



REGIONE ABRUZZO
Azienda Sanitaria Locale n. 2 LANCIANO-VASTO-CHIETI
Via Martiri Lancianesi n. 17/19 – 66100 Chieti
C.F. e P. Iva 02307130696

DELIBERAZIONE
DEL
DIRETTORE GENERALE

N. 71 DEL 24 GEN. 2019

DELIBERA IMMEDIATAMENTE ESECUTIVA

Oggetto: Strategia Area Prototipo Basso Sangro-Trigno. Approvazione schema di convenzione Socio-Sanitaria per l'organizzazione e la gestione delle attività di integrazione socio-sanitaria di cui alla Strategia d'Area.

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Pasquale Flacco, nominato con deliberazione della Giunta Regionale d'Abruzzo n. 1023 del 10 dicembre 2015 ai sensi del vigente Decreto Legislativo n.502 del 30 dicembre 1992 e successive modifiche ed integrazioni,

VISTA l'allegata proposta di deliberazione di pari oggetto del Direttore/Responsabile dell'Unità Operativa Complessa governo assistenza Sanitaria di Base e Specialistica, datata 21.01.2019

DATO ATTO dell'attestazione di regolarità e legittimità dell'atto da parte del Dirigente Responsabile della predetta Unità Operativa, come acquisita in calce alla proposta medesima;

ACQUISITI i pareri espressi ed attestati in calce dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario Aziendale, per quanto di rispettiva competenza,

DELIBERA

di fare integralmente propria la menzionata proposta di deliberazione, che forma parte integrante e sostanziale del presente atto e di disporre in conformità della stessa.

Parere favorevole _____ **Il Direttore Amministrativo Aziendale**
(Dr.ssa Giulietta Capocasa)

Parere favorevole _____ **Il Direttore Sanitario Aziendale**
(Dr. Vincenzo Orsatti)

IL DIRETTORE GENERALE
(Dr. Pasquale Flacco)



REGIONE ABRUZZO
Azienda Sanitaria Locale n. 2 LANCIANO-VASTO-CHIETI
Via Martiri Lancianesi n. 17/19 – 66100 Chieti
C.F. e P. Iva 02307130696

Proposta di deliberazione
per il
Direttore Generale

Oggetto: Strategia Area Prototipo Basso Sangro-Trigno. Approvazione schema di convenzione Socio-Sanitaria per l'organizzazione e la gestione delle attività di integrazione socio-sanitaria di cui alla Strategia d'Area.

Il Direttore dell'Unità Operativa Complessa Governo Assistenza Sanitaria di Base e Specialistica, previa istruttoria e attestazione di legittimità e regolarità tecnica del provvedimento,

Premesso che:

- la Regione Abruzzo, con DGR n. 290 del 14 aprile 2015, ha preso atto del Rapporto di istruttoria da parte del Comitato Nazionale per le Aree Interne che ha selezionato le seguenti aree interne dell'Abruzzo: 1) Basso Sangro-Trigno, 2) Val Fino-Vestina, 3) Gran Sasso-Valle Subequana e 4) Valle Roveto-Valle del Giovenco e che l'Area Basso Sangro-Trigno, costituita da n. 33 Comuni, è stata individuata quale Area prototipo;
- il Comitato Nazionale per le Aree Interne, con nota del 30 gennaio 2017 prot. DPCOE n. 0271, ha approvato la Strategia d'Area "Basso Sangro-Trigno" ritenendola idonea alla sottoscrizione del relativo Accordo di Programma Quadro per le aree interne;
- la Regione Abruzzo, con DGR n. 99, del 28 febbraio 2017, ha approvato la Strategia d'Area "Basso Sangro-Trigno" con le relative schede di intervento con il finanziamento dei fondi strutturali e regionali;
- i 33 Comuni dell'area hanno sottoscritto digitalmente il 15 marzo 2017, previa approvazione dei rispettivi Consigli comunali, la "Convenzione per l'esercizio in forma associata delle azioni previste nella Strategia dell'area prototipo "Basso Sangro-Trigno" della Regione Abruzzo" nella quale il Comune di Montenerodomo è individuato quale soggetto capofila;
- in data 28 luglio 2017 la Regione Abruzzo ha approvato l'Accordo di Programma Quadro SNAI per l'Area Interna Basso Sangro Trigno (DGR n.408/2017);
- in data 11/09/2017 è stato sottoscritto l'Accordo di Programma Quadro "Area interna Basso Sangro Trigno" tra le amministrazioni centrali, la Regione Abruzzo e il Comune di Montenerodomo referente e capofila della Convenzione tra i Comuni dell'Area;

Vista la Delibera di Giunta Regionale Abruzzo n. 438 del 30/06/2016 con la quale è stato approvato il "Progetto regionale denominato "Sistema Informativo Sociale e Sanitario Territoriale (SISST) della Regione Abruzzo per le Aree Interne", presentato dalla Asl2 nell'ambito del "Progetto pilota per l'ottimizzazione dell'assistenza sanitaria delle isole minori e nelle località caratterizzate da difficoltà di accesso" CSR/146 del 2015. Il SISST è stato recentemente rimodulato con l'obiettivo di dare definitivo impulso alla teleassistenza quale ulteriore pilastro dell'assistenza sanitaria territoriale rivolta, in particolare, ai pazienti in condizione di fragilità delle



aree disagiate, in accordo con le altre Regioni partecipanti e con l'approvazione del Comitato LEA del Ministero della Salute;

Considerato che:

