiornamento della scheda sintetica oncologica del paziente, gestione della documentazione informatica, reportistica su indicatori di processo e di esito.

Il CIP verrà sistematicamente informato, a regime grazie all'integrazione con la cartella clinica informatizzata, relativamente a:

- patologie oncologiche accertate e rilevate dalle Anatomie Patologiche;
- patologie oncologiche sospette rilevate dal Pronto Soccorso, dalla Radiologia o da altre strutture diagnostiche, dai reparti ospedalieri, dai Medici di Medicina Generale;
- avvenuta presa in carico dei pazienti da parte delle succitate Unità Operative e/o dei Gruppi Interdisciplinari di Cure Oncologiche.

Per poter adempiere alle funzioni descritte, il CIP deve essere composto, nella sua configurazione minima, da:

- responsabile medico dedicato all'attività del CIP, anche part-time,
- infermiere/i professionale/i,
- personale amministrativo con esperienza nell'uso di supporti informatici,



GIUNTA REGIONALE



Dipartimento Salute e Welfare - Servizio Programmazione Socio - Sanitaria

- eventuale altre figure appartenenti ad associazioni di volontariato.

In prosecuzione e sviluppo degli interventi già previsti a livello aziendale in attuazione della soprarichiamata DGR 812/2015, la cartella clinica informatizzata oncologica regionale deve essere collaudata, aggiornata e diffusa in tutti i punti interessati dalla Rete Oncologica Regionale. In questa visione la cartella oncologica "in rete" deve avere innanzitutto una valenza all'interno dei Dipartimenti di Oncologia, ove presenti, e deve altresì interfacciarsi con le altre strutture dipartimentali e servizi da un lato, e con il percorso delle Cure Palliative domiciliari e dell'Hospice dall'altro. Infine nell'ambito di ogni ASL deve poter interagire con i sistemi informatici della Medicina di Famiglia, per migliorare il rapporto tra i MMG e la rete ospedaliera.

Si ritiene pertanto che la procedura di gara relativa alla cartella clinica informatizzata oncologica regionale debba essere coordinata a livello regionale dal Servizio del Dipartimento Salute e Welfare "Programmazione economico-finanziaria e Finanziamento dei SSR", eventualmente integrandosi, qualora ritenuto opportuno e/o tecnicamente fattibile in tempi congrui, con il progetto regionale del Fascicolo Sanitario Elettronico (cfr. DGR 1124 del 29/12/2015), quest'ultimo non rientrante tra i progetti obiettivo ex art. 1 cc 34 e 34 bis della L. 662/96.

Per quanto concerne il menzionato Servizio di psiconcologia, le azioni previste riguardano:

- la valutazione Clinica mediante Test specifici;
- l'attivazione di piani di ricerca/azione nel campo della promozione della salute e per la riduzione dello stress/distress nei pazienti e nei loro familiari;
- l'attivazione di piani di ricerca sulla valutazione della Depressione Maggiore nei pazienti oncologici;
- l'attivazione di terapia di supporto e di psicoterapia per i pazienti oncologici ed i loro familiari;
- l'attivazione di strumenti di screening per l'individuazione di soggetti che necessitano di cure psicologiche specifiche;
- l'attività informativa e formativa per la prevenzione della Sindrome del Burnout nel personale sanitario.

Per la realizzazione di quanto sopra, sono necessarie due professionalità di Psicologo - Psicoterapeuta, che siano in possesso di idonea esperienza e/o formazione relativamente al trattamento dei pazienti oncologici, da reperire con l'attivazione di borse di studio annuali eventualmente rinnovabili.



GIUNTA REGIONALE



Dipartimento Salute e Welfare - Servizio Programmazione Socio – Sanitaria

TEMPI DI REALIZZAZIONE DELLE AZIONI 12 mesi (eventualmente prorogabili a risorse invariate per quanto riguarda i tempi di materiale svolgimento della procedura di gara unica sulla cartella oncologica)

Di seguito si specifica il cronoprogramma delle azioni relative all'organizzazione della Rete oncologica regionale

1^ fase: continuo nei 12 mesi del progetto

Avvio attività organizzativa finalizzata al collaudo, l'aggiornamento e la diffusione della cartella clinica elettronica oncologica nella Regione Abruzzo;

2^ fase: 1-8 mesi

Avvio attività organizzativa finalizzata all'attivazione dei Centri di Indirizzo al Percorso clinico (CIP) della Rete Oncologica ed integrazione degli stessi con la medicina territoriale e i MMG; organizzazione della relativa formazione del personale;

3^ fase 2-5 mesi

Avvio attività organizzativa finalizzata all'attivazione di un *call center* oncologico e un sito web di rete oncologica aziendale e/o regionale

4^ fase 4-12 mesi

Studio di fattibilità di un sistema sperimentale di telemedicina, eventualmente in sinergia con quello delle Cure Palliative (vedi LP 3)

5^ fase 10-12 mesi

Campagna informativa sulla stampa e le televisioni locali

Per quanto riguarda il Servizio di psicooncologia, l'attività clinica (colloqui individuali e di gruppo, psicodiagnostica, terapia di supporto e psicoterapia) sarà condotta durante tutto il periodo di svolgimento del progetto e di durata delle previste borse di studio.

COSTI CONNESSI

Il costo di attuazione del progetto riferito alla organizzazione delle Rete oncologica regionale (ovvero € 1.033.677,34) è così ripartito:

- 20% collaudo ed aggiornamento della clinica elettronica oncologica nella Regione Abruzzo
- 65% organizzazione dei CIP, sito web, call center
- 15% formazione, campagna pubblicitaria, materiali vari.

Il suddetto costo è così distinto in relazione alle fasi individuate nel cronoprogramma:



GIUNTA REGIONALE



Dipartimento Salute e Welfare - Servizio Programmazione Socio - Sanitaria

- 1^ fase: continuo nei 12 mesi del progetto 20%
- 2^ fase: 1-8 mesi: 55%
- 3^ fase: 2-5 mesi: 5%
- 4^ fase: 4-12 mesi: 5%
- 5^ fase: 10-12 mesi: 15%

Per il Servizio di psiconcologia il costo previsto per le due borse di studio annuali è di € 50.000,00 lordi.

INDICATORI DI MISURAZIONE E VERIFICA DEI RISULTATI

Avvio delle procedure di organizzazione finalizzate alla attivazione/
funzionamento/collaudato/aggiornamento di:

- Rete Oncologica Regionale dell'Abruzzo SI/NO
- Centri di Indirizzo al Percorso Clinico (CIP): almeno 2 per ogni ASL SI/NO
- call center oncologico: 1 per ASL regionale; SI/NO
- sito web di rete oncologica aziendale e/o regionale; SI/NO
- cartella clinica elettronica oncologica della Regione Abruzzo SI/NO

Definizione di PDTA regionali SI/NO

Numero di nuovi pazienti registrati e seguiti in rete/numero nuovi casi totale anno: $\geq 50\%$

Numero di accessi alla rete oncologica attraverso i CIP ($\geq 20\%$ per il secondo semestre)

Per il Servizio di psiconcologia si propongono i seguenti indicatori specifici:

- n. utenti e famiglie prese in carico per anno
- n. supervisioni effettuate per anno
- n. eventi formativi per anno
- n. verifiche del trattamento effettuate per anno

