

PROGETTI ANNO 2016

Linea progettuale ai sensi dell'Accordo CSR 65/2016	Titolo progetto	Importo progetto
Linea 1. ATTIVITÀ DI ASSISTENZA PRIMARIA	Riprogettazione dell'assistenza primaria sul territorio ligure	Euro 10.000.000,00
Linea 2. SVILUPPO DEI PROCESSI DI UMANIZZAZIONE ALL'INTERNO DEI PERCORSI ASSISTENZIALI	Sperimentazione di un percorso trasversale per l'identificazione precoce della depressione post partum e progressiva estensione a livello regionale	Euro 500.000,00
Linea 3. CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE, SVILUPPO DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE PALLIATIVA SPECIALISTICA	Un modello organizzativo per la gestione integrata del paziente con bisogni di cure palliative. Le dimissioni protette	Euro 3.000.000,00
Linea 4. PIANO NAZIONALE DI PREVENZIONE E SUPPORTO AL PIANO NAZIONALE DI PREVENZIONE	Piano regionale di prevenzione e supporto al Piano regionale di prevenzione	Euro 7.023.648,00
Linea 5. GESTIONE DELLA CRONICITA'	Modelli innovativi di gestione della cronicità.	Euro 4.000.000,00
Linea 6. RETI ONCOLOGICHE	Lo sviluppo della rete oncologica ligure: la rete dei centri di senologia	Euro 2.749.019,00
TOTALE		Euro 27.272.667,00

**ASSEGNAZIONE DELLE QUOTE VINCOLATE AGLI
OBIETTIVI DI PIANO SANITARIO NAZIONALE
2016**

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	REGIONE LIGURIA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE 1	Attività di assistenza primaria
TITOLO DEL PROGETTO	Riprogettazione dell'assistenza primaria sul territorio ligure
DURATA DEL PROGETTO	Un anno
REFERENTI	Dott. Daniele Zappavigna

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	10.000.000 euro
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

PREMESSE

“I sistemi sanitari che si orientano alle cure primarie hanno outcomes di salute, equità d’accesso, continuità delle cure, superiori ai sistemi incentrati sulle cure specialistiche ed ospedaliere.... con minori spese e maggiore soddisfazione per la popolazione”(Studio Atun R.,2004, “What are the advantages and disadvantages of restructuring health care system....” Health Evidence Network, WHO Regional Office for Europe, 2004).

Le cure primarie costituiscono la porta di accesso attraverso la quale i singoli, le famiglie e la collettività entrano in contatto con il sistema sanitario nazionale. Le stesse sono finalizzate ad avvicinare l'assistenza

sanitaria ai luoghi dove le persone vivono e lavorano e costituiscono, pertanto, il primo elemento di un processo continuo di protezione sanitaria.

Il progressivo cambiamento dello stato generale di salute, caratterizzato, nell'attuale evoluzione demografica, dall'innalzamento dell'età media e **dall'incremento delle patologie croniche e della non autosufficienza**, ha spinto i sistemi sanitari alla ricerca di nuovi percorsi assistenziali basati su una gestione multidisciplinare del paziente, tali da assicurare, attraverso meccanismi di integrazione delle prestazioni sanitarie e sociali, l'effettiva continuità delle cure.

Il territorio si è progressivamente imposto quale primaria sede di assistenza e di governo dei percorsi sanitari e socio sanitari, definendo nuove linee di tendenza e tracciando nuovi assetti organizzativi in grado di rispondere, in maniera appropriata, ai reali bisogni dei cittadini.

Ai Medici di Medicina Generale e ai Pediatri di Libera scelta è stato attribuito un ruolo fondamentale nell'intercettazione della domanda di servizi sanitari in forza della loro funzione "di prossimità" rispetto agli assistiti. A contraltare di questa "chiamata in prima linea" è necessario un disegno politico di riequilibrio dell'offerta ospedaliera e territoriale, tendendo con ciò a sanare la frattura ancora oggi esistente.

Le esperienze in atto e gli orientamenti internazionali, hanno nel tempo evidenziato la necessità che le cure primarie siano erogate in modalità multiprofessionale, con il ricorso a strutture territoriali di riferimento (Case della Salute, UCCP, etc.) per l'erogazione dell'assistenza primaria nel senso più ampio del termine, con percorsi di integrazione interdisciplinare e in raccordo con gli operatori del sociale, utilizzando anche strumenti evoluti di scambio informativo tra i professionisti, le Aziende sanitarie e l'amministrazione regionale.

Il riassetto delle Cure Primarie comporta quindi la necessità di riorganizzare la medicina generale e tutte le figure professionali che costituiscono il Sistema della "Primary Health Care" in raggruppamenti funzionali, anche per dare attuazione a quanto previsto dalla Legge 189/2012 e dal Patto per la Salute 2014/2016.

Tale sviluppo organizzativo dovrà comunque mantenere anche la capillarità tipica della medicina generale e della pediatria di libera scelta, in particolare in quelle realtà territoriali che per caratteristiche oro-geografiche necessitano una particolare distribuzione dei servizi di base nell'interesse della popolazione di riferimento. È quindi necessaria una profonda revisione del modello assistenziale territoriale che, facendo affidamento sui medici convenzionati, promuova, diversamente da quanto già succede, l'erogazione dell'assistenza primaria con modalità multiprofessionali e integrate.

I medici di assistenza primaria ed i pediatri di libera scelta, pur mantenendo il fondamentale rapporto fiduciario con i propri assistiti, devono essere inseriti, così come indicato dalla L.189/2011, in un modello organizzativo definito dalle Regioni, che permetta la condivisione delle competenze, una gestione più efficace e più efficiente delle patologie croniche ed un generale miglioramento delle capacità di presa in carico dei pazienti.

Mentre la convenzione nazionale fornisce indicazioni di carattere generale, con riferimento particolare all'organizzazione del rapporto di lavoro tra medici e SSN ed all'assetto logistico/strutturale dell'assistenza territoriale, la revisione ed implementazione del modello organizzativo è lasciata all'autonomia regionale in modo da tenere conto delle specificità regionali.

CONTESTO REGIONALE

La Regione Liguria, in attuazione di quanto disposto dal D.L. 13/09/2012 n.158 (convertito in Legge n. 189 del 8/11/2012) e in continuità con le linee strategiche del Piano Sanitario Regionale in vigore nonché con quanto deliberato in tema di gestione delle patologie croniche epidemiologicamente più rilevanti (DGR 518/2012), ha dato mandato alle Aziende Sanitarie di attivare forme integrate di assistenza monoprofessionale (AFT) e multiprofessionale (UCCP) per l'erogazione delle prestazioni territoriali di medicina generale, assistenza infermieristica, attività territoriale ambulatoriale e domiciliare, attività specialistica, servizi di supporto a garanzia della continuità assistenziale.

Le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP), previste e disciplinate dall'art. 5 del Patto per la Salute 2014-2016, sono qualificate come forme organizzative della medicina convenzionata, integrata con personale dipendente del SSN, per l'erogazione delle cure primarie. Esse perseguono obiettivi di salute e di attività definiti dall'Azienda sanitaria e dal Distretto, secondo un modello-tipo coerente con i contenuti degli Accordi Collettivi Nazionali e Integrativi Regionali.

La percentuale di MMG che partecipano alle AFT è pari al 85.14% , mentre le AFT presenti sul territorio risultano essere in totale 52, così suddivise:

- ASL 1 Imperiese: 8 (160 MMG su 160)
- ASL 2 Savonese: 10 (197 MMG su 197) e 4 AFT pediatriche (22 PLS su 22)
- ASL 3 Genovese: 30 (542 MMG su 542 tot.);
- ASL 4 Chiavarese: 4 (108 MMG su 108 tot.)

All'interno delle AFT vengono condivisi obiettivi, linee guida nazionali, PDTA e protocolli operativi regionali; la percentuale di gestione della scheda sanitaria individuale su supporto informatico è pari al 100%.

Le UCCP attivate sul territorio regionale risultano essere 9, di cui:

- 7 in ASL 2 Savonese 7 (MMG 50, Medicina Specialistica Ambulatoriale, 12; Infermieri Professionali 19, altre figure 35); Funzioni di assistenza garantite: medica, infermieristica, specialistica, continuità assistenziale diurna, ambulatorio cronicità, C.U.P. , diagnostica primo livello
- 2 in ASL 4 Chiavarese (3 MMG, PLS 2, Medicina Specialistica Ambulatoriale 15; Infermieri Professionali 4, altro 3) con funzioni di assistenza garantita: medica, infermieristica, specialistica, diagnostica primo livello, CUP.

Per quanto riguarda i modelli organizzativi attivati nell'ambito dell'assistenza primaria sono attualmente ancora presenti 7 UTAP e 4 Case della Salute in attività di cui 2 in ASL 3 Genovese (Distretti Sanitari 9 e 11) e 2 in ASL 5 Spezzino (Distretti sanitari 18 e 19).

OBIETTIVI GENERALI E AREE D'INTERVENTO

Obiettivi generali del progetto sono:

Obiettivo 1. Superamento della frammentazione dell'assistenza sanitaria sul territorio con l'attuazione di una piena continuità assistenziale attraverso le forme dell'associazionismo medico;

Le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) sono forme organizzative mono professionali funzionali e non strutturali, caratterizzate dall'adesione obbligatoria dei MMG:

- sono sede di condivisione in forma strutturata, di obiettivi e percorsi assistenziali, di strumenti di valutazione della qualità assistenziale, di coordinamento, di analisi dei bisogni di salute della comunità di riferimento, di confronto e di audit. Da ciò la necessità di adeguare la scheda sanitaria individuale dell'utente al fabbisogno di "confronto", di evidenza degli indicatori e di supporto alle decisioni.
- sono sede di formulazione di proposte per il coordinamento interno all'AFT e di miglioramento dei servizi: la definizione di percorsi e la dotazione di risorse da parte dell'Azienda con riferimento a obiettivi di salute, organizzativi e di sostenibilità.
- sono dotate di carta dei servizi che ne rappresenta la finalità e le dotazioni nella quale sono esplicitati principalmente le modalità di accesso e gli standard garantiti nell'erogazione delle prestazioni.

Le AFT della medicina generale rappresentano pertanto l'insieme dei professionisti che hanno in carico il cittadino che esercita la scelta nei confronti del singolo medico. In virtù del rapporto fiduciario medico-paziente, la costituzione di una AFT individua in automatico un “bacino” di assistiti, che sono i cittadini che hanno liberamente scelto i MMG della AFT, rispetto ai quali andranno poi “costruite” tutte le risposte ai bisogni socio-sanitari.

Oltre ai MMG, numericamente più rappresentati, concorrono alle cure primarie nel territorio anche altri medici convenzionati quali i Pediatri di Libera Scelta e gli Specialisti Ambulatoriali Interni per i quali pure sono previste le forme aggregative delle AFT e la partecipazione alle UCCP.

Le AFT sono caratterizzate, di norma, ma con flessibilità legata a particolari caratteristiche orografiche e sociali, che possono giustificare una diversa dimensione, da una popolazione di riferimento di circa 30.000 assistiti e da un numero di medici non inferiore a 20, inclusi i medici che svolgono attività a quota oraria.

Le UCCP costituiscono forme organizzative complesse, che operano in forma integrata all'interno di strutture e/o presidi individuati dalle Regioni, con una sede di riferimento ed eventuali altre sedi dislocate sul territorio.

Il carattere multiprofessionale delle UCCP è garantito dal coordinamento tra le diverse professionalità, con particolare riguardo all'integrazione tra la medicina specialistica e la medicina generale.

L'unità complessa delle cure primarie è costituita dai medici convenzionati, tenuti a svolgere la loro attività all'interno delle unità stesse, e si avvale di altri operatori amministrativi, sanitari e sociali.

Assicura sul territorio di propria competenza la erogazione a tutti i cittadini dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza (LEA) connotandosi quale struttura polivalente e polifunzionale.

I medici sono tenuti a:

- a) assicurare l'accesso degli assistiti ai servizi della UCCP in integrazione con il team multiprofessionale, anche al fine di ridurre l'uso improprio del Pronto Soccorso, realizzando nel territorio la continuità dell'assistenza, 24 ore su 24 e 7 giorni su 7,;
- b) garantire una effettiva presa in carico dell'assistito, in particolare dei pazienti cronici con bisogni assistenziali complessi. A tal fine e con riferimento specifico a questa tipologia di pazienti va perseguita l'integrazione con gli altri servizi sanitari;
- c) contribuire all'integrazione fra assistenza sanitaria e assistenza sociale a partire dall'assistenza domiciliare e residenziale in sinergia con i diversi soggetti istituzionali e con i poli della rete di assistenza.

La strada intrapresa dalla Regione Liguria è pertanto quella di una graduale e progressiva implementazione delle forme organizzative della medicina di base, in attuazione della delibera n. 1717 del 27.12.2013 e quindi di incrementare il numero di Aggregazioni Funzionali territoriali sul territorio ligure, ricomprendendole nelle costituite UCCP.

Obiettivo 2. Passaggio da una modalità assistenziale “reattiva” a una modalità “proattiva” da parte della Medicina Generale (medicina d’iniziativa).

Nella riorganizzazione delle cure primarie è necessario adottare una modalità di presa in carico del paziente differente rispetto a quella adottata in passato.

Si deve infatti superare l'approccio passivo “on demand” del medico di base, che “subisce” le richieste degli assistiti, spesso arrivando in ritardo rispetto al bisogno effettivo, in favore di un approccio “proattivo” che, interpretando i bisogni di salute, riesca a precorrere e anticipare la richiesta di intervento.

Il riferimento è quello a una “sanità d’iniziativa” che cioè sia in grado di assumere il bisogno di salute prima dell'insorgere della malattia, o prima che essa si manifesti o si aggravi, e di gestire la malattia stessa in modo tale da rallentarne il decorso, garantendo al paziente interventi adeguati e differenziati in rapporto al livello di rischio.