- la programmazione sociale integrata con quella sanitaria costituisce un pilastro fondamentale di garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza ("Assistenza sociosanitaria domiciliare e territoriale" art. 22 DPCM 12 gennaio 2017 – Nuovi LEA) e del Piano Sociale della Regione Abruzzo 2016-2018;
- lo strumento della Convenzione socio-sanitaria tra Ambito Distrettuale Sociale e Azienda Sanitaria Locale consente di definire i servizi oggetto di potenziamento, le risorse di rispettiva afferenza (sociale e sanitaria) e le modalità di integrazione e di organizzazione delle medesime (DGR n. 191 del 13 aprile 2017);

Evidenziato che:

- in aderenza agli indirizzi del nuovo modello di assistenza primaria delineato dall'intervento 1.1 del obiettivo 1 del Piano di riqualificazione del SSR abruzzese 2016-2018" (DGR n. 555 26/06/2016) e del DGR n. 421 del 18 giugno 2018 "Preso d'atto e recepimento dell'Accordo Stato Regioni sul Piano Nazionale della Cronicità (CSR 82/2014), l'Asl2 Lanciano-Vasto-Chieti ha elaborato il "Programma triennale strategico 2018-2020 dell'Area Interna Basso Sangro Trigno", **Allegato "A"** allo schema di convenzione, che pianifica l'utilizzo di quota parte dei finanziamenti relativi ai progetti obiettivo a rilevanza nazionale ex art. 1 cc 34 e 34 bis Legge 662/96- Linee Progettuali 1 (Assistenza Primaria) e 5 (Gestione della cronicità) assegnati alla Asl 2 Lanciano-Vasto-Chieti per le annualità 2015 (DGRA 178/2016), 2016 (DGRA 260/2017) e 2017 (DGRA 92/2018);
- la Asl 2 Lanciano- Vasto- Chieti ha costituito la Centrale di Coordinamento Cure Transazionali (CCOCT) con Deliberazione del Direttore Generale n. 1107 del 13 settembre 2018;
- la Asl2 Lanciano-Vasto-Chieti, con Deliberazione del Direttore Generale n. 1124 del 19 settembre 2018, ha approvato l'Accordo con l'Associazione tra Enti Locali del Sangro Aventino per l'uso gratuito di una stanza nel Centro Servizi "Sangro Aventino" da adibire a Centrale di Coordinamento Cure Transazionali (CCOCT).

Atteso che:

- è volontà dell'Asl2 Lanciano-Vasto-Chieti garantire gli interventi e i servizi socio-sanitari-assistenziali programmati nell'ambito della Strategia dell'Area Interna "Basso Sangro-Trigno" attraverso la forma integrata, al fine di assicurare unitarietà ed uniformità al sistema locale, con l'obiettivo di garantire la qualità dei servizi programmati nell'ambito delle schede di intervento dell'APQ di cui in premessa;
- l'Asl2 Lanciano-Vasto-Chieti e l'Unione Montana dei Comuni del Sangro hanno espresso la volontà di gestire in forma integrata la rete territoriale degli interventi socio-sanitari assistenziali programmati, mediante la:
 - Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria dell'Area "Basso Sangro-Trigno";
 - Centrale di Coordinamento e Operativa di Cure Transazionali;

Visto lo schema di Convenzione per l'esercizio integrato dei servizi socio-sanitari ricompresi nella Strategia dell'Area Prototipo "Basso Sangro – Trigno" che si allega al presente atto quale parte integrante e sostanziale (**Allegato "1"**), corredato degli allegati "A" e "B",

Evidenziato che all'art.7 dell'allegata convenzione vengono individuate le risorse utilizzate per l'attuazione dei Servizi ad integrazione socio-sanitaria e dei Servizi Sanitari ed in particolare:



Servizi ad integrazione socio-sanitaria

- € 1.190.000,00

Servizi Sanitari

- € 2.896.835,96 a carico dei residui dei progetti obiettivo LP1 e LP5 finanziamento 2015, 2016 e 2017 ex art. 34 e 34 bis Legge 662/1996 dell'Asl2 Lanciano Vasto Chieti, come dettagliato nel Programma triennale strategico 2018-2020 dell'Area Interna Basso Sangro Trigno", **Allegato "A"** allo schema di convenzione e nella scheda contabile allegata;
- € 130.005,00 di cui al DGRA n.438/2016;
- € 50.000,00 di cui alla DGRA n.408/2017 ;

Rilevato che

- gli interventi socio-sanitari assistenziali previsti nella predetta Convenzione sono di interesse pubblico e attuati da Enti pubblici, di fatto assumendo le caratteristiche della "Cooperazione non istituzionalizzata/orizzontale per garantire congiuntamente l'esecuzione di compiti di interesse pubblico" ("cooperazione pubblico-pubblico");
- l'allegata Convenzione si configura quale integrazione ai documenti di Convenzione per la gestione del Piano Sociale Distrettuale 2016-2018 degli ambiti distrettuali sociali ricompresi nell'area "Basso Sangro-Trigno";

Ritenuto di procedere all'approvazione dello Schema di convenzione e dei relativi Allegati A e B, con le modifiche contemplate dalla predetta delibera regionale, allo scopo di disciplinare su base comune l'esercizio integrato dei servizi e delle attività socio-sanitarie programmate, con l'individuazione della Asl2 Lanciano-Vasto-Chieti quale Soggetto attuatore degli interventi sanitari e dell'Unione Montana dei Comuni del Sangro quale Soggetto attuatore dei servizi socio-assistenziali di cui alla "STRATEGIA d'AREA BASSO SANGRO – TRIGNO";

Ritenuto di conferire al presente atto l'immediata esecutività al fine di procedere, attraverso la stipula della convenzione, all'avvio del progetto in parola;