La medicina d'iniziativa è basata sull'epidemiologia della popolazione, sulla stratificazione del rischio e su differenti livelli di intensità assistenziale, e garantisce per le situazioni di cronicità, complessità, fragilità e non autosufficienza la tempestiva ed effettiva presa in carico dei bisogni e la continuità assistenziale (assicurata dai professionisti riuniti in Team mono o multiprofessionali).

Tale modalità assistenziale mira alla prevenzione, ma anche al miglioramento della gestione delle malattie croniche in ogni loro stadio, riguarda dunque tutti i livelli (assistenziali) del sistema sanitario.

A livello territoriale, il modello di riferimento indicato dal Piano Sanitario Regionale vigente per l'implementazione di questo nuovo concetto di sanità, è quello del Chronic Care Model (CCM),

Le nuove esigenze dei cittadini, dettate proprio dalla crescente incidenza delle patologie croniche, richiedono infatti certamente al medico di medicina generale, unitamente ad altri professionisti in equipe, di trasformare la sua azione in forma più attiva e propositiva, anche per garantire le attività di prevenzione e monitoraggio che non solo garantiscono agli assistiti l'effettiva continuità delle cure, ma incidono notevolmente sui costi sanitari del sistema. Si tende, pertanto, a un modello di Medicina anticipatoria, che consiste nell'attuare programmi condivisi e non individuali e che prende in carico una comunità e non cittadini singoli e si sostanzia nella Medicina di iniziativa

La medicina d'iniziativa necessita di:

- o Competenze professionali adeguate
- o Linee guida ed EBM chiare ed applicabili
- o Protocolli e procedure
- o Risorse dedicate (infermiere, segreteria, infrastrutture)
- o Adeguamento informatico
- o Multidisciplinarietà
- o Campagne d'informazione della popolazione
- o Management della cronicità
- o Management dei bisogni emergenti (acuzie)

L'attuale sistema delle cure primarie presenta una serie di criticità che impediscono una immediata attuazione del modello (presa di contatto tardiva con i pazienti quasi sempre per il trattamento di disturbi acuti, scarsa attenzione alla prevenzione, poca abitudine alla programmazione delle cure e affidamento delle stesse al solo medico, disarticolazione dei sistemi di raccolta delle informazioni). A livello di follow-up si evidenzia una scarsa attenzione al coordinamento delle attività e alla comunicazione interna, ma anche, livello di empowerment del paziente una scarsa consapevolezza dello stesso sulla propria patologia per poter orientare il proprio comportamento e condividere il percorso di cura.

Il superamento delle suddette criticità va affrontato tramite modalità innovative di lavoro che prevedono:

- l'adozione di cartelle cliniche informatizzate e condivise;
- la pianificazione individuale delle cure;
- l'educazione dei pazienti al self management e la condivisione dei percorsi di cura;
- lo sviluppo di competenze gestionali;
- l'utilizzo continuo dell'audit nell'ambito del team.

Il modello assistenziale prospettato necessita, oltre che di supporti informatici e strutturali (sia di personale che ambientali), anche di adeguati strumenti economici e contrattuali.

A tale proposito, occorre evidenziare che le norme ancora vigenti del contratto nazionale della medicina generale contengono margini ridotti per l'attuazione dei cambiamenti organizzativi necessari. Di questo occorrerà tenere conto nella nuova contrattazione collettiva.

Obiettivo 3. Iniziative di integrazione ospedale-territorio: gli ospedali di prossimità territoriale (Ospedale di comunità)

L'Ospedale di Comunità (il Country /Community Hospital dell'esperienza anglosassone) viene per la prima volta espressamente citato nella normativa nazionale nel PSN 2006-2008, che lo definisce: *“struttura dedicata, a cura dei medici di assistenza primaria, all'attuazione di cure domiciliari in ambiente protetto ovvero al consolidamento delle condizioni fisiche o alla prosecuzione del processo di recupero in ambiente non ospedaliero di dimessi da unità per acuti o post-acuti”*.

Il Piano, tutt'ora in vigore, precisa che *“va inoltre raccordato il sistema delle cure primarie con quello delle cure ospedaliere completando l'offerta dei servizi di Cure intermedie (intermediate health care) con lo sviluppo, là dove ne ricorrano le condizioni secondo l'organizzazione dei servizi regionali, dell'Ospedale di Comunità”*, considerando quindi un importante ambito di rinnovamento del S.S.N. la riorganizzazione delle Cure Primarie attraverso un *"processo di riassetto organizzativo e funzionale che comporti un maggiore coinvolgimento dei MMG e dei PLS nel governo della domanda e dei percorsi sanitari, sperimentando nuove modalità erogative favorevoli l'integrazione con le altre professionalità sanitarie del territorio"*.

L'Ospedale di Comunità è quindi una struttura con un numero limitato di posti letto, gestito da personale infermieristico, che prevede un'assistenza medica fornita da medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera scelta, sotto la responsabilità igienico organizzativa e gestionale del distretto, che provvede a garantire anche, di volta in volta, le necessarie consulenze specialistiche, migliorando la risposta territoriale ai bisogni assistenziali del cittadino.

Gli Ospedali di Comunità, sono chiamati non solo a fornire servizi, ma anche a promuovere la salute mediante iniziative di prevenzione ed una medicina proattiva.

Sono inseriti nel Distretto, che li coordina da un punto di vista programmatico, mentre la responsabilità clinico-assistenziale è affidata, come detto, ai Medici di medicina generale, insieme agli infermieri e in stretta collaborazione con gli specialisti di riferimento. **I modelli organizzativi sono flessibili e tengono conto delle risorse e delle esigenze specifiche dei singoli territorio dove i centri operano.**

Il Patto per la Salute 2014-2016, prevede la realizzazione di Ospedali di comunità, la cui sede fisica può trovare collocazione “presso presidi ospedalieri riconvertiti e/o presso strutture residenziali” esistenti. Nello specifico: è costituito da moduli di 15-20 posti letto a bassa intensità assistenziale gestiti da MMG e si colloca come anello di congiunzione fra la realtà ospedaliera ed il territorio, attraverso la rete dei servizi domiciliari e le strutture residenziali territoriali (RSA, Residenze protette), costituendo il modello organizzativo distrettuale a maggiore intensità sanitaria.

Obiettivi dell'Ospedale di Comunità:

- Ridurre i ricoveri impropri ospedalieri;
- Ridurre il disagio ambientale e la spersonalizzazione del ricovero ospedaliero;
- Ridurre i rischi da ospedalizzazione e relativi costi umani e finanziari (infezioni, cadute, incontinenza, sindromi ipocinetiche, piaghe da decubito, ecc.);
- Favorire l'accesso e la collaborazione dei familiari e del volontariato;
- Garantire maggiore continuità assistenziale attraverso la centralità del MMG anche con la creazione di equipe territoriali che favoriscano la massima integrazione professionale e la maggior presenza sul territorio;
- Valorizzazione del MMG nell'ambito delle Cure Primarie favorendone l'integrazione nel Distretto e con le cure di secondo livello;
- Valorizzare il ruolo infermieristico aumentandone le responsabilità e rivalutandone la professionalità;
- Soddisfare le necessità della popolazione che richiede assistenza in particolari condizioni di rischio socio-sanitario

Identificazione/localizzazione delle strutture

Il progetto prevede che le Aziende Sanitarie identifichino le sedi adeguate dove costituire gli Ospedali di Comunità tenendo conto sia delle caratteristiche delle strutture che della collocazione geografica più adeguate agli obiettivi sopra descritti.

Collocazione ottimale per l'Ospedale di Comunità è quella all'interno di una Casa della salute, al fine di poter disporre di tutti i servizi presenti in tali strutture territoriali. Tuttavia le 4 Case della salute esistenti ad oggi sul territorio regionale (presso i Distretti 9 e 12 di ASL 3 e presso i Distretti 18 e 19 di ASL 5) per caratteristiche strutturali non consentono l'inserimento di posti letto. Le strutture da individuare devono, comunque, prevedere la coesistenza con una Casa della salute dotata di tutti i servizi indicati dalla normativa regionale (DGR 1717/2013).

Casa della Salute

In una Casa della Salute di grandi dimensioni è opportuno prevedere la presenza di (da DGR 1717/2013) :

- tutte le funzioni di sportello distrettuale (anagrafe, CUP etc.)
- centro prelievi con modello organizzato di trasporto sia ordinario che d'urgenza dei campioni biologici
- sede dell'assistenza domiciliare e ambulatorio infermieristico di famiglia
- consultorio familiare
- ambulatori specialistici, se possibile con forte collegamento con l'ospedale di riferimento
- radiologia ed ecografia con collegamento alla centrale operativa per la lettura dei referti a distanza
- day hospital/day service ambulatoriale, con particolare riferimento alle patologie croniche (scompenso cardiaco, BPCO, diabete)
- day surgery/chirurgia ambulatoriale
- servizio dialisi
- Medicina Generale in forma associativa, con copertura a partire da h12 su 6 giorni per arrivare, a regime ad h 24 su 7 giorni; tale obiettivo può essere raggiunto attraverso l'inserimento dei Medici della continuità assistenziale (Guardia Medica), con presenza o stretto collegamento con il 118
- servizio di guardia medica nei periodi non coperti dai MMG garantendo la continuità assistenziale fino alle 24h 7giorni su 7
- sede dell'automedica del 118, laddove previsto
- punto di primo intervento h12, laddove previsto
- supporto amministrativo e informatico

Eleggibilità dei pazienti:

I pazienti eleggibili al ricovero nell'Ospedale di Comunità sono riconducibili essenzialmente a queste tipologie:

1. pazienti provenienti da una struttura ospedaliera, per acuti o riabilitativa, che clinicamente possono essere dimessi da ospedali per acuti, ma non in condizione di poter essere adeguatamente assistiti al proprio domicilio;

2. pazienti fragili e/o cronici provenienti dal domicilio o da strutture residenziali territoriali (RP e RSA), per la presenza di una instabilità clinica (ad esempio, la riacutizzazione di patologia cronica preesistente o il monitoraggio dell'introduzione di presidi medici invasivi o per interventi diagnostico terapeutici non effettuabili a domicilio);
3. dovranno essere privilegiati soggetti affetti dalle patologie croniche individuate con DGR 518/2012 (diabete mellito, scompenso cardiocircolatorio, BPCO)

Esclusioni: pazienti oncologici terminali che sono già accolti negli hospice o seguiti al domicilio

Durata indicativa degenza: 15-20 giorni

Modalità di accesso

Per l'accesso al ricovero sono previste due modalità:

1. Pazienti dimessi da reparti ospedalieri, quale fase propedeutica ad una dimissione protetta (presa in carico dai servizi territoriali domiciliari o inserimento in strutture residenziali territoriali) previa rapida attivazione dell'Unità di Valutazione Multidimensionale
2. Su indicazione del MMG, con rapida attivazione dell'Unità di Valutazione Multidimensionale

Personale

(Per un modulo da 20 pl)

- 1 Dirigente Medico responsabile (del Distretto Sanitario di riferimento)
- 1 Coordinatore Infermieristico
- 6 Infermieri
- 6 Operatori sociosanitari

A tale organico va poi aggiunto 1 Medico del servizio di Continuità Assistenziale; presso la struttura può essere ubicata la sede di una automedica del 118 e di un Punto di primo intervento (ambulatorio di prime cure h12).

Costo medio presunto di 1 giornata di ricovero: circa 70 -75 euro

OBIETTIVI SPECIFICI

- Attuazione progressiva e incrementale della D.G.R. 1717 del 27/12/2013;
- Implementazione sul territorio delle forme organizzative della medicina di base (MMG a ruolo unico con contemporaneo rapporto orario e a ciclo di fiducia);
- Realizzazione di iniziative sperimentali a livello di Azienda sanitaria locale, in particolare con riferimento agli ospedali di comunità;
- Realizzazione di iniziative sperimentali a livello delle Aziende ed Enti ospedalieri nell'area metropolitana in particolare con riferimento agli ospedali di comunità;
- Consolidamento dell'assetto organizzativo.

RISULTATI ATTESI/INDICATORI DI RISULTATO

All'attuazione della progettualità sopra indicata nel suo complesso sono collegati i risultati attesi e i relativi indicatori, così come di seguito specificati

Indicatori di struttura

- Numero di Strutture attive e/o attivate (unità di UCCP E AFT PER Asl)
- Numero ospedali di comunità avviati/attivati

COSTI DEL PROGETTO

PIANO FINANZIARIO	Azienda	Fondi assegnati
	Asl 1	1.369.154
	Asl 2	1.794.340
	Asl 3	4.527.429
	Asl 4	932.793
	Asl 5	1.376.284
	TOTALE	10.000.000,00

**ASSEGNAZIONE DELLE QUOTE VINCOLATE AGLI
OBIETTIVI DI PIANO SANITARIO NAZIONALE
Anno 2016**

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	REGIONE LIGURIA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE 2	SVILUPPO DEI PROCESSI DI UMANIZZAZIONE ALL'INTERNO DEI PERCORSI ASSISTENZIALI
TITOLO DEL PROGETTO	Sperimentazione di un percorso trasversale per l'identificazione precoce della depressione post partum e progressiva estensione a livello regionale
DURATA DEL PROGETTO	Un anno

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	500.000,00 euro
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

PREMESSE GENERALI

Negli ultimi anni si è imposta una costante riflessione sul tema della umanizzazione dell'assistenza sanitaria e dei luoghi di cura .

Il malato è stato via via considerato nella sua interezza e come “centro delle cure”. Il passaggio da una medicina “disease centred” a pratiche assistenziali “patient oriented” ha prodotto una declinazione del concetto di umanizzazione che ha finito per abbracciare innumerevoli ambiti e aspetti della presa in carico del malato, affine nel complesso a quello che gli anglosassoni chiamano “respect and caring”.

In ambito ospedaliero, proprio per la particolare condizione di fragilità e dipendenza in cui il paziente viene a trovarsi, anche in considerazione della cesura con le sue attività quotidiane, il concetto di umanizzazione è

particolarmente sentito e necessita di uno spostamento del focus assistenziale dalla “malattia” alla “persona” nella sua globalità. Umanizzazione deve intendersi, pertanto, in primis, *“il livello di rispetto della cultura e dei bisogni individuali del paziente, anche per ciò che riguarda l’informazione e la qualità del servizio”*¹.

Le quattro dimensioni del concetto di umanizzazione possono ricondursi, in prima analisi a²:

1. Processi assistenziali e organizzativi orientati al rispetto e alla specificità della persona
2. Accessibilità fisica, vivibilità e comfort dei luoghi di cura;
3. Accesso alle informazioni, semplificazione e trasparenza;
4. Cura della relazione con il paziente e con il cittadino

Più in generale, il concetto di umanizzazione, travalica la dimensione ospedaliera e del ricovero, per attagliarsi a tutta la filiera assistenziale in cui si articola il sistema sanitario, coinvolgendo anche le prestazioni al domicilio del paziente.

Umanizzazione è quindi l’affermazione a livello aziendale e organizzativo e la conseguente comunicazione dei valori, dei principi di umanizzazione e dei diritti e dei correlativi doveri e responsabilità delle Aziende sanitarie nei confronti della comunità e delle singole persone assistite, alle quali deve essere riconosciuta l’unicità e la dignità in ogni momento del percorso assistenziale;

La concreta attuazione di tali principi deve avvenire attraverso processi di umanizzazione all’interno di tutti i percorsi assistenziali e con il coinvolgimento di tutti, operatori ma anche pazienti e in prima battuta attraverso processi di empowerment, inteso come capacità di gestire e prendere in carico la propria malattia/cronicità (ad esempio attraverso l’implementazione di gruppi di auto-aiuto in ambito sanitario e sociosanitario), la possibilità di accedere al processo decisionale di cura con strumenti idonei, quali, ad esempio, il consenso informato e la cartella clinica integrata.

CONTESTO LIGURE

Il processo di cura si configura quale percorso comune del sanitario e del paziente.

Per tendere ad un’azione basata sull’umanizzazione è necessario un intervento personalizzato che, pur rispettando la nosologia delle caratteristiche cliniche, deve porre l’individuo al centro della cura fornendo una risposta appropriata al bisogno del singolo: non ha quindi successo un intervento rivolto esclusivamente alla singola problematica clinica poiché va considerata la persona nel suo insieme e globalità.

La Regione Liguria, da anni, persegue obiettivi di umanizzazione a vari livelli e nelle varie declinazioni del concetto: nelle strutture sanitarie, sul territorio, al domicilio del paziente.

Il primo passo in tal senso è stato compiuto con l’adozione del Codice Etico delle Aziende sanitarie, quale strumento non solo di affermazione del principio di legalità, ma anche di promozione e di comunicazione - all’interno e all’esterno dell’Azienda- dei principi assunti a riferimento:

- INFORMAZIONE: sulle prestazioni sanitarie e sulle relative modalità di accesso;
- ACCOGLIENZA: instaurando con il cittadino relazioni tali da limitare i suoi disagi e da metterlo in grado di esprimere i suoi bisogni;
- TUTELA, attivando iniziative volte al superamento di eventuali disservizi ed alla ricezione dei reclami;
- PARTECIPAZIONE, predisponendo sistemi di rilevazione del gradimento da parte dell’utenza e favorendo l’adeguamento delle strutture e delle attività alle esigenze del cittadino;
- EGUALIANZA dei cittadini senza distinzioni di sesso, razza, lingua, religione, opinione politica;
- IMPARZIALITA', garantendo obiettività e giustizia nei confronti di tutti;
- CONTINUITA' e regolarità nell'erogazione delle prestazioni;
- EFFICACIA ED EFFICIENZA gestionale.
- APPROPRIATEZZA DELLE CURE: la scelta di un intervento diagnostico o terapeutico adeguato rispetto alle esigenze del paziente e al contesto sanitario.

¹ Focarile (1998), Indicatori di qualità dell’assistenza sanitaria, Centro scientifico editore, Torino

² A. Tanese, A. Lamanna, R. Metastasio “Uno strumento per valutare il grado di umanizzazione delle strutture di ricovero”, Monitor 32/2014

- DIGNITA' DELLA PERSONA

Con l'anno 2016 si è scelto di implementare ed estendere gradualmente ad altre Aziende della Regione Liguria un'iniziativa progettuale di umanizzazione nata all'interno dell'Asl 4 "chiavarese", previa verifica positiva dei risultati.

Il progetto riguarda **l'identificazione precoce della depressione post partum.**

DESCRIZIONE DEL PROGETTO

Oggetto:

Il periodo di maggior rischio per una donna di sviluppare un disturbo dell'umore è nel periodo successivo al parto (sino a un anno dopo il parto).

Le madri molto giovani, senza partner, che vivono in una condizione di precarietà socioeconomica o che hanno in passato sofferto di depressione, hanno un rischio maggiore rispetto alle altre donne.

Il mancato riconoscimento e trattamento della depressione ha notevoli ripercussioni sia sulla salute della madre, che sulla salute e la crescita emozionale e cognitiva del bambino.

La depressione post-partum (DPP) è un disturbo che colpisce dal 10 al 20% delle madri.

Tra i sintomi più frequenti vi sono umore depresso, ansia, confusione, labilità emotiva, disturbi del sonno, faticabilità, irritabilità, scarsa fiducia in se stessi e nelle proprie competenze genitoriali.

L'elevata prevalenza dei disturbi depressivi antenatali e postnatali, l'ingente costo delle loro conseguenze sia in termini di sofferenza personale che in termini di necessità di mobilitazione di risorse sanitarie, nonché la disponibilità di trattamenti efficaci, giustificano la messa a punto di programmi di screening per l'identificazione precoce delle donne a rischio.

Scopo

Il Percorso progettuale prende le mosse dalla collaborazione interdisciplinare tra Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze, S.C. di Ostetricia e Ginecologia, S.C. di Pediatria, S.S. Consultorio, Medici Specialisti Pediatri e Medici di Medicina Generale del Territorio della ASL 4 e dell'Università degli Studi di Genova, con l'intento di effettuare un intervento mirato alla individuazione precoce e al trattamento della depressione in gravidanza e nel post-partum.

Obiettivo generale

L'obiettivo è quello di valutare la condizione psicologica delle donne attraverso la compilazione di test che, prontamente valutati da personale esperto, potranno essere strumento di individuazione di problematiche psicopatologiche sottostanti o di necessità di supporto psicologico e talora psichiatrico nell'antepartum e sino a un anno dopo il parto.

Un intervento sanitario efficace dovrà necessariamente essere attuato attraverso diversi livelli, che comprendono prevenzione primaria (individuazione dei casi a rischio), prevenzione secondaria (diagnosi precoce) ed intervento efficace.

Attività progettuali

Il progetto prevede l'individuazione precoce, il trattamento e la presa in carico delle donne affette da depressione in gravidanza e nel post-partum, con la finalità di promuovere la tutela della maternità e il sostegno delle competenze genitoriali. Prevede inoltre la raccolta di una notevole mole di dati utili all'elaborazione di valutazioni clinico-epidemiologiche.

Esso si articola attraverso tre fasi fondamentali: screening, arruolamento e presa in carico.

Le pazienti attualmente vengono arruolate tra le donne afferenti alla S.C. Ginecologia Ostetricia, Consultorio e ambulatorio dei Pediatri del territorio dell'ASL 4 Chiavarese.

Lo sviluppo del progetto prevede l'estensione del progetto pilota alle altre AASSLL liguri.

I test somministrati sono accompagnati dalla presentazione scritta del progetto Aziendale nonché dal consenso informato per la compilazione.

La presenza degli operatori qualificati integrati nel progetto (infermiere, ostetriche, mediatrici culturali, tirocinanti in psicologia, psichiatri, psicologi,) si rende indispensabile al fine di ottimizzare la motivazione alla partecipazione al progetto nonché per migliorare la compilazione del questionario stesso, anticipando alla paziente la possibilità di poter ripetere il test nel follow up concordato e di essere richiamata dagli operatori del Progetto. Può essere prevista inoltre la presenza della mediatrice culturale, per una buona comprensione del testo, evitando che le pazienti possano essere aiutate nella compilazione da familiari e/o amici.

Il progetto prevede inoltre l'inclusione delle mamme che afferiscono al Servizio territoriale del Consultorio per il percorso post nascita (visite ginecologiche post partum, allattamento, infant massage) sebbene non abbiano precedentemente avuto contatti con nostra ASL (ecografia morfologica, parto in altro ospedale) Una volta compilati, i test vengono raccolti presso l'AMBULATORIO INFERTILITA'.

La valutazione e restituzione del test potranno essere immediati, grazie alla raccolta dei questionari da parte degli operatori inseriti nel progetto (in particolare: psicologa dedicata al progetto, psichiatra, mediatrice culturale) o al massimo entro 15 giorni.

➤ Fase I. Screening

In occasione dell'esecuzione dell'ecografia morfologica (20-22 esima settimana) tutte le donne afferenti all'Ambulatorio di Ginecologia vengono informate sulle caratteristiche del progetto.

Alla 36° settimana di gravidanza, in occasione dell'esecuzione del tampone cervico-vaginale verranno somministrati:

- Scheda anamnestica (Allegato 3-11) volta a raccogliere informazioni su: dati sociodemografici, andamento della gravidanza, anamnesi psichiatrica individuale e familiare;
- Edimburgh Postnatal Depression Scale (Allegato 4-10) (EPDS, versione italiana, Benvenuti et al.)

Durante il ricovero per il parto, viene proposta da parte delle infermiere pediatriche del Nido o la Scala Materna per il Supporto Sociale (MSSS, Maternal Social Support Scale, versione italiana, Dabrassi et al.)

Il questionario di Edimburgo (EPDS) viene in seguito riproposto alla madre nelle seguenti occasioni:

- Visita neonatologica (10-15 gg dopo il parto)
- 40 giorni dopo il parto (ecografia alle ANCHE)-c/o Ospedale

Il monitoraggio del test viene successivamente proseguito in collaborazione con i pediatri del territorio che somministrano EPDS fino all'anno del bambino o in presenza di fattori di rischio riscontrati.

➤ Fase II. Arruolamento

Le donne che ottengono un punteggio nel test di Edimburgo tra 9 e 11: verranno valutate per breve programma psico educativo rispetto alla sintomatologia espressa e/o colloqui psicoterapici. (valenza correlata alla ricerca clinico-scientifica).

Per un punteggio > a 12 e/o positività alla domanda n° 10 (che indaga la presenza di intenti suicidari) è stato attribuito un valore di cut off clinico per cui viene proposto un colloquio clinico Psichiatrico e /o psicologico meritevole di eventuale approfondimento e presa in carico nel caso di conferma di diagnosi di depressione postpartum.

➤ Fase III. Presa in carico

Alle donne con diagnosi di disturbi depressivi e ansiosi confermata vengono offerti interventi clinici che comprendono supporto psicologico, psicoterapia individuale e/o di coppia, visite psichiatriche (con prescrizione, ove indicato, di trattamenti farmacologici) e possibilità di ricovero.

Fondamentale risulta ai fini del miglioramento della *compliance* alle cure e della riuscita del Progetto, la collaborazione ed interazione (anche telefonica) tra Pediatra curante, Medico di Medicina Generale e terapeuta di riferimento nel caso di trattamento psichiatrico e/o psicoterapeutico.

SVILUPPI

Il progetto pilota, previa valutazione dei risultati ottenuti sul territorio della Asl 4, verrà gradualmente esteso nelle altre AASSLL liguri.

COSTI COMPLESSIVI DEL PROGETTO

PIANO FINANZIARIO	Azienda	Fondi assegnati
	Asl 1	54.766,00
	Asl 2	71.774,00
	Asl 3	181.097,00
	Asl 4	37.312,00
	Asl 5	55.051,00
	IRCCS AOU San Martino IST	100.000,00
	TOTALE	500.000,00

ASSEGNAZIONE DELLE QUOTE VINCOLATE AGLI
OBIETTIVI DI PIANO SANITARIO NAZIONALE
2016

--

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	REGIONE LIGURIA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE 3	Cure palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica
TITOLO DEL PROGETTO	Un modello organizzativo per la gestione integrata del paziente con bisogni di cure palliative. Le dimissioni protette
DURATA DEL PROGETTO	Un anno
REFERENTI	ARS Liguria – Dott.ssa Enrica Orsi

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	3.000.000 euro
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

PREMESSE

Le cure palliative sono la risposta appropriata ai bisogni pazienti affetti da patologia ad andamento cronico ed evolutivo, per la quale non esistono terapie o, se esistono, sono inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita, nonché alle necessità dei loro familiari.