PROPONE DI DELIBERARE QUANTO SEGUE:

per tutti i motivi esplicitati in narrativa e che debbono intendersi per integralmente riportati e trascritti nel presente dispositivo,

1. **di prendere atto** dell'Accordo di Programma Quadro "Area interna Basso Sangro Trigno", sottoscritto in data 11/09/2017 tra le amministrazioni centrali, la Regione Abruzzo e il Comune di Montenerodomo referente e capofila della Convenzione tra i Comuni della predetta Area;
2. **di approvare** lo schema di Convenzione per l'esercizio integrato dei servizi socio-sanitari ricompresi nella Strategia dell'Area Prototipo "Basso Sangro – Trigno" ed i relativi Allegati A e B;
3. **di individuare** la Asl2 Lanciano-Vasto-Chieti quale Soggetto attuatore degli interventi sanitari e l'Unione Montana dei Comuni del Sangro quale Soggetto attuatore dei servizi socio-assistenziali di cui alla "STRATEGIA d'AREA BASSO SANGRO – TRIGNO";



4. **di prendere atto** che all'art.7 della convenzione approvata con la presente deliberazione, vengono individuate le risorse da impiegare per l'attuazione dei Servizi ad integrazione socio-sanitaria e dei Servizi Sanitari ed in particolare:

Servizi ad integrazione socio-sanitaria

- € 1.190.000,00

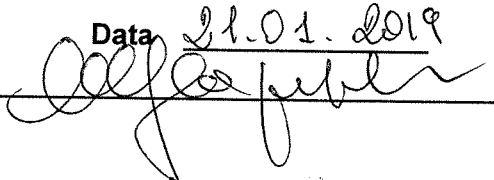
Servizi Sanitari

- € 2.896.835,96 a carico dei residui dei progetti obiettivo LP1 e LP5 finanziamento 2015, 2016 e 2017 ex art. 34 e 34 bis Legge 662/1996 dell'Asl2 Lanciano Vasto Chieti, come dettagliato nel Programma triennale strategico 2018-2020 dell'Area Interna Basso Sangro Trigno", **Allegato "A"** allo schema di convenzione e nella scheda contabile allegata;
- € 130.005,00 di cui al DGRA n.438/2016;
- € 50.000,00 di cui alla DGRA n.408/2017 ;

5. **di dichiarare** il presente atto immediatamente esecutivo per i motivi espressi in narrativa;
6. **di trasmettere** copia del presente provvedimento alla UOC Governo Assistenza sanitaria di base e Specialistica, alla UO Integrazione Ospedale e Territorio, ai Distretti, all'Unione dei Comuni interessati dalla convenzione oggetto del presente atto, alla UOC Affari Generali e Legali perché ne curi la pubblicazione e la messa a disposizione al Collegio Sindacale;
7. **di disporre** che il presente atto venga pubblicato nell'Albo Pretorio on line di questa Asl, ai sensi dell'articolo 32, comma 1, della legge 18 giugno 2009 n. 69.
8. **di prevedere** alla pubblicazione nella sezione "amministrazione trasparente" sul sito internet aziendale, sull'Albo Pretorio affinché ne sia garantita la massima diffusione;

La presente proposta di deliberazione consta di n. 06 pagine e di n. 02 allegati.

Il Direttore dell'U.O.C proponente
che attesta la legittimità e la regolarità dell'atto
(Dott.ssa Maria Grazia Capitoli)

Data 21.01.2019
Firma 

SCHEDA CONTABILE

PRIMA PARTE (A CURA DELLA UO PROPONENTE L'ATTO DELIBERATIVO)

Importo spesa disposta col presente atto (iva inclusa)	conto di COGE in cui la spesa è stata prevista	Importo eventualmente non ricompreso negli stanziamenti di bilancio	descrizione della modalità di finanziamento dell'importo eccedente	Fonti di finanziamento finalizzate- progetti obiettivo e/o fondi finalizzati (Indicare estremi atto Regionale e Aziendale di concessione/destinazione del finanziamento, ecc.)	SOMME GIA' OGGETTO DELIBERE DIRETTORE GENERALE PROGRAMMAZIONE N.1305/2018
447.164,52				Progetto obiettivo ex art. 1, commi 34 e 34 bis, L. 662/1996- LP1 2015 (DGRA 178/2016)	€ 232.878,81
554.593,35				Progetto obiettivo ex art. 1, commi 34 e 34 bis, L. 662/1996- LP1 2016 (DGRA 260/2017)	€ 297.121,19
516.950,93				Progetto obiettivo ex art. 1, commi 34 e 34 bis, L. 662/1996- LP5 2016 (DGRA 260/2017)	
1.378.127,16				Progetto obiettivo ex art. 1, commi 34 e 34 bis, L. 662/1996- LP5 2017 (DGRA 92/2018)	
50.000,00				Finanziamento SNAI legge stabilità- DGRA 408/2017	
130.005,00				SISST Regione Abruzzo DGRA n.438/2016	

Il Direttore della U.O. proponente

Delefitoli

Data 21.01.2019

SECONDA PARTE (A CURA DELLA UO BILANCIO)

CONTO DI CO.GE.	CAPIENZA VOCE DI CONTO (Indicare Sì/No e Importo)	CAPIENZA FONDI FINANZIAMENTO SPECIFICO (Indicare L.P. o fondo specifico di finanziamento)	IMPORTO NON COPERTO (Indicare Importo fuori previsione di Bilancio)

Si attesta, previa verifica, che il costo derivante dal presente atto TROVA/NON TROVA (barrare la voce che non interessa) capienza all'interno del budget assegnato sul C.E. del bilancio _____ (indicare anno), come da tabella che precede.