Secondo la più recente definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, le cure palliative sono un approccio che migliora la qualità della vita dei malati e delle loro famiglie che si trovano ad affrontare le problematiche associate a malattie inguaribili, attraverso la prevenzione e il sollievo della sofferenza per mezzo di un'identificazione precoce e di un ottimale trattamento del dolore e delle altre problematiche di natura fisica, psicologica e spirituale. Le cure palliative forniscono il sollievo dal dolore e da altri gravi sintomi. Le cure palliative integrano gli aspetti psicologici e spirituali della cura dei pazienti e offrono un sistema di supporto per aiutare i malati a vivere nel modo più attivo possibile fino alla morte. Offrono anche un sistema di sostegno per aiutare le famiglie ad affrontare la malattia del proprio caro e, in seguito, il lutto. Utilizzando un approccio multidisciplinare in équipe, le cure palliative rispondono ai bisogni dei malati e delle famiglie, offrendo, qualora necessario, un intervento di supporto nella fase di elaborazione del lutto. Migliorano la qualità di vita e possono influire positivamente sul decorso della malattia. Possono essere attivate precocemente nel corso della malattia, per una più corretta presa in carico del paziente

CONTESTO REGIONALE

Dati epidemiologici

In Liguria, ogni anno, circa 5.800 persone muoiono a causa di una malattia neoplastica. Si può stimare che oltre il 90% di queste persone, prima di morire, attraversi una fase di malattia caratterizzata da una progressiva perdita di autonomia, dal manifestarsi di sintomi fisici e psichici spesso di difficile e complesso

trattamento, primo fra tutti il dolore, e da una sofferenza globale, che coinvolge il nucleo familiare e amicale. Comunemente definita “fase terminale”, oltre a provocare dolore e sofferenza nella persona malata, è in grado di mettere in crisi la rete delle relazioni sociali ed economiche del malato e dei suoi cari. Nei familiari, durante l’assistenza e dopo il decesso del paziente, può portare a profondi livelli di sofferenza ed esitare in espressioni psicopatologiche. E’ possibile stimare in circa 90 giorni la durata media di questa fase di malattia nel paziente oncologico. Data l’incidenza e la durata media della fase terminale di malattia, è possibile stimare che, in media, ogni momento, siano circa 1.300 – 1.400 i pazienti liguri con una malattia oncologica in fase terminale (prevalenza puntuale).

Per quanto riguarda i malati non neoplastici, le evidenze scientifiche disponibili suggeriscono che l’utenza potenziale di un programma di cure palliative sia stimabile tra il 50 e il 100% di quella degli utenti potenziali di cure palliative per malattia oncologica. Si tratta di persone affette da malattie inguaribili ad andamento progressivo a carico di numerosi apparati e sistemi, quali quello respiratorio, cardiocircolatorio, neurologico, e di persone colpite da particolari malattie infettive. Nelle malattie non oncologiche, una fase terminale in cui sono più evidenti i bisogni di cure palliative non è facilmente prevedibile né stimabile nella sua durata media. Ad esempio, nelle gravi sindromi neurologiche, tra le quali soprattutto la sclerosi laterale amiotrofica (SLA), la fase in cui sono prevalenti i bisogni di cure palliative può durare anche 2-3 anni. Per i malati di AIDS la sopravvivenza media si è notevolmente allungata per effetto delle nuove terapie, e i bisogni di cure palliative non sono limitabili alle ultime settimane di vita.

Complessivamente, si può stimare che ogni anno, in Liguria, circa 5.400 pazienti oncologici e 2700-5.400 pazienti non oncologici abbiano un bisogno di cure palliative per una malattia in fase avanzata o terminale.

In Liguria, a fronte di una domanda di assistenza da parte dei pazienti e delle famiglie in rapida crescita, l’offerta assistenziale per i pazienti che necessitano cure palliative è ancora insufficiente, considerando che pur in aumento l’indicatore che rileva la percentuale di malati deceduti a causa di tumore che sono stati assistiti dalla rete cure palliative (a domicilio e/o in hospice) si è attestato al 47% nel 2015. Inoltre l’offerta si presenta disomogenea sul territorio e nei modelli organizzativi.

Una recente valutazione sugli ultimi tre mesi di vita dei pazienti oncologici residenti nell’ASL 3 genovese ha evidenziato come debbano essere migliorati il riconoscimento e l’appropriato trattamento del dolore e di altri sintomi maggiori, la gestione appropriata della sofferenza psicologica dei pazienti e dei familiari, la comunicazione efficace tra paziente, familiari e operatori sanitari, sia a casa che in ospedale. In molti nuclei familiari, l’assistenza ad un paziente terminale, ha un impatto socio economico consistente: circa un quarto dei familiari di riferimento smette di lavorare o riduce sostanzialmente il tempo di lavoro per poter assistere il paziente.

Offerta di cure palliative domiciliari

1. Assistenza domiciliare integrata (ADI)

I pazienti con bisogni clinico-assistenziali di bassa intensità o complessità devono essere seguiti, a livello distrettuale, nell’ambito di un’assistenza domiciliare integrata, coordinata dal Medico di Medicina Generale. Questo livello di assistenza può richiedere la consulenza occasionale del medico specialista dell’unità di cure palliative domiciliare. La presa in carico del paziente da parte del Medico di Medicina Generale, anche in regime di ADI, deve essere formalizzata e va segnalata al responsabile della rete locale di cure palliative che svolge funzione di valutazione sugli aspetti relativi alla qualità dell’assistenza di cure palliative erogata.

2. Assistenza domiciliare specialistica di cure palliative

Per i pazienti con bisogni clinico-assistenziali di elevata intensità o complessità, il Medico di Medicina Generale attiva una assistenza domiciliare specialistica di cure palliative. In questo modulo assistenziale, il Medico di Medicina Generale resta il responsabile dell’assistenza al singolo paziente e si avvale della consulenza continuativa dell’intera unità di cure palliative, con la quale concorda il piano di cura. Questa modalità assistenziale deve essere presente in tutte le reti locali e può essere erogata sia da Unità di Cure Palliative pubbliche territoriali e ospedaliere, nonché da organizzazioni non profit con specifica competenza nel campo delle cure palliative.

L’Unità di Cure Palliative domiciliare è composta dalle seguenti figure professionali:

- medico specialista con idonea formazione ed esperienza in cure palliative, responsabile dell'Unità di cure palliative;
- medici specialisti con idonea formazione ed esperienza in cure palliative;
- infermieri professionali con idonea formazione ed esperienza in cure palliative.

Ciascuna Unità di Cure Palliative si avvale della cooperazione di altre figure professionali con idonea formazione ed esperienza in cure palliative, messe a disposizione da altre unità operative distrettuali o aziendali:

- psicologo
- assistente sociale
- tecnico della riabilitazione
- personale di assistenza
- personale amministrativo

Sul territorio ligure è diffusa l'integrazione nell'assistenza di volontari adeguatamente selezionati e formati dall'Unità di Cure Palliative, anche attraverso la convenzione con strutture no-profit operanti nel campo delle cure palliative, oltre che di assistenti spirituali delle diverse confessioni.

RAZIONALE DEL PROGETTO

Nell'attuale sistema di offerta di Cure Palliative regionale è emersa l'esigenza di migliorare la continuità assistenziale, soprattutto nel delicato passaggio ospedale-territorio, per popolazioni di pazienti fragili quali i malati con bisogni di cure palliative

La dimissione e l'ammissione protetta con garanzia di continuità assistenziale, rappresentano infatti la corretta modalità di gestione del paziente, un irrinunciabile elemento di qualità del servizio fornito, riducono i disagi di paziente e familiari, possono limitare i ricoveri ospedalieri ripetuti ed in particolare facilitano l'individuazione precoce e condivisa della tipologia di servizio da attivare alle dimissioni.

Il presente documento ha pertanto l'obiettivo di garantire alle persone con necessità assistenziali complesse, la possibilità di usufruire di un percorso protetto, accompagnato, basato su una migliore comunicazione nei passaggi tra i diversi livelli assistenziali.

L'approvazione della legge 38/2010 e la costituzione della Rete di Cure Palliative sono infatti momenti importanti di un percorso in cui si evidenziano come obiettivi il rafforzamento dell'integrazione sanitaria, socio-sanitaria e socio-assistenziale fra tutti i livelli assistenziali delle reti dedicate (Hospice, Unità di Cure Palliative territoriali, MMG, Distretti socio-sanitari).

Il percorso di dimissione e ammissione protetta va utilizzato in modo appropriato in entrambe le direzioni, per non sovraccaricare il territorio da un lato e l'ospedale dall'altro, avendo presenti i reali bisogni del cittadino e con la consapevolezza dei limiti di funzionalità e di risorse che caratterizzano l'intero sistema socio-sanitario.

Il presente progetto ha pertanto le seguenti finalità:

1. garantire a pazienti con bisogni assistenziali complessi, con necessità di cure palliative, la continuità dell'intervento assistenziale;
2. attivare in modo sistematico le cure palliative per tutti i malati che ne hanno necessità, garantendone la continuità anche nei passaggi tra i diversi livelli assistenziali;
3. favorire la collaborazione e la comunicazione tra Unità Operative Ospedaliere, Medici di Medicina Generale, servizi della rete territoriale (es. Hospice U.O.C.P., privato convenzionato).

I pazienti le loro famiglie sono al contempo destinatari degli interventi correlati alla dimissione/ammissione protetta e, attraverso il loro coinvolgimento attivo, attori del percorso di cura.

OBIETTIVI GENERALI E AREE D'INTERVENTO

Obiettivi generali del progetto sono:

Obiettivo 1. Continuità assistenziale

Attivazione sistematica delle cure palliative per i pazienti con bisogni assistenziali complessi, garantendone la continuità anche nei passaggi tra i diversi livelli assistenziali.

Obiettivo 2. Comunicazione/formazione

Favorire, promuovere e orientare al corretto utilizzo della rete dei servizi territoriali, valorizzando anche le diverse tipologie di servizi ospedalieri e ambulatoriali complessi.

Obiettivo 3. Accreditalimento dei soggetti erogatori di cure palliative domiciliari

Individuazione e progressiva implementazione dei percorsi di accreditalimento regionale degli erogatori/fornitori di assistenza domiciliare palliativa.

OBIETTIVI SPECIFICI E SVILUPPO DEL PROGETTO

Obiettivo 1. Continuità assistenziale

Il progetto, che verrà avviato da subito nell'area metropolitana e implementato gradualmente con estensione a tutte aziende liguri, si propone di assicurare continuità assistenziale:

- a pazienti oncologici in fase avanzata di malattia con necessità di Cure Palliative domiciliari e/o in hospice nella fase di dimissione ospedaliera;
- a pazienti oncologici NON in fase avanzata ma con bisogni di Cure Palliative precoci (cicli di supporto idratativo-nutrizionale, controllo dei sintomi disturbanti, impostazione-gestione di terapia antalgica specifica, supporto alla famiglia) gestibili a domicilio;
- a pazienti in carico al servizio di Cure palliative domiciliari nella fase di ammissione ospedaliera.

Modalità di collaborazione

Competenze dell'Azienda Ospedaliera/struttura di ricovero

- riconoscere, al momento del ricovero e/o prima della dimissione, le situazioni "difficili", selezionando quelle che necessitano di accompagnamento nel passaggio tra ospedale e territorio;
- garantire un adeguato addestramento/educazione dell'utente e/o familiari rispetto alla gestione delle problematiche assistenziali in funzione del rientro al domicilio;
- provvedere alla fornitura di ausili e servizi sanitari complementari prima della dimissione;
- garantire la tempestività e l'appropriatezza della segnalazione.

Per ciascun assistito con bisogni di Cure Palliative occorre:

- effettuare la valutazione del performance status con scala Karnofsky e la valutazione quantitativa del dolore con scala di misurazione numerica (NRS)
- effettuare la segnalazione al MMG / servizio di Cure Palliative territoriale almeno 3 giorni lavorativi prima della dimissione, avvalendosi della scheda di segnalazione;
- richiedere, se possibile, una consulenza del medico di cure palliative prima della dimissione.

Competenze del MMG

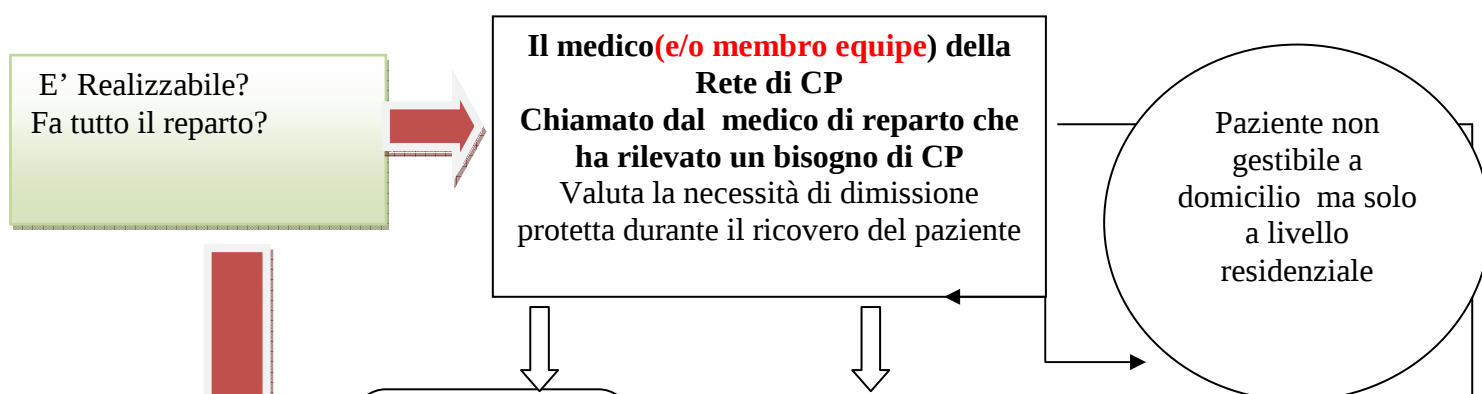
Avvisare tempestivamente il servizio di CP di riferimento quando si manifestano bisogni più complessi, concordando una visita programmata congiunta entro 48 ore dalla dimissione del paziente e facendo pervenire la scheda di attivazione delle cure palliative domiciliari