Il Dirigente della U.O.C. Contabilità e Bilancio

Data

[Signature]



Della suestesa deliberazione viene iniziata
la pubblicazione il giorno

24 GEN. 2019

3923

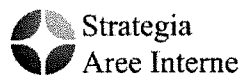
con prot. n. _____

all'Albo della ASL per rimanere ivi affissa
per 15 giorni consecutivi ai sensi della
L. n. 267/2000 e della L.R. n. 28/1992.

La suestesa deliberazione diverrà
esecutiva a far data dal decimo
giorno successivo alla
pubblicazione.

La suestesa deliberazione è stata
dichiarata "immediatamente
eseguibile".

Il Funzionario preposto

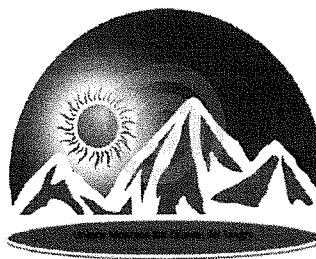


ALLEGATO n° 1^o

Programmazione 2014-2020
**Strategia nazionale per le aree
interne**

Area-prototipo: Basso Sangro-Trigno
(D.G.R. 290/2015)

CONVENZIONE SOCIO-SANITARIA
per l'organizzazione e la gestione delle attività
di integrazione socio-sanitaria di cui alla Strategia d'Area



CONVENZIONE SOCIO-SANITARIA

Bozza

L'anno duemiladiciannove, il giorno _____ del mese di _____ presso la sede dell'Unione Montana dei Comuni del Sangro, in Villa Santa Maria (CH) alla Via Duca Degli Abruzzi n. 104,

TRA

L'Unione Montana dei Comuni del Sangro in persona del Legale Rappresentante pro tempore Sig. Arturo Scopino in forza della Deliberazione n. 28 del 26/10/2018 approvata dalla Giunta dell'Unione dei Comuni Montani del Sangro, che hanno approvato il presente schema di Convenzione, Soggetto attuatore degli interventi socio-assistenziali di cui alla "Strategia d'Area Basso Sangro-Trigno", per i Comuni di: Schiavi D'Abruzzo, Castelguidone, S. Giovanni Lipioni, Torrebruna, Celenza Sul Trigno, Carunchio, Fraine, Castiglione M.M. , Roccaspinalveti, Montazzoli, Monteferrante, Roio del Sangro, Rosello, Borrello, Fallo, Villa Santa Maria, Pietraferrazzana, Colledimezzo, Montelapiano, Montebello Sul Sangro, Pennadomo, Quadri, Civitaluparella, Pizzoferrato, Gamberale, Montenerodomo, Torricella Peligna, Gessopalena, Colledimacine, Lettopalena, Palena, Taranta Peligna, Lama dei Peligni;

E

La ASL2 Lanciano-Vasto-Chieti, Soggetto attuatore degli interventi sanitari di cui alla "Strategia d'Area Basso Sangro-Trigno", in persona del Legale Rappresentante Direttore Generale pro tempore Dott. Pasquale Flacco in forza della Deliberazione del Direttore Generale n. del che ha approvato il presente schema di Convenzione;

PREMESSO CHE

- la Regione Abruzzo, con DGR n. 290 del 14 aprile 2015, ha preso atto del Rapporto di istruttoria da parte del Comitato Nazionale per le Aree Interne che ha selezionato le seguenti aree interne dell'Abruzzo: 1) Basso Sangro-Trigno, 2) Val Fino-Vestina, 3) Gran Sasso-Valle Subequana e 4) Valle Roveto-Valle del Giovenco e che l'Area Basso Sangro-Trigno, costituita da n. 33 Comuni, è stata individuata quale Area prototipo;
- il Comitato Nazionale per le Aree Interne, con nota del 30 gennaio 2017 prot. DPCOE n. 0271, ha approvato la Strategia d'Area "Basso Sangro-Trigno" ritenendola idonea alla sottoscrizione del relativo Accordo di Programma Quadro per le aree interne;
- i 33 Comuni dell'area hanno sottoscritto digitalmente il 15 marzo 2017, previa approvazione dei rispettivi Consigli comunali, la "Convenzione per l'esercizio in forma associata delle azioni previste nella Strategia dell'area prototipo "Basso Sangro-Trigno" della Regione Abruzzo" nella quale il Comune di Montenerodomo è individuato quale soggetto capofila;
- la Regione Abruzzo, con DGR n. 99, del 28 febbraio 2017, ha approvato la Strategia d'Area "Basso Sangro-Trigno" con le relative schede di intervento con il finanziamento dei fondi strutturali e regionali;
- in data 28 luglio 2017 la Regione Abruzzo ha approvato l'Accordo di Programma Quadro SNAI per l'Area Interna Basso Sangro Trigno (DGR n.408);