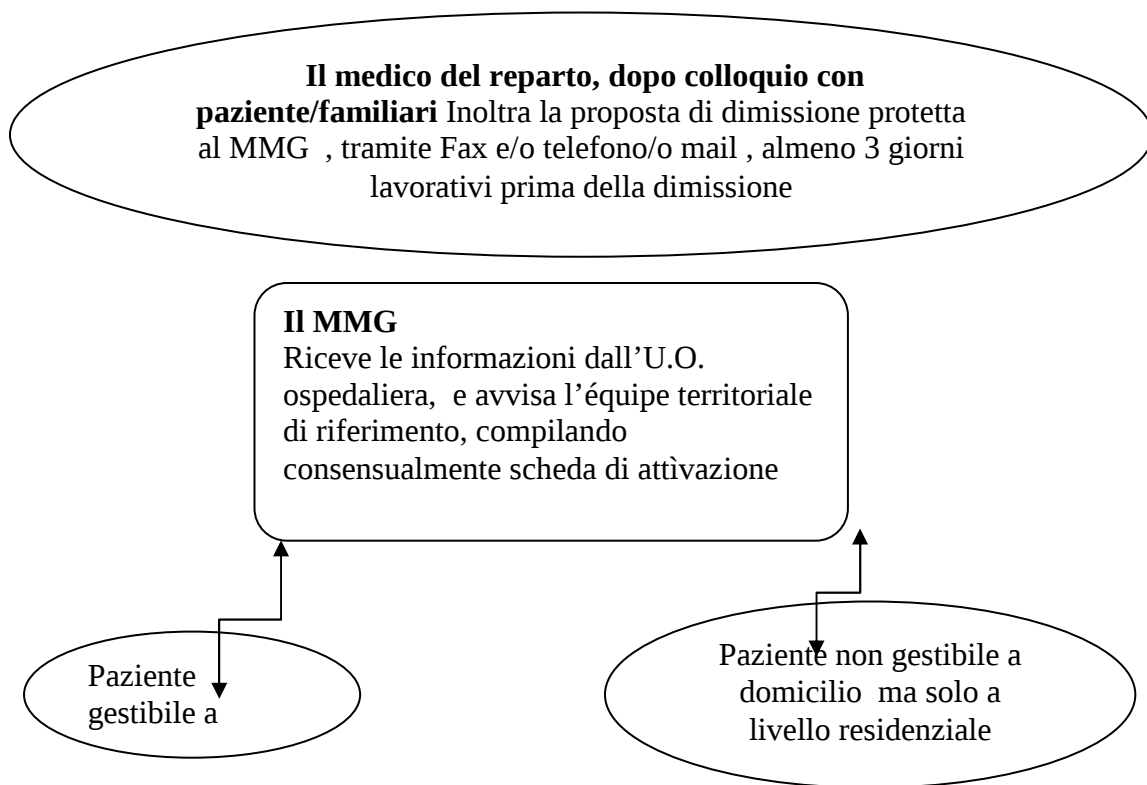
Competenze Servizi di CP territoriali

- fornire consulenza alla struttura di ricovero che effettua la segnalazione, partecipando se possibile alla fase di dimissione, in supporto alla programmazione terapeutica
- prendere in carico il paziente con bisogno di cure domiciliari palliative specialistiche

Modalità operative

PERCORSO DI DIMISSIONE PROTETTA DEL PAZIENTE CON ESIGENZA DI CURE PALLIATIVE: FLOW-CHART





Obiettivo 2. Comunicazione/formazione

Comunicazione

Favorire, promuovere e orientare al corretto utilizzo della rete dei servizi territoriali, valorizzando anche le diverse tipologie di servizi ospedalieri e ambulatoriali complessi.

E' responsabilità della struttura regionale di coordinamento, in accordo con la regione, la messa a punto di un piano regionale di informazione e comunicazione sui programmi delle cure palliative, rivolto alla popolazione generale e agli operatori del sistema sanitario e degli enti locali direttamente o indirettamente coinvolti nell'assistenza.

E' responsabilità della rete locale di cure palliative, la messa a punto di una strategia di comunicazione rivolta alla popolazione e agli operatori, con l'obiettivo di informare sull'esistenza, le finalità e le modalità di accesso alla rete locale di cure palliative.

La carta dei servizi delle Aziende sanitarie dovranno prevedere una specifica sezione riguardante i servizi che erogano cure palliative e le modalità di accesso per i potenziali utenti.

Formazione degli operatori

E' responsabilità della unità operativa con funzione di coordinamento regionale sviluppare ed implementare specifici programmi di formazione per tutti i soggetti coinvolti nelle reti locali, coinvolgendo quando è necessario, le Società Scientifiche e le Agenzie formative accreditate. L'obiettivo generale è fare in modo che tutti gli operatori facenti parte della rete regionale di cure palliative possano svolgere un training formativo adeguato.

La regione, in collaborazione con l'Università di Genova, si adopererà per facilitare l'inserimento di percorsi formativi specifici in cure palliative, nel curriculum formativo delle diverse professionalità facenti parte della rete.

Obiettivo 3. Accredimento dei soggetti erogatori di cure palliative domiciliari

Individuazione e progressiva implementazione dei percorsi di accredimento regionale degli erogatori/fornitori di assistenza domiciliare palliativa.

La Regione Liguria ha recepito formalmente sia l'Accordo Stato –Regioni del 2012 che disciplina la revisione della normativa dell'accredimento istituzionale (DGR 371 del 28.3.2013), che la successiva Intesa Stato-Regioni del 2015 che indica cronoprogramma degli adeguamenti delle normative delle regioni su accredimento (DGR 1174 del 26.10.2015).

E' in fase di predisposizione il nuovo manuale di accredimento (applicazione dell' l'accordo Stato –Regioni del 2012) , nel quale vengono trattate le reti assistenziali, nell'ambito del capitolo “ Programmi per lo sviluppo di reti assistenziali” , dando come obiettivo la evidenza della partecipazione delle aziende, tra l'altro, a reti di cure palliative e di terapia del dolore per il pz. pediatrico e adulto.

Il nuovo manuale, già predisposto, deve essere deliberato

Devono essere implementati i requisiti specifici sia di autorizzazione che di accredimento dei servizi di cure palliative domiciliari.

RISULTATI ATTESI/INDICATORI DI RISULTATO

- Numero di dimissioni protette attivate per Distretto/ Presidio Ospedaliero /AO

- Numero di pazienti con necessità di CP segnalati per dimissione protetta/numero di attivazioni
- Tassi di re-ricovero a 1 mese
- Iniziative di comunicazione/eventi formativi attivati
- Delibera di approvazione del manuale contenete i requisiti di accreditamento dei servizi di cure palliative domiciliari.

COSTI DEL PROGETTO

PIANO FINANZIARIO	Azienda	Fondi assegnati
	Asl 1	342.289
	Asl 2	448.585
	Asl 3	1.131.857
	Asl 4	233.198
	Asl 5	344.071
	IRCCS AOU San Martino IST	200.000
	E.O. Galliera	150.000
	IRCCS G. Gaslini	150.000
	TOTALE	3.000.000

ASSEGNAZIONE DELLE QUOTE VINCOLATE AGLI OBIETTIVI DI PIANO SANITARIO NAZIONALE 2016

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	REGIONE LIGURIA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	DGR 730 del 29.5.2015 "Piano regionale della prevenzione 2014-2018" Sviluppo DGR 10 del 15.1.2016 "Piano regionale della prevenzione 2014-2018" Integrazioni e modifiche
LINEA PROGETTUALE	Linea progettuale 4
TITOLO DEL PROGETTO	Piano regionale di prevenzione e supporto al Piano regionale di prevenzione
DURATA DEL PROGETTO	annuale
REFERENTE	Dott. Sergio Schiaffino (Dipartimento Salute e Servizi Sociali)

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	Euro 7.023.648,00
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

1. PREMESSE

Il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) approvato con l'Intesa Stato Regioni del 13/11/2014 prevede all'art. 1, comma 2 che le Regioni recepiscono con apposita delibera il Piano Nazionale della Prevenzione 2014/2018 disponendo:

- di applicare nell'elaborazione del proprio PRP la visione, i principi, le priorità, la struttura del PNP

- la preliminare individuazione dei programmi regionali, il più possibile integrati e trasversali rispetto a obiettivi e azioni, con i quali si intende dare attuazione a tutti i macro obiettivi e a tutti gli obiettivi centrali
- la definizione degli elementi – contesto, profilo di salute, trend dei fenomeni, continuità con quanto conseguito nel precedente Piano Regionale della Prevenzione funzionali ai programmi regionali individuati.

2. DESCRIZIONE DEL PROGETTO

Obiettivo prioritario: Recepimento Piano Nazionale di prevenzione. Piano regionale di prevenzione 2014-2018

La Regione Liguria, con deliberazioni:

- n. 730 del 29.5.2015 “Piano regionale della prevenzione 2014-2018” Sviluppo
- n. 10 del 15.1.2016 “Piano regionale della prevenzione 2014-2018” Integrazioni e modifiche

ha approvato il Piano Regionale della Prevenzione per gli anni 2014-2018 (Sviluppo per l’anno 2015) e il documento “Piano Regionale della Prevenzione anni 2014-2018 - integrazioni e modifiche” formato da n. 13 schede integrate - modificate con le richieste ministeriali ed uno schema riepilogativo degli indicatori sentinella.

Obiettivo prioritario “Supporto al piano Nazionale di prevenzione”

Gli obiettivi generali della linea progettuale consistono nel supportare l’attuazione del Piano Nazionale e del Piano regionale Prevenzione mediante il sostegno al funzionamento dei seguenti network:

- Osservatorio Nazionale Screening (ONS)
- Network Italiano Evidence-based Prevention (NIEBP)
- Associazione Italiana dei registri Tumori (AIRTUM)

Tali azioni di supporto sono contenute all’interno del documento di piano stesso.

In particolare, per quanto riguarda il Registro Tumori, lo stesso è attivo in Regione Liguria dal 1990 per la Provincia di Genova, accreditato IARC e poi accreditato AIRTUM ed è affidato all’Azienda Ospedaliera Universitaria – IRCSS San Martino-IST.

Il Registro offre dati di incidenza, sopravvivenza e prevalenza, ma presenta difficoltà di aggiornamento. Un registro relativo ad alcune tipologie di tumore (con correlazioni ambientali) è attivo presso l’ASL di La Spezia e relativo alla stessa provincia.

Complessivamente si intende agire su due linee estendendo il registro alle altre due province liguri (Imperia e Savona) e migliorare la velocità di inserimento e verifica dei dati, in modo tale da recuperare il gap sulle annualità. Dal punto di vista delle architetture informatiche a supporto del registro, si ritiene di promuovere un’integrazione tra i sistemi di anatomia patologia e di investire sull’integrazione delle basi di dati esistenti (SDO, Anatomia Patologica), farmaceutica diretta e specialistica ambulatoriale (radioterapia).

PIANO FINANZIARIO	Azienda	Fondi assegnati
	Asl 1	961.646
	Asl 2	1.260.281
	Asl 3	3.179.906
	Asl 4	655.161
	Asl 5	966.654
	TOTALE	7.023.648,00

ASSEGNAZIONE DELLE QUOTE VINCOLATE AGLI OBIETTIVI DI PIANO SANITARIO NAZIONALE 2016

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	REGIONE LIGURIA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE 5	Gestione della cronicità
TITOLO DEL PROGETTO	Modelli innovativi di gestione della cronicità
DURATA DEL PROGETTO	Un anno
REFERENTI	Ars – Dott. Carloni

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	4.000.000,00 euro
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

PREMESSE

Le malattie croniche causano nel mondo il 60% (circa 35 milioni) di tutti i decessi. Tale situazione epidemiologica ha evidentemente pesanti ricadute in termini di aspettativa di vita e di qualità della stessa e rappresenta un impegno anche economico per i singoli individui, le loro famiglie, i sistemi sanitari e la società.

Le cure di lungo termine patologie croniche (cardiovascolari, diabete, BPCO) non sempre sono erogate secondo le raccomandazioni basate sull'evidenza. Esiste la necessità di identificare con maggiore specificità, responsabilità e sinergie all'interno dei protocolli.

Dalla metà degli anni '90 è mutato radicalmente l'approccio alle malattie croniche: da un approccio reattivo, basato sul paradigma "dell'attesa" dell'evento acuto, si è passati a un approccio "proattivo", improntato al paradigma preventivo, mirato a evitare o rinviare nel tempo la progressione della malattia; a promuovere l'*empowerment* del paziente (e della comunità) e la qualificazione del *team* assistenziale (sanitario e sociale).

Gli strumenti di "governo clinico" individuati per tali obiettivi sono:

- *il Disease management* : approccio sistemico e integrato che implica un'azione coordinata tra tutte le componenti e tra tutti gli attori del sistema assistenziale, che, seppur con responsabilità diverse, sono chiamati a sviluppare interventi mirati verso comuni obiettivi;
- *il Chronic Care Model* che ha un focus più ampio del DM. , in quanto caratterizzato da un approccio "sistemico" alle malattie croniche; "sistemico" in quanto muove tutte le leve organizzative ed operative per promuovere un approccio appropriato da parte degli operatori.

Il presupposto di questo modello è che, per essere efficaci, efficienti e attenti ai bisogni globali dei pazienti, è necessario anche l'impegno di tutto il sistema organizzativo.

Infatti, il disegno del CCM pone, in un unico quadro d'insieme, tutti quei fattori organizzativi e operativi del sistema sanitario e della comunità che risultano predisponenti per l'azione efficace delle "persone" (gli operatori ed i pazienti) dalle cui attività scaturiscono i risultati attesi.

Il *Chronic Care Model*, collocato nella rete assistenziale italiana, riconosce nel *setting* delle Cure Primarie (Medicina Generale, Pediatria di libera scelta, Medici a rapporto orario) una delle componenti fondamentali nella erogazione dei servizi sul territorio.

Le Cure Primarie hanno in affidamento in modo peculiare la cura delle cronicità, perché rappresentano il segmento del SSN più vicino (non solo concettualmente ma soprattutto fisicamente) al paziente e perché ad esse in maniera prioritaria è affidata la continuità della cura tra i diversi livelli di assistenza.

CONTESTO REGIONALE

Con la Delibera della Giunta regionale n. 518 del maggio 2012 è stato approvato il "Protocollo per la gestione integrata delle patologie croniche epidemiologicamente più rilevanti (Diabete, scompenso cardiocircolatorio, broncopneumopatia cronica ostruttiva)".

Il Protocollo ha identificato i servizi e le prestazioni che devono essere offerte dalle ASL liguri –in prima battuta- a tutti i soggetti portatori delle prime tre malattie epidemiologicamente più rilevanti (diabete, scompenso cardiaco e BPCO).

Tale modello, fondato sul *Chronic care model*, è stato negli anni esteso in via incrementale anche grazie all'analisi degli indicatori contenuti nel Protocollo stesso.

Il modello di riferimento per l'assistenza alle persone con patologie croniche è la gestione integrata, intesa come la partecipazione congiunta dello specialista e del medico di medicina generale (MMG) a un programma stabilito d'assistenza in cui lo scambio di informazioni, che va oltre la normale routine, avviene da entrambe le parti con il consenso informato del paziente.

L'obiettivo del modello integrato è quello di disegnare i percorsi diagnostici e terapeutici condivisi mettendo al centro dell'organizzazione assistenziale il paziente affetto da patologia cronica, favorire l'appropriatezza delle prestazioni e l'equità dell'accesso sulla base del livello di complessità, ottimizzare l'utilizzo delle risorse migliorando la cura ambulatoriale e limitando l'accesso al Pronto Soccorso e il ricovero, e ottenere risparmi attraverso la prevenzione delle complicanze e della elevata spesa di assistenza ospedaliera da queste determinate.

Nell'ambito della propria autonomia, le Aziende identificano le modalità organizzative e gestionali di sviluppo del processo di gestione integrata, fermo restando che tale offerta deve prevedere:

- La formulazione di un protocollo diagnostico-terapeutico tarato sul livello di complessità della malattia, condiviso tra gli operatori coinvolti, con dichiarazione del paziente di adesione al patto di cura;
- La formazione degli operatori sia sugli aspetti comunicativi e procedurali di gestione del modello che sui contenuti scientifici del trattamento;
- la realizzazione di vie preferenziali di comunicazione tra MMG e specialisti e/o la definizione di precisi strumenti di comunicazione e di condivisione dei dati;
- l'individuazione di uno strumento comune (cartella cartacea o informatizzata) per la gestione del paziente;
- La valutazione periodica delle attività attraverso l'utilizzo di indicatori di processo e di risultato;
- La promozione della "Medicina di Iniziativa".

In tema di gestione integrata delle patologie croniche i progetti aziendali sviluppati a partire dal 2013, hanno visto nel corso del 2014 e del 2015 una concreta attuazione su tutto il territorio regionale; i progetti in atto vedono attualmente il coinvolgimento di 14 Distretti Sanitari sui 19 totali (pari al 75%), l'adesione formalizzata di circa 150 MMG per un totale di oltre 160.000 assistiti di ASL 2 Savonese e ASL 3 Genovese, pari a oltre il 16% della popolazione di riferimento; nelle altre Aziende (ASL 1, ASL 4 e ASL 5) si registra un numero di partecipanti pari a circa 300 unità, sebbene l'adesione non sia formalizzata con atti specifici. Più precisamente la situazione allo stato attuale risulta la seguente:

ASL 1 Imperiese

- Gestione integrata della BPCO: in stato di avanzata realizzazione; utilizzando i flussi informativi della farmaceutica territoriale sono stati selezionati tutti gli assistiti con età superiore a 40 anni che hanno assunto almeno un farmaco della classe ATCR03 (broncodilatatori) durante il periodo di analisi e per ognuno di essi si è posto in evidenza: terapie assunte, spirometrie effettuate, ricoveri ospedalieri. Dopo di che si è passati alla fase attuativa che ha visto l'arruolamento dei pazienti e la conseguente applicazione dei criteri indicati dalla DGR 518/2012, l'attivazione di un ambulatorio specifico per la BPCO, definizione di un set minimo di dati interscambiabili tra MMG e Azienda.
- Gestione integrata del diabete mellito: l'avvio del progetto è avvenuto nel corso del 2013 con una fase formativa destinata a 25 MMG; attualmente è in atto la collaborazione tra gli MMG formati e i due centri aziendali di diabetologia. I pazienti "arruolati" ammontano a circa 30.000, corrispondenti a oltre 1500 soggetti affetti diabetici.
- Gestione integrata del follow-up del paziente con Ca della mammella e del colon: tale progetto che vede la partecipazione di specialisti di diverse branche e MMG, sebbene non sia tra quelli indicati dalla DGR518/2012, è seguito con molto interesse da ARS, quale esperienza pilota nel campo della presa in carico del paziente oncologico.

ASL 2 Savonese

L'esperienza di ASL 2 trova le sue fondamenta basata sulla sperimentazione gestionale dei Centri Salute, sperimentazione che vede coinvolti 80 MMG, distribuiti in modo omogeneo sull'intero della Provincia di Savona. In base alle regole della sperimentazione gestionale, gli MMG partecipanti applicano in toto i PDTA e i modelli di gestione integrata regionali

I progetti di gestione integrata sono così distribuiti:

- Gestione integrata del Diabete mellito: applicato nel Distretto 4 Albenganese e Distretto 5 Finalese; 2 diabetologi, 35/40 MMG partecipanti. Stato di avanzata attuazione
- Gestione integrata della BPCO: applicato nel Distretto 5 Finalese con la supervisione della SC Pneumologia; il progetto si fonda sull'integrazione tra ospedale e territorio: gli specialisti della SC Pneumologia operano a stretto contatto con MMG. 26350 assistiti, 20 MMG partecipanti. Stato di avanzata attuazione

- Gestione integrata dello scompenso cardiaco: applicato nel Distretto 6 Bormide e 7 Savonese, coordinato dalla SC Medicina Interna e Cure Intermedie, vede la partecipazione di 25 MMG per un totale di 29530 pazienti. Il progetto vede nella figura dell'Infermiere professionale un ruolo determinante (case manager). Stato di iniziale attuazione, avviata con la formazione del personale sanitario (IP e MMG).

ASL 3 Genovese

In ASL 3 sono attualmente avviati tre progetti sperimentali (Delibera del DG n.154/2014):

- Distretto 8 PDTA BPCO
- Distretto 12 PDTA Diabete Mellito
- Distretto 13 PDTA Scompenso Cardiaco
-

I medici di medicina generale coinvolti ammontano a 70 unità, per un totale di oltre 80.000 pazienti. Gli MMG partecipanti sono appartenenti a Medicine di Gruppo e Medicina di rete; al progetto partecipano inoltre personale infermieristico dedicato, personale della riabilitazione, specialisti di riferimento e medici della Continuità Assistenziale. E' prevista inoltre l'attivazione di un Ambulatorio Geriatrico di Comunità, con funzioni di supporto agli MMG. Un'interessante novità del progetto è rappresentata dalla condivisione dei dati degli assistiti inseriti nei PDTA con i Medici della Continuità Assistenziale. I progetti sono in fase di avvio, si registrano attualmente alcune difficoltà relative a problemi di privacy per la fase di condivisione dati (raccolta del consenso dei pazienti arruolati). La sperimentazione è seguita con estremo interesse dall'Agenzia Regionale San per le novità apportate.

ASL 4 Chiavarese

In ASL 4 sono attualmente avviati 2 progetti sperimentali (BPCO e Scompenso Cardiaco), mentre risulta da tempo avviata la gestione integrata del Diabete mellito.

- Gestione integrata dello scompenso cardiaco: l'integrazione ospedale territorio si fonda su due capisaldi, rappresentati da un lato da un ambulatorio (day service) per la gestione dello scompenso cardiaco che opera a stretto contatto con MMG (numero telefonico dedicato per MMG e utenti) e dall'altro su un congruo numero di Infermieri Professionali adeguatamente formati. A ciò poi si aggiunge l'apertura del fascicolo elettronico per tutti gli utenti reclutati. E inoltre prevista la partecipazione della SS Rete Cure palliative, per la parte relativa all'Assistenza domiciliare di II e III livello, qualora prevista o necessaria.
- Gestione integrata del Diabete mellito: il servizio è già da tempo organizzato per equipe su base distrettuale con accesso diretto e consultazione telefonica per MMG, dove il Centro Diabetologico Dipartimentale ha un ruolo di II livello per la gestione delle complicanze oltre che un ruolo di formazione per MMG (rigida applicazione dei principi del Progetto IGEA, capostipite dei modelli nazionali di gestione integrata delle patologie croniche)
- Gestione integrata della BPCO: ricalca in tutto e per tutto il modello utilizzato per lo scompenso cardiaco, anche in questo caso è stato istituito il Day service dedicato allo scopo di agevolare l'utenza attraverso la riformulazione dell'offerta e i MMG con una maggior tempestività nell'iter diagnostico.

ASL 5 Spezzino

In ASL 5 sono attualmente avviati tre progetti sperimentali relativi alle patologie indicate dalla DGR518/2012. La Direzione aziendale aveva già in precedenza affrontato la gestione integrata del diabete mellito, utilizzando i principi del Progetto IGEA procedendo alla formazione di 80 MMG. Altra scelta di ASL 5 è stata quella di dotarsi di una propria Banca Dati Assistiti, utilizzando gli algoritmi della BDA regionale, in modo tale da avere a disposizione non solo il numero di soggetti affetti da patologie croniche, ma i nominativi di questi e il loro bisogno di salute espresso (consumi). La gestione dei tre progetti è affidata quasi integralmente ai Direttori di Distretto, prevede una forte integrazione ospedale-territorio anche tramite il potenziamento del ruolo dell'infermiere professionale che assume il ruolo di case manager.

In conclusione si può affermare che dall'analisi dei dati relativi ad alcuni indicatori relativi al diabete mellito (numero di dosaggi di emoglobina glicata e glicemia, esame urine) appare evidente che molti dei criteri introdotti dalla DGR 518/2012 siano entrati – o stiano entrando – nella pratica clinica quotidiana; anche se resta da percorrere ancora una buona parte del tragitto.

RAZIONALE DEL PROGETTO

Ciò che nella cultura manageriale si definisce “gestione per processi” trova in sanità una naturale traduzione nel disegno di percorsi assistenziali: i processi gestionali sono la descrizione di come è organizzato un servizio e del chi-fa-cosa per fornirlo. Forse si può affermare che, se questo schema di lavoro avesse fatto già parte nel recente passato del bagaglio culturale di chi lavora in un sistema complesso, non ci sarebbe bisogno di ribadire che uno dei problemi dell'offerta ridondante o decisamente inappropriata in sanità è l'autoreferenzialità di alcuni soggetti eroganti.

In altri termini, porre l'accento sul **percorso assistenziale (PA)** utilizzando come schema di riferimento l'iter del paziente nel suo attraversamento della rete dei servizi è un metodo di revisione critica dell'organizzazione dell'assistenza in tutte le sue componenti; ed è il metodo per perseguire al contempo equità d'accesso, appropriatezza, qualità e corretto uso delle risorse, in virtù non solo dell'abusata formula di “porre al centro” il paziente, ma anche del fatto che per definizione il disegno di un percorso è un'opera collettiva, che si giova dell'apporto di (e della mediazione tra) tutti i professionisti che partecipano all'erogazione del servizio.

E' fondamentale quindi proseguire nell'applicazione del metodo che ha consentito alle reti individuate dal Piano sociosanitario regionale di formulare e veder formalizzati i percorsi di gestione integrata per diabete, scompenso cardiaco e BPCO. La gestione integrata, intesa come la partecipazione congiunta dello specialista e del medico di medicina generale (MMG) a un programma concordato in cui il paziente trova nel MMG il suo “*case manager*”, è stata indicata come modello di riferimento inizialmente per le tre patologie epidemiologicamente più rilevanti e deve essere progressivamente estesa ad altre patologie croniche.

Sulla base del livello di complessità della patologia si è indicata l'offerta di servizi appropriata che ciascun distretto deve fornire, quale unità territoriale con capacità organizzativo-gestionale. Per i pazienti cronici la continuità della presa in carico e l'equità dell'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali (attraverso agende dedicate) sono i punti di forza del modello che viene fatto proprio da Regione Liguria. Da questo ci si attende l'ottimizzazione delle risorse attraverso la limitazione degli accessi al PS e ai regimi di ricovero; ci si attendono altresì risparmi di esercizio attraverso la prevenzione delle complicanze e la sorveglianza sull'evoluzione delle medesime.

Altre patologie croniche, quali **le demenze ed altri gravi patologie di area neurologica**, richiedono il disegno di percorsi in cui l'unità territoriale, il distretto, esprima una presa in carico assistenziale efficace nella continuità.

Il presente progetto si propone pertanto di affrontare la gestione e la presa in carico dei soggetti affetti da malattia di Parkinson e da insufficienza renale cronica, per le quali verranno elaborati specifici PDTA regionali, anche riabilitativi.

Si propone altresì di costruire un percorso di integrazione ospedale-territorio per la gestione della gastrostomie percutanee endoscopiche (PEG), da avviare, in via sperimentale sul territorio della ASL 5 Spezzino, per poi estenderlo previa valutazione positiva dei risultati ottenuti, a tutte le Aziende liguri.

OBIETTIVI GENERALI E AREE D'INTERVENTO

Obiettivi generali del progetto sono:

Obiettivo 1.

Implementazione esperienze di presa in carico integrata, a livello distrettuale, delle patologie croniche epidemiologicamente più rilevanti (BPCO, Diabete Mellito e Scompenso Cardiaco), per le quali viene adottato il modello di gestione integrata basato su *Chronic care model* e *Disease management*;

Obiettivo 2.

Progressiva estensione del modello di gestione integrata a nuove patologie, in particolare alla malattia di **Parkinson e alla malattia renale cronica**;

Obiettivo 3.