- in data 11/09/2017 è stato sottoscritto l'Accordo di Programma Quadro "Area interna Basso Sangro Trigno" tra le amministrazioni centrali, la Regione Abruzzo e il Comune di Montenerodomo referente e capofila della Convenzione tra i Comuni dell'Area;
- la Giunta Regionale Abruzzo, con la Deliberazione n. 438 del 30/06/2016 ha approvato il "Progetto regionale "Sistema Informativo Sociale e Sanitario Territoriale (SISST) della Regione Abruzzo per le Aree Interne", presentato dalla Asl2 Lanciano-Vasto-Chieti nell'ambito del "Progetto pilota per l'ottimizzazione dell'assistenza sanitaria delle isole minori e nelle località caratterizzate da difficoltà di accesso" CSR/146 del 2015. Il SISST è stato recentemente rimodulato con l'obiettivo di dare definitivo impulso alla teleassistenza quale ulteriore pilastro dell'assistenza sanitaria territoriale rivolta, in particolare, ai pazienti in condizione di fragilità delle aree disagiate, in accordo con le altre Regioni partecipanti e con l'approvazione del Comitato LEA del Ministero della Salute;
- la programmazione sociale integrata con quella sanitaria costituisce un pilastro fondamentale di garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza ("Assistenza sociosanitaria domiciliare e territoriale" art. 22 DPCM 12 gennaio 2017 – Nuovi LEA) e del Piano Sociale della Regione Abruzzo 2016-18. In particolare la Convenzione socio-sanitaria tra Ambito Distrettuale Sociale e Azienda Sanitaria Locale consente di definire i servizi oggetto di potenziamento, le risorse di rispettiva afferenza (sociale e sanitaria) e le modalità di integrazione e di organizzazione delle medesime (DGR n. 191 del 13 aprile 2017);
- in aderenza agli indirizzi del nuovo modello di assistenza primaria delineato dall'intervento 1.1 del obiettivo 1 del Piano di riqualificazione del SSR abruzzese 2016-2018" (DGR n. 555 26/06/2016) e del DGR n. 421 del 18 giugno 2018 "Presenza d'atto e recepimento dell'Accordo Stato Regioni sul Piano Nazionale della Cronicità (CSR 82/2014), l'Asl2 Lanciano-Vasto-Chieti ha elaborato il "Programma triennale strategico 2018-2020 dell'Area Interna Basso Sangro Trigno" (Allegato A) che pianifica l'utilizzo di quota parte dei finanziamenti relativi ai progetti obiettivo a rilevanza nazionale ex art. 1 cc 34 e 34 bis Legge 662/96- Linee Progettuali 1 (Assistenza Primaria) e 5 (Gestione della cronicità) assegnati alla Asl 2 Lanciano-Vasto-Chieti per le annualità 2015 (DGR 178/2016), 2016 (DGR 260/2017) e 2017 (92/2018);
- che la stessa Asl2 Lanciano-Vasto-Chieti ha costituito la Centrale di Coordinamento Cure Transazionali (CCOCT) con Deliberazione del Direttore Generale n. 1107 del 13 settembre 2018;
- che la Asl2 Lanciano-Vasto-Chieti, con Deliberazione del Direttore Generale n. 1124 del 19 settembre 2018, ha approvato l'Accordo con l'Associazione tra Enti Locali del Sangro Aventino per l'uso gratuito di una stanza nel Centro Servizi "Sangro Aventino" da adibire a Centrale di Coordinamento Cure Transazionali (CCOCT).

ATTESO CHE

- è volontà delle parti coordinare gli interventi e i servizi socio-sanitari-assistenziali programmati nell'ambito della Strategia dell'Area Interna "Basso Sangro-Trigno" attraverso la forma integrata al fine di assicurare unitarietà ed uniformità al sistema locale, con l'obiettivo di garantire la qualità dei servizi programmati nell'ambito delle schede di intervento dell'APQ di cui in premessa;
- gli Enti firmatari hanno espresso la volontà di gestire in forma integrata la rete territoriale degli interventi socio-sanitari assistenziali programmati, mediante la:
 - Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria dell'Area "Basso Sangro-Trigno";
 - Centrale di Coordinamento e Operativa di Cure Transazionali;
- gli interventi socio-sanitari assistenziali previsti nella presente Convenzione sono di interesse pubblico e attuati da Enti pubblici, di fatto assumendo le caratteristiche della "Cooperazione non istituzionalizzata/orizzontale per garantire congiuntamente l'esecuzione di compiti di interesse pubblico" ("cooperazione pubblico-pubblico");

- la presente Convenzione si configura quale integrazione ai documenti di Convenzione per la gestione del Piano Sociale Distrettuale 2016-2018 degli ambiti distrettuali sociali ricompresi nell'area "Basso Sangro-Trigno".

TUTTO CIO' PREMESSO

Articolo 1

Oggetto

1. La premessa è parte integrante e sostanziale della presente Convenzione.
2. L'Unione Montana dei Comuni del Sangro, rappresentato dal Presidente e l'ASL n. 2 Lanciano-Vasto-Chieti rappresentata dal Direttore Generale, stipulano la presente Convenzione socio-sanitaria, in attuazione di quanto previsto dalla Strategia d'Area Sangro-Trigno di cui alla (4) DGR 99/2017, allo scopo di disciplinare su base comune l'esercizio integrato dei servizi e delle attività socio-sanitarie programmate.
3. La Convenzione regola, in particolare:
 - a. gli obiettivi di comune riferimento
 - b. le azioni per il l'esercizio integrato dei servizi e delle attività socio-sanitarie;
 - c. le responsabilità di gestione delle materie oggetto della Convenzione;
 - d. le risorse finanziarie impiegate per l'attuazione delle attività programmate.
4. La Convenzione definisce gli impegni degli enti aderenti concernenti le modalità organizzative e gestionali di esercizio dell'integrazione socio-sanitaria, riferito alle materie sanitarie a rilevanza sociale, sociali a rilevanza sanitaria e sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria ex art. 3 septies, commi 2 e 4 del D.Lgs 502/1992 e, comunque, nei limiti definiti dalle programmazioni di settore.
5. I servizi, le attività e gli interventi socio-sanitari oggetto della Convenzione sono richiamati nell'allegato A (Programma Strategico Salute 2018-2020 dell'Area Basso Sangro-Trigno) e B (Programma di dettaglio degli interventi integrati socio-sanitari) alla presente, dove sono declinati nel dettaglio lo sviluppo delle attività organizzative ed operative, il personale e le risorse strumentali, i costi relativi, il crono programma.

Articolo 2

Funzioni

1. La funzione di raccordo istituzionale per la definizione delle scelte in materia di integrazione socio-sanitaria è assolta dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria dell'Area "Basso Sangro-Trigno" di cui all'art. 5 dell'Atto Aziendale Asl2 Lanciano Vasto Chieti approvato con DGR 51/2018.
2. La funzione di raccordo operativo delle attività convenzionate per la gestione integrata è affidata alla Centrale di Coordinamento e Operativa di Cure Transazionali come previsto dalla Delibera del Direttore Generale della ASL2 n. 1107 del 13 settembre 2018.
3. Gli Enti sottoscrittori adottano le soluzioni organizzative finalizzate ad assicurare la piena attuazione delle attività programmate, fornendo le risorse organiche, strumentali, economiche, finanziarie, strutturali necessarie allo svolgimento dei servizi programmati nell'ambito della strategia e delle attività amministrative, tecniche, organizzative e professionali richieste dalle attività di cui all'Allegato B.

Articolo 3

Soggetti attuatori

1. L'Unione Montana dei Comuni del Sangro è delegata alla gestione dei Servizi socio-assistenziali di cui alla Strategia d'Area "Basso Sangro-Trigno".
2. L'Azienda USL n. 2 Lanciano-Vasto-Chieti, è Soggetto attuatore dei Servizi sanitari di cui alla "Strategia d'Area Basso Sangro-Trigno".

Articolo 4

Compiti e funzioni del soggetto attuatore

Ciascuno dei soggetti attuatori, meglio identificati all'art.3 della presente convenzione, svolge, per quanto di rispettiva e specifica competenza, le seguenti funzioni:

- ✓ predisporre gli atti necessari a disciplinare l'organizzazione e il funzionamento degli interventi e dei servizi socio-assistenziali-sanitari programmati;
- ✓ procede all'acquisizione di forniture, beni e servizi;
- ✓ riceve da parte delle Amministrazioni competenti le risorse necessarie per l'attuazione degli interventi programmati;
- ✓ esercita ogni adempimento amministrativo, ivi compresa l'attività contrattuale, negoziale o di accordo con altre Pubbliche Amministrazioni o con organizzazioni private no-profit e profit;
- ✓ assolve alle funzioni di coordinamento degli interventi, monitoraggio, controllo, valutazione e rendicontazione delle attività allo stesso demandate.

Art. 5

Comitato di Pilotaggio della Convenzione

1. E' istituito il Comitato di Pilotaggio della presente Convenzione composto da:
 - ✓ Direttore Sanitario della Asl2 Lanciano- Vasto- Chieti;
 - ✓ Uno tra i Direttori dell'Area Distrettuale 2 o Area Distrettuale 3;
 - ✓ Coordinatore della Centrale di Coordinamento e Operativa di Cure Transazionali;
 - ✓ Presidente dell'Unione Montana Comuni del Sangro;
 - ✓ Presidente e Sindaco referente della Convenzione tra i Comuni per l'attuazione della Strategia Basso Sangro Trigno;
 - ✓ Responsabile dei servizi sociali dell'ECAD 12.
2. Il Comitato di Pilotaggio svolge i seguenti compiti e funzioni:
 - ✓ vigila sull'esecuzione delle attività di integrazione socio-sanitaria programmata in tutte le sue fasi e secondo le modalità e i tempi previsti negli allegati alla presente Convenzione;
 - ✓ propone le misure necessarie ad attuare e accelerare l'esecuzione degli interventi sulla base delle verifiche di cui al punto precedente;
 - ✓ propone modifiche alla presente Convenzione ed ai relativi allegati;
 - ✓ propone azioni di informazione, diffusione e pubblicità delle iniziative previste;
 - ✓ si esprime sugli interventi integrativi o addizionali da attuare nell'ambito delle disponibilità di risorse previste;
 - ✓ promuove incontri tecnici e tematici;
 - ✓ Comporre, in prima istanza, eventuali controversie insorte fra le parti;
3. Il Comitato di Pilotaggio è presieduto dal Coordinatore della CCOCT, che è responsabile di:
 - ✓ convocare le riunioni;
 - ✓ definire l'ordine del giorno, in accordo con gli altri componenti.
4. La riunione del Comitato di Pilotaggio è valida in presenza di almeno il 50% dei componenti e di almeno un rappresentante per ciascun Ente attuatore di cui all'art. 3.

Articolo 6

Partecipazione

1. Gli Enti sottoscrittori promuovono la partecipazione dei cittadini e delle organizzazioni sociali, allo svolgimento delle attività oggetto della Convenzione, in attuazione delle disposizioni normative e programmatiche sia nazionali che regionali, vigenti in materia, anche attraverso l'azione di informazione e comunicazione sociale sulle scelte adottate.
2. Le attività di informazione e di comunicazione sono attuate con ogni mezzo di trasmissione idoneo ad assicurare la necessaria diffusione di messaggi, anche attraverso la strumentazione grafico-

editoriale, i siti web, le strutture informatiche, le funzioni di sportello, le reti civiche, le iniziative di comunicazione integrata e i sistemi telematici multimediali.