Avvio del **progetto pilota “Percorsi di integrazione ospedale-territorio: istituzione di un *team* medico infermieristico per la gestione delle gastrostomie percutanee endoscopiche (PEG)”** sul territorio e progressiva estensione dello stesso sul territorio regionale.

OBIETTIVI SPECIFICI E SVILUPPO DEL PROGETTO

Obiettivo 1

1.1 Utilizzo della Banca dati Assistiti al fine di una stratificazione della popolazione attraverso modelli che tengano conto dei bisogni sanitari e socioeconomici e ne valutino i consumi avendo come riferimento l'adesione e il rispetto dei protocolli e/o PDTA regionali (DGR 518/2012 percorsi di gestione del diabete mellito e dello scompenso cardiaco e Determina n. 41/2015 PDTA Diabete mellito tipo 2 nell'adulto) e la valutazione dell'efficacia delle azioni intraprese all'interno delle reti di patologia (riabilitazione, neurologia, oncologia);

1.2 Utilizzo dei Codici di priorità con i criteri indicati in DGR n.518/2012 per le prescrizioni di visite specialistiche ed esami diagnostici; predisposizione di agende dedicate per pazienti inseriti nei percorsi di cura; tale indicazione è tra quelle ritenute prioritarie per l'anno 2016 (DGR n. 161/2016)

Obiettivo 2

2.1 Realizzazione di un PDTA regionale per la malattia di Parkinson;

2.2. Realizzazione di un PDTA regionale per la malattia renale cronica;

2.3 Applicazione dei PDTA a livello regionale

Obiettivo 3

3.1 Progetto pilota. Costituzione di un gruppo di operatori, medici e infermieri che adotti una metodologia di lavoro integrato ospedale-territorio, finalizzata alla gestione/sostituzione/assistenza della PEG in ambito domiciliare in pazienti fragili, allettati e non autonomi.

Il progetto è finalizzato a ridurre gli accessi programmati dei pazienti ai servizi di endoscopia, per eseguire in elezione la sostituzione della sonda gastrostomica, garantendo loro a domicilio lo stesso servizio, con gli stessi standard di sicurezza e qualità.

Ulteriore finalità è quella di ridurre gli accessi urgenti dei pazienti con gastrostomia ai servizi ospedalieri (pronto soccorso, endoscopia), per problemi legati all'accesso enterale: in primo luogo mal funzionamento o dislocazione della sonda, ma anche infezione peristomale, leakage o altre complicanze.

Attraverso l'attivazione del team domiciliare verrà ridotto il disagio del paziente fragile, non autosufficiente. Dalla parte degli operatori, il benessere dovrebbe aumentare, sia con riferimento a quelli operanti in ospedale (sollevandoli di un compito meglio gestibile a domicilio), sia con riguardo a quelli operanti sul territorio (incrementando e valorizzando le loro competenze).

Destinatari del progetto sono i pazienti portatori di sonda gastrostomica non autosufficienti in dimissione ospedaliera e in carico al servizio di cure domiciliari.

Nel progetto dovranno essere coinvolti i seguenti stakeholders:

- Familiari/caregivers del paziente
- Operatori del territorio (Medici e Infermieri dedicati delle cure domiciliari, ma non componenti il gruppo di operatori individuati nel progetto)
- Operatori dell'Ospedale (Gastroenterologia, Pronto Soccorso)
- Medici di Medicina Generale/Pediatri di Libera Scelta

- Terzo settore (AISM, associazioni disabili)

RISULTATI ATTESI/INDICATORI DI RISULTATO

1.1 Monitoraggio dell'adesione ai protocolli regionale mediante gli indicatori di cui alla DGR 518/2102

1.2 monitoraggio utilizzo codici di priorità : si attende un deciso incremento rispetto alla situazione attuale

2.1 Approvazione e diffusione a livello aziendale di PDTA regionale per la malattia di Parkinson;

2.2 Approvazione e diffusione a livello aziendale di un PDTA regionale per la malattia renale cronica;

3.1 riduzione degli accessi in endoscopia per la sostituzione della sonda

3.2 riduzione degli accessi urgenti in ospedale per problematiche legate alla sonda

3.3.continuità nel processo di erogazione della Nutrizione Enterale Domiciliare

COSTI DEL PROGETTO

PIANO FINANZIARIO	Azienda	Fondi assegnati	
	Asl 1	547.662	
	Asl 2	717.736	
	Asl 3	1.810.971	
	Asl 4	373.117	
	Asl 5	550.514	
	TOTALE	4.000.000	

**ASSEGNAZIONE DELLE QUOTE VINCOLATE AGLI
OBIETTIVI DI PIANO SANITARIO NAZIONALE
2016**

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	REGIONE LIGURIA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE 6	RETI ONCOLOGICHE
TITOLO DEL PROGETTO	Lo sviluppo della rete oncologica ligure: la rete dei centri di senologia.
DURATA DEL PROGETTO	Un anno

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	2.749.019,00 euro
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

PREMESSA

“Il coordinamento di tutte le azioni che riguardano l’assistenza al paziente neoplastico, dentro e fuori dall’ospedale, è un punto irrinunciabile se si vogliono raggiungere standard di qualità elevati dell’assistenza oncologica, e rappresenta un requisito fondamentale per consentire un uguale accesso alle

cure in tutto il territorio nazionale". Il Piano Oncologico Nazionale 2008-2010 sottolinea che un'adeguata organizzazione di Rete è strategica per l'ottimizzazione delle risorse e dei percorsi di cura. In effetti, ad una crescente complessità si può far fronte solo con una crescente organizzazione.

IL CONTESTO REGIONALE

La Rete Oncologia, Ematologia e Radioterapica ligure (ROLi) è stata istituita con DGR 1281 del 28.10.2005, con la finalità di progettare un'offerta assistenziale oncologica "in rete". Tale scelta si era imposta sulla base delle seguenti considerazioni:

- la presenza sul territorio ligure di competenze e strutture di assistenza oncologica di buon livello e in alcuni casi di eccellenza;
- la conformazione del territorio, da un lato e, dall'altro, la composizione e le abitudini della popolazione che rendono preferibili un'offerta di assistenza oncologica diffusa, modalità che, tra l'altro, consente una maggiore integrazione tra prevenzione e cura, ospedale e territorio;
- l'assistenza di tipo oncologico si basa principalmente, anche se non esclusivamente, su iter diagnostico – terapeutici definiti in appositi protocolli la cui applicazione richiede elevata professionalità e strutture adeguate ma non implica quasi mai elevati livelli di specializzazione o un'eccellenza scientifica che si rendono necessari solo in casi particolari o per attività di ricerca;
- le risorse strutturali necessarie – fermo restando la possibilità e l'opportunità di ridurre al minimo modalità di assistenza in ricovero ordinario, sono individuabili prevalentemente in strumentazioni in larga parte disponibili sul territorio ligure: purtroppo si riscontrano difformità nel loro utilizzo, sia dal punto di vista delle indicazioni, che su quello clinico (ad es. interpretazione di test diagnostici).

La Giunta regionale aveva pertanto ritenuto di organizzare a rete l'offerta assistenziale oncologica sul territorio, affidando all'Ist una funzione di coordinamento.

Quattro anni più tardi, la ROLi viene implementata e formalmente inserita nell'elenco delle reti orizzontali del Piano Sanitario Regionale 2009-2011 (DCR 22/2009), con l'individuazione di un gruppo di coordinamento composto da referenti delle Aziende ed Enti liguri coinvolti.

La ROLi comprende, ad oggi, tutte le Strutture di Oncologia Medica, Ematologia e Radioterapica della Liguria, ivi comprese le Strutture pediatriche di Oncologia ed Onco-Ematologia dell'IRCCS Giannina Gaslini di Genova.

La Rete Oncologica (ROLi) individua gli obiettivi e formula i piani di cura, definisce le modalità ed i punti di erogazione delle prestazioni, i setting assistenziali che in questo sono i nodi della rete, secondo una logica di distribuzione anche sul territorio quando ne esistono i presupposti e le condizioni.

Ponendosi in modo trasversale intercetta le altre Reti con le quali può condividere parti di percorso (ad esempio la Rete Cure Primarie e la Rete Cure Palliative) e le altre Strutture, come le "Chirurgie o le Specialità d'Organo" mantenendo, almeno apparentemente, un ruolo comunque "predominante" di coordinamento e di riferimento per il paziente.

Agisce pertanto da interlocutore privilegiato con le Istituzioni per alcune scelte strategiche e di programmazione, anche attraverso strumenti come la formazione e la ricerca.

La Rete Orizzontale Oncologica-Ematologica-Radioterapica del PSSR 2009-2011 è quindi molto articolata, essendo costituita dalle Strutture di Oncologia Medica, Oncoematologia (non Pediatrica) e Radioterapia della nostra Regione, le quali a loro volta costituiscono tre Reti che si intrecciano per offrire al paziente oncologico ed oncoematologico adulto un'assistenza multidisciplinare qualificata e appropriata, il più possibile vicino alla zona di residenza del paziente stesso. I nodi della Rete sono rappresentati dalle stesse Strutture Oncologiche, Ematologiche e Radioterapiche e dai loro setting di intervento e cioè

dall'Ambulatorio, il Day Hospital, il Reparto di Degenza, il Territorio e l'Hospice, e sono caratterizzati da diversi livelli di intensità e complessità assistenziale.

Nel Capoluogo è nato un grande "Hub" di qualità derivato dalla fusione sinergica tra l'Istituto Scientifico per lo Studio e la Cura dei Tumori (IST), l'Azienda Ospedaliera Universitaria S. Martino e l'Università degli Studi di Genova: IRCCS AOU San Martino IST.

Gli obiettivi della Rete Orizzontale Oncologica-Ematologica-Radioterapica ligure sono principalmente tre:

- Realizzazione di un "Patient Service" nei principali ospedali o aziende ASL all'interno delle Strutture Oncologiche già presenti, cioè un servizio di accoglienza e orientamento al paziente nel suo percorso assistenziale, con funzione di informazione e supporto logistico nel tentativo di razionalizzare la tempistica degli interventi evitando doppioni, attese e spostamenti inutili. L'obiettivo è quello di favorire la "presa in carico" e la continuità assistenziale.
- Facilitazione dell'accesso ai nuovi farmaci e alle nuove tecnologie diagnostiche e terapeutiche, con particolare riferimento alle sperimentazioni cliniche in fase precoce. La ricerca clinica italiana ha fortemente contribuito per il recente passato alla conduzione;
- Miglioramento continuo della qualità dell'assistenza in tema di prevenzione, diagnosi, terapia e cure palliative in campo oncologico, obiettivo ormai irrinunciabile in tutti i sistemi sanitari moderni, per abolire l'autoreferenzialità e quelle prassi affidate alla buona volontà o alla casualità migliorando la capacità organizzativa e di integrazione secondo la "Clinical Governance", creando percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali (PDTA), Carte dei Servizi, Sistemi per il Controllo della Qualità e per il "Risk management".

La vision della Rete (formalizzata nella "Bussola dei Valori") è rivolta allo sviluppo di un'assistenza che "si prenda cura" del malato e si incardina sui principi di qualità, integrazione, dignità, sicurezza, dialogo, solidarietà e formazione.

La mission della Rete è quella di fornire a tutti i pazienti neoplastici della nostra regione un'assistenza improntata: all'orientamento al paziente; all'approccio a tutto campo ("a tutto tondo"); all'appropriatezza medico-scientifica, organizzativa ed economico-finanziaria; all'efficienza; al rispetto della persona e dell'ambiente.

SVILUPPO (LA RETE PER LA SENOLOGIA)

Con la DGR n. 54 del 23 gennaio 2015, la Regione Liguria ha recepito l'Intesa sancita in data 18 dicembre 2014 dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano recante: "Linee di indirizzo sulle modalità organizzative ed assistenziali dei Centri di Senologia" (Intesa 185/CSR/2014).

Con la stessa Delibera la Giunta Regionale ha dato mandato alla Rete Oncologica regionale (ROLi) afferente alla Agenzia Sanitaria Regionale (ARS) la presentazione di un documento contenente la definizione delle

azioni necessarie a garantire la concreta attuazione delle disposizioni dell'Intesa, individuando altresì quali centri liguri presentino i requisiti qualitativi e quantitativi dei Centri di Senologia/Breast Unit per come essi sono definiti nella citata Intesa.

Proponimento della Rete Oncologica è quello di favorire la realizzazione dei Centri nel rispetto delle norme e delle Linee Guida accettate a livello internazionale.

In tal senso il Gruppo di Coordinamento della Rete Oncologica Ligure si è riunito più volte, nel corso del 2015, per discutere e approvare il documento di definizione dei Centri di Senologia/Breast Unit e di riprogettare le modalità di gestione delle neoplasie mammarie operando con un approccio integrato alla malattia e orientato al paziente (Disease management).

Il Gruppo di Coordinamento della ROLi ha ritenuto che alla base di un provvedimento di istituzione dei Centri di Senologia/Breast Unit debbano esservi:

- l'attenzione alla qualificazione dei Centri, che debbono disporre di specifici requisiti
- la disponibilità alla istituzione di nuovi Centri in modo da soddisfare i bisogni in relazione al bacino di utenza ottimale (1/250000)
- l'individuazione dei centri in relazione alla distribuzione geografica della popolazione
- la verifica periodica della sussistenza dei requisiti ed il monitoraggio degli indicatori di esito e di processo
- la verifica periodica che l'impianto disegnato non produca effetti di disuguaglianza tra le pazienti delle differenti aree
- il contenimento della mobilità passiva.

RAZIONALE DEL PROGETTO

Il Centro di Senologia o *Breast Unit* viene definito come “un modello di assistenza specializzato nella diagnosi, cura e riabilitazione psicofisica delle donne affette da carcinoma mammario, dove la gestione del la paziente è affidata ad un gruppo multidisciplinare di professionisti dedicati e con esperienza specifica in ambito senologico” (Intesa 185/CSR/2014, 3.1). Pertanto –oltre alle specifiche professionalità e alle tecnologie appropriate - sono fondamentali e imprescindibili:

- Approccio multidisciplinare
- Affidamento ad un Team di professionisti dedicati ed esperti.