3. Le attività di informazione e di comunicazione saranno, in particolare, finalizzate a:
 - ✓ illustrare e favorire la conoscenza delle attività poste in essere, al fine di facilitare l'accesso all'utenza;
 - ✓ illustrare le attività programmate e il loro funzionamento;
 - ✓ favorire l'accesso ai servizi socio-sanitari, promuovendone la conoscenza;

Articolo 7

Risorse economiche

In attuazione della presente Convenzione, gli enti sottoscrittori provvedono a utilizzare in forma integrata tutte le risorse ricomprese nella Strategia d'Area, Ambito Tematico Salute quantificate in:

1. Servizi ad integrazione socio-sanitaria (Allegato B)

- € 1.190.000,00

2. Servizi Sanitari (Allegato B)

- € 2.896.835,96 a carico dei residui dei progetti obiettivo LP1 e LP5 finanziamento 2015. 2016 e 2017 ex art. 34 e 34 bis Legge 662/1996 dell'Asl2 Lanciano Vasto Chieti (allegato B);
- € 130.005,000 di cui al DGRA n.438/2016;
- € 50.000,00 di cui alla DGRA n.408/2017;

Articolo 8

Obbligo di Informazione Reciproca

1. Gli atti dei singoli Enti attuatori, che interessano le materie oggetto della Convenzione, sono comunicati tempestivamente alla Conferenza Locale Integrata Sociale e Sanitaria da parte dei competenti Uffici.

Articolo 9

Durata di stipula

1. La Convenzione ha durata triennale dalla data di stipula.
2. Eventuali proroghe dovranno essere stipulate almeno 30 giorni prima della data di scadenza.
3. La presente Convenzione è soggetta a modifiche ed integrazioni secondo le esigenze che potranno presentarsi nel tempo, previa approvazione delle stesse da parte della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria dell'Area "Basso Sangro-Trigno" e conseguente adozione di specifici atti da parte degli Enti aderenti alla Convenzione.

Articolo 10

Tempi di esecuzione del contratto

Le parti si danno reciprocamente atto che l'esecuzione degli interventi in oggetto in tempi certi rappresenta un motivo essenziale della presente Convenzione; pertanto eventuali ritardi, rispetto alle tempistiche indicate nei crono programmi, di cui all'Allegato B, vengono poste su iniziativa di una o di entrambe le parti, che sottoscrivono la presente convenzione, all'attenzione del Comitato di Pilotaggio, che nell'ambito delle competenze di cui all'art. 5.2, della presente convenzione, potrà assumere le decisioni necessarie ad attuare e accelerare l'esecuzione degli interventi sulla base delle verifiche effettuate;

Articolo 11

Collegio Arbitrale

In caso di controversie non risolte nell'ambito del Comitato di Pilotaggio, la decisione sarà rimessa ad un collegio composto da esperti nelle materie oggetto della controversia, designati ognuno da ciascun

Ente attuatore di cui all'art. 3 e da un Presidente designato dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria dell'Area "Basso Sangro-Trigno" con oneri a carico degli Enti convenzionati per quote uguali.

Articolo 12
Disposizioni finali

Per tutto quanto non previsto nella presente Convenzione si rimanda a specifiche intese di volta in volta raggiunte sia in sede di Comitato di Pilotaggio che di Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria dell'Area "Basso Sangro-Trigno" e alle norme di legge vigenti nelle materie trattate.

Articolo 13
Esenzioni per bollo e registrazione

La presente Convenzione è esente da bollo ai sensi del D.P.R. 26 ottobre 1972, n. 642, allegato B, art. 16 e del Decreto Ministeriale 20 agosto 1992, non è obbligata alla registrazione, ai sensi del comma 1 della Tabella "Atti per i quali non vi è obbligo di chiedere la registrazione", allegata al D.P.R. 26 aprile 1986, n. 131, e sarà registrata solo in caso d'uso.

Letto, confermato e sottoscritto.

Per l'Azienda USL n. 2 Lanciano-Vasto-Chieti
Il Direttore Generale (o suo delegato)

Per l'Unione Montana dei Comuni del Sangro
Il Presidente (o suo delegato)

*Allegato B alla Convenzione Socio-Sanitaria
Per la gestione degli interventi ricompresi nella
Strategia dell'Area Prototipo Basso Sangro-Trigno*

Il documento si struttura in tre sezioni:

- ❖ nella prima sono elencati gli interventi socio-sanitari oggetto della Convenzione programmati nell'Ambito della Strategia d'Area con l'indicazione degli impegni riconducibili a ciascun Ente attuatore in termini di risorse umane, strumentali e strutturali;
- ❖ nella seconda sono elencati gli interventi sanitari oggetto della Convenzione programmati nell'Ambito della Strategia d'Area di competenza della ASL 2 Lanciano-Vasto-Chieti ;
- ❖ nella terza sezione il documento descrive il quadro finanziario per singolo intervento e declina il percorso di progressiva attuazione delle azioni progettate.

Sezione I

SERVIZI IN REGIME DI INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

Per le attività programmate nell'ambito della Strategia sono individuate alcune azioni trasversali e propedeutiche alla realizzazione di ciascun intervento di area, che impegnano ed obbligano reciprocamente l'Unione Montana dei Comuni del Sangro e la ASL2 Lanciano-Vasto-Chieti.

- In particolare sono previsti una:
- valutazione multidimensionale del bisogno;
 - presa in carico congiunta;
 - definizione di standard assistenziali;
 - comunicazione interna ed esterna;
 - condivisione della strumentazione e della modulistica;
 - percorso di formazione del personale;
 - individuazione di indicatori condivisi per il monitoraggio e la valutazione degli interventi attivati;
 - indagine di customer satisfaction.