Quindi la *Breast Unit* non è da intendersi come compartimentazione delle Aziende in termini di Unità Operativa Semplice o Complessa.

Inoltre, i Centri di Senologia/*Breast Unit* fungono da *hub* di rete per i centri di *screening* e di diagnostica, che rappresentano gli *spoke* (Intesa 185/CSR/2014, 3.2). A tal proposito, i centri di *screening* afferenti alle singole ASL riferiscono i casi positivi ai Centri di Senologia/*Breast Unit* competenti per area geografica provinciale, sulla base di protocolli operativi stabiliti in sede di coordinamento dei Centri a livello regionale.

Requisiti specifici di un Centro di Senologia/*Breast Unit* (Intesa 185/CSR/2014; 3.2) sono anche:

- Almeno 150 nuovi casi/anno
- Adozione di linee Guida e PDTA
- Utilizzazione di uno specifico data-base per la documentazione clinica.

Qui di seguito è riportato l'elenco delle Strutture e delle funzioni indispensabili alla costituzione di un Centro di Senologia/*Breast Unit* (e le principali caratteristiche obbligatoriamente a disposizione). È possibile –per le Aziende che non dispongano di tutte le risorse necessarie -, adottare convenzioni con altre Aziende, ma deve essere chiaro che ciò comporta comunque la partecipazione di tutti gli specialisti (nel caso specifico, anche se di Aziende differenti) agli incontri multidisciplinari (Intesa 185/CSR /2014; 3.2).

Le funzioni e le caratteristiche di seguito riportate devono essere presenti al completamento del processo di riorganizzazione.

- Radiologia

- o Medici Radiologi esperti in *imaging* e reperaggio
 - o Medico radiologo >50 RMN nell'anno precedente
 - o Medico radiologo >1000 Mx/anno o >5000 Mx screening/anno
 - o Medico radiologo >250 ETG/anno e >100 procedure/anno
 - o Supervisione dei Medici Radiologi che non dispongono ancora delle caratteristiche sopra riportate.
 - o Partecipazione agli incontri multidisciplinari
 - o Personale Tecnico con formazione specifica
 - o Personale Medico e Tecnico con aggiornamento continuo
 - o Personale Medico e Tecnico con almeno il 50% del debito orario dedicato alla diagnostica senologica
 - o Disponibilità della Mammografia digitale
 - o Disponibilità di Attrezzature per gli approfondimenti mammografici
 - o Disponibilità di ecografi dedicati
 - o Disponibilità di apparecchio per RM e biopsia RM-guidata (eventualmente in convenzione)
- Chirurgia Senologica
 - o Il Servizio deve essere prevalentemente o completamente dedicato alla Chirurgia Senologica
 - o Responsabile del Servizio con comprovata esperienza in campo senologico e >50% del debito orario complessivo dedicato alla chirurgia senologica
 - o Nel Servizio debbono operare almeno due chirurghi senologi con formazione specifica
 - o Ogni chirurgo deve effettuare almeno 50 nuovi interventi/anno come primo operatore
 - o Applicazione della Chirurgia Oncoplastica, e della Ricostruzione Immediata
 - o Sale Operatorie dedicate³ (accesso ad apparecchiature radiologiche specifiche, linfonodo sentinella)
 - Reparto di Degenza
 - o Sono necessarie aree specifiche, se si tratta di un Reparto di Chirurgia Generale
 - Anatomia Patologica
 - o Diagnosi Citologica e Istologica
 - o Esami Immunoistochimici e Immunocitochimici con procedure controllate e certificate
 - o Esami di Biologia Molecolare con procedure controllate e certificate (ivi inclusa la effettuazione in diversa struttura di Patologia Molecolare di riferimento)
 - o Diagnosi su Linfonodo Sentinella con procedura certificata anche in corso di Intervento
 - o Un patologo dedicato almeno al 50% ed un patologo dedicato almeno al 25% del tempo lavorativo: entrambi con documentata formazione ed esperienza (almeno 50 esami istologici di resezione, 100 citologici e istologici da *core biopsy*/anno).
 - o La Struttura dovrebbe essere il più possibile in prossimità della Sala Operatoria

Il Gruppo di Riferimento della ROLi ha ritenuto altresì che il settore della diagnostica molecolare sia in forte espansione e pertanto si debba puntare a che le Strutture siano in grado di organizzare la conservazione di tessuto tumorale anche nel rispetto di norme già vigenti (Intesa CSR del 25 marzo 2009; DGR 22.1.2010).

- Radioterapia
 - o Due Unità di trattamento di Megavoltaggio
 - o TC e simulatore
 - o Sistemi di immobilizzazione
 - o Sistema di pianificazione per trattamenti conformazionali 3D
 - o Sistema di *recording e reporting*
 - o Sistema di verifica del posizionamento mediante acquisizione di immagini in corso di trattamento
 - o Due Medici Radioterapisti dedicati per almeno il 40% del debito orario

³ * nei termini previsti dall'Intesa 185/CSR/2014 al punto 3.2.1, paragrafo Sale operatorie

- Oncologia Medica
 - o Due Medici dedicati almeno al 50%; garanzie per l'effettuazione dei trattamenti farmacologici (da eseguirsi esclusivamente in Oncologia Medica), la presa in carico per tutti gli aspetti diagnostico-terapeutici, incluse le emergenze-urgenze (in termini di definizione del percorso).
- Oncogenetica
 - o Consulenza di un medico genetista (eventualmente tramite convenzione)
- Fisiatria, Fisioterapia, Riabilitazione
 - o Attività consulenziale prima e dopo l'intervento chirurgico e presa in carico in caso di necessità riabilitative
- Psico-Oncologia.
 - o Psicologo dedicato almeno parzialmente.
- Personale Infermieristico
 - o Almeno due unità dedicate specificamente al Centro di Senologia/ *Breast Unit* con specifiche competenze in comunicazione e *counselling*.
- Percorso Diagnostico Terapeutico
 - o Il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) è definito con documento specifico da parte del DMT del Centro di Senologia/Breast Unit. Il documento include le procedure di accoglienza, accettazione, disbrigo delle pratiche amministrative ed indica chiaramente le Unità coinvolte nel processo di cura. E' prevista l'indicazione di un medico per la presa in carico del singolo caso.
- Ambulatori
 - o Spazi Ambulatoriali dedicati per le Specialità che ne abbisognano e per eventuali visite multidisciplinari
- Follow-Up
 - o Supervisione da parte del DMT. Si ritiene a questo proposito che debbano essere attivati percorsi e protocolli in linea con le recenti risoluzioni e documenti della ROLi e delle Società Scientifiche di Oncologia e di Medicina Generale, in modo da ottenere il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale per gli aspetti di competenza per almeno parte delle pazienti non più in trattamento attivo.
- Gestione dell'Alto Rischio
 - o Percorso stabilito per l'accesso ad un Centro Regionale di Riferimento
- Conservazione della Fertilità
 - o Percorso stabilito per l'accesso ad un Centro Regionale di Riferimento
- Cure Palliative
 - o Presenza di un Servizio di Cure Palliative

Dai requisiti sopra menzionati emerge come per alcune Specialità (Chirurgia, Radiologia, Radioterapia, Anatomia Patologica, Oncologia Medica) siano necessari requisiti specifici concernenti le caratteristiche del personale e le risorse a disposizione. Inoltre, per i professionisti dedicati di tali specializzazioni, per gli infermieri professionali dedicati, per lo psicologo dedicato e per un *data manager* è specificamente prevista la partecipazione alle riunioni del Gruppo Multidisciplinare.

Infine, appare indispensabile che i professionisti individuati abbiano caratteristiche idonee per la partecipazione al processo di cura: ciò è posto in relazione ai volumi di attività individuali e di struttura, ed alla partecipazione ad attività di formazione e ricerca.

Il Gruppo Multidisciplinare o *Disease Management Team* (DMT).

Hanno partecipato ai lavori del DMT obbligatoriamente ed in orario di servizio i professionisti individuati ai sensi delle indicazioni precedenti.

Sono compiti del DMT:

- Redazione di un regolamento che includa
 - o Modalità di convocazione
 - o Modalità di verbalizzazione
- Discussione di tutti i nuovi casi clinici, nonché di tutti i casi in cui siano occorsi eventi clinicamente rilevanti sulla base di criteri espliciti e definiti nel regolamento
- Riconoscimento ed adozione di Linee Guida Qualificate
- Redazione e pubblicazione del PDTA
- Redazione della Carta dei Servizi
- Coinvolgimento alla partecipazione attiva di pazienti e associazioni di volontariato

Il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) è uno strumento finalizzato sia al governo dei processi clinici ed organizzativi, sia al miglioramento della fruizione del percorso di diagnosi, cura e riabilitazione della persona malata.

Per lo sviluppo dei PDTA vengono assunti i principi, le metodologie e gli strumenti propri dell'economia aziendale e del *management* in sanità, allo scopo di sostenere i professionisti nei processi di analisi, condivisione e intervento.

I PDTA rappresentano anche la contestualizzazione di Linee Guida approvate e riconosciute nella specifica realtà organizzativa dell'Azienda. Sono quindi modelli locali che, sulla base delle Linee Guida ed in relazione alle risorse disponibili, consentono anche un'analisi degli scostamenti tra la situazione attesa e quella osservata in funzione del miglioramento continuo.

In sintesi, i PDTA sono gli strumenti che permettono alla *Breast Unit* di disegnare e prospettare il miglior percorso praticabile all'interno della propria organizzazione.

Il PDTA, in quanto percorso di riferimento, identifica:

- le pazienti oggetto dello specifico percorso;
- gli obiettivi di qualità generali e delle singole strutture;
- le strutture deputate preferenzialmente ad occuparsi di ogni singolo passaggio;
- i tempi di intervento;
- gli ambiti di intervento e compiti degli operatori;
- l'identificazione del responsabile della presa in carico;
- le modalità di accesso (inclusi *front-office* e *call center*)

E' incluso nel PDTA un sistema di valutazione con indicatori di qualità , sia di esito che di processo in coerenza con quanto previsto dall'Intesa 185/CSR/2014 (4.2).

OBIETTIVI E AZIONI DEL PROGETTO

L'obiettivo principale del progetto consiste nell'individuazione, formalizzazione e avvio dell'attività dei centri di senologia (*Breast Unit*) sul territorio ligure.

L'Agenzia Sanitaria regionale (ARS) ha prodotto un documento contenente le proprie valutazioni tecniche sulle proposte di articolazione dei centri di senologia sul territorio ligure, così come presentate dalle Aziende Sanitarie Locali e dall'IRCCS AOU San Martino IST (Determina Commissario Straordinario n. 78/2016).

Tale documento, anche in esito alle audizioni condotte con i responsabili tecnici delle Aziende Sanitarie e in ottemperanza ai requisiti qualitativi e quantitativi definiti nelle linee di indirizzo nazionali e contestualizzati per la realtà ligure, propone l'individuazione dei centri di senologia nel territorio regionale prevedendo in alcuni casi la necessità di intraprendere determinate azioni di adeguamento e riorganizzative prevedano

l'impegno di azioni di adeguamento riguardo alla concentrazione della casistica chirurgica e alla gestione in team multidisciplinare.

Il documento dovrà essere approvato con deliberazione della Giunta regionale, che provvederà al formale riconoscimento dei cinque centri di senologia proposti per il territorio ligure.

Con la stessa deliberazione, le Aziende interessate verranno incaricate di porre in essere le azioni di adeguamento necessarie per l'individuazione e riconoscimento di sussistenza della Brest Unit, sulla base dei requisiti dettati a livello europeo e nazionale.

Tale sussistenza sarà verificata entro 6 mesi dall'approvazione della delibera di Giunta con la conseguente decadenza, in caso di esito negativo, del riconoscimento regionale di Breast Unit dell'Azienda/Istituto inottemperante.

Il documento elaborato dall'ARS, inoltre, prescrive alle Aziende/Istituti sede di centri di senologia, sulla base della particolare attenzione riservata ai principi di presa in carico adeguata delle pazienti, specifici indirizzi organizzativi riguardanti la garanzia di tempi e percorsi definiti di presa in carico delle pazienti monitorati in tutte le fasi del PDTA (Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale).

Tra gli indirizzi organizzativi è previsto che le Aziende Sanitarie Locali sedi di centri di senologia definiscano, entro 6 mesi dal riconoscimento, formali protocolli interaziendali con l'IRCCS AOU S.Martino-IST per quanto riguarda i percorsi relativi all'oncogenetica, alla gestione delle pazienti ad alto rischio e per la conservazione della fertilità, per i quali l'Istituto viene individuato quale hub di riferimento regionale.

Entro 6 mesi dal riconoscimento, ogni Centro sarà tenuto a presentare una relazione all'ARS che, oltre a dar conto della realizzazione delle azioni di adeguamento richieste per il mantenimento del riconoscimento stesso, preveda le azioni compiute per la realizzazione degli indirizzi organizzativi descritti nel documento istruttorio presentato dall'ARS.

L'Agenzia Sanitaria Regionale, per parte sua, dovrà provvedere alla costituzione del Comitato di coordinamento dei Centri di senologia previsto dalla dGR 1244/2015, che, oltre agli specifici compiti indicati nella delibera possa supportare l'Agenzia nella successiva verifica degli indicatori e delle azioni necessarie a garantire il mantenimento del riconoscimento delle Breast Unit regionali.

COSTI DEL PROGETTO

PIANO FINANZIARIO	Azienda	Fondi assegnati
	Asl 1	294.234
	Asl 2	385.607
	Asl 3	972.953
	Asl 4	200.459
	Asl 5	295.766
	IRCCS AOU San Martino IST	600.000
	TOTALE	2.749.019