Cod.	Descrizione	IMPEGNI UNIONE	Risorse umane/strumentali	IMPEGNI ASL	Risorse umane/strumentali
2.1	Ambulatorio infermieristico della fragilità (Intervento 4 - integrato con l'intervento scheda 2.2 - punto 7 "Monitoraggio elettronico ADI")	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acquisto dispositivi ▪ Implementazione sistema di monitoraggio a distanza; ▪ Dotazione dispositivo di controllo agli utenti assistiti a domicilio 	<p>N. 1 Coordinatore servizio ADI</p> <p>Dispositivi di controllo</p>	<p>Istituzione n. 4 ambulatori presso le sedi erogative di: Lama Dei Peligni, Villa Santa Maria, Torricella Peligna, Castiglione Messer Marino.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ N. 3 Collaboratore Professionale Sanitario (Infermiere di Famiglia e di Comunità) per ogni sede erogativa per n. 12 h settimanali; ▪ Presidi sanitari secondo il bisogno per ciascuna sede ambulatoriale; ▪ Postazione informatica per ciascuna sede ambulatoriale.

Cod.	Descrizione	IMPEGNI UNIONE	Risorse umane /strumentali	IMPEGNI ASL	Risorse umane / strumentali
2.2	Call center (Intervento - 1 integrato con l'intervento scheda 2.1 - punto 6 "Potenziamento del PUA") Palestra della mente (Intervento - 2 integrato con l'intervento scheda 2.1 - punto 11 "Consulenza educativa)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Attivazione numero unico; ▪ Acquisizione degli strumenti tecnologici (telefonini, centrale, deviazione chiamate, ecc.); ▪ Implementazione piattaforma call center ▪ Individuazione risorse umane da dedicare al servizio. 	<p>N. una assistente sociale</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Individuazione personale sanitario ▪ Formazione degli operatori sanitari e sociali presenti nei PUA dei DSB di Lama dei Peligni, Torricella Peligna, Villa Santa Maria, Castiglione Messer Marino e degli operatori sociali presenti negli sportelli di segretariato sociale, alla gestione del Centro di Ascolto. 	<p>N. 2 Collaboratore Professionale Sanitario (Infermiere di Famiglia e di Comunità)</p>
			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Un educatore occupazionale ▪ Un OSS ▪ Uno psicologo 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Individuazione e messa a disposizione di spazi idonei alle attività di progetto nell'ambito delle sedi dei DSB di Lama dei Peligni, Torricella Peligna, Villa Santa Maria, Castiglione M.M. ▪ Messa a disposizione personale sanitario ad integrazione dell'equipe sociale per la definizione e 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ N. 1 Collaboratore Professionale Sanitario (Infermiere di Famiglia e di Comunità) ▪ N. 3 OSS ▪ N. 1 Pedagogista Montessoriano

Montessori")			<ul style="list-style-type: none"> ▪ realizzazione di piani di intervento individualizzati. ▪ Programmazione incontri formativi con le famiglie ▪ Programmazione gruppi ascolto ▪ Stage di visita e formazione sul campo di strutture residenziali per pazienti con demenza "Montessori Senjor" 		
Sistema Informativo Sociale e Sanitario (Intervento - 3 integrato con l'intervento scheda 2.1 – punto 10 "Registro Epidemiologico della fragilità assistenziale")	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estensione del software gestionale in uso all'Unione dei Comuni Montani del Sangro a tutti i Comuni dell'Area; ▪ Formazione del personale ▪ Implementazione data base socio-sanitario 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Un Assistente coordinatore ▪ Un Operatore addetto al data manager (sociologo) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sviluppo del software REFA (Registro Epidemiologico di Fragilità Assistenziale) per acquisire i dati del sistema sociale e del sanitario (sanità amica); ▪ Formazione del personale ▪ Implementazione data base socio-sanitario 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ N. 1 Epidemiologo ▪ N. 1 Infermiere addetto al data manager ▪ N. 4 postazioni di lavoro (Personal Computer e telefono) + 3 Computer portatili + 8 Tablet + 8 Licenze Windows Server 2012 R2) ▪ Acquisizione dal servizio MEPA del Software di base per il SISST 	
Tutoraggio domiciliare (Intervento - 4 integrato con l'intervento scheda 2.1 – punto 2 "Istituzione dell'UCCP")	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Individuazione equipe psico-sociale-educativa ▪ Implementazione sportello di ascolto itinerante 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Un Assistente sociale ▪ Un Psicologo ▪ Un Educatore professionale 	Individuazione equipe sanitaria	<ul style="list-style-type: none"> ▪ N. 1 Pedagogista Montessoriana ▪ N. 1 Neuropsichiatra ▪ N. 1 Ostetrica ▪ N. 1 Infermiere pediatrico 	
Volontariato in rete (Intervento - 5 integrato con l'intervento scheda 2.1 –	<ul style="list-style-type: none"> • Individuazione utenza debole • Selezione volontari • Formazione volontari • Pianificazione delle attività di sostegno domiciliare • Calendarizzazione degli interventi 	<ul style="list-style-type: none"> Un Assistente Sociale coordinatore Un Educatore Professionale 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Individuazione utenza debole ▪ Pianificazione delle attività di sostegno domiciliare ▪ Coordinamento con il servizio ADI e ADP 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Medici di medicina generale n. 1 Medico del DSB ▪ n. 1 Infermiere del DSB 	

Allegato B Convenzione Socio-Sanitaria

	<p>punto 3 "Le AFT dei MMG")</p>	<p>domiciliari</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Individuazione utenza debole ▪ Definizione programma di assistenza condiviso ▪ Controllo contatti ▪ Interviste di gradimento da parte degli utenti; ▪ Riunioni di valutazione tra gli operatori coinvolti e l'organizzazione; 	<p>Un Assistente sociale coordinatore</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Implementazione piattaforma di teleassistenza. ▪ Individuazione utenza debole ▪ Individuazione, Formazione e aggiornamento operatori ▪ Dotazione dispositivo di controllo agli utenti in tecno assistenza. ▪ Definizione programma di assistenza condiviso ▪ Controllo contatti ▪ Riunioni di valutazione tra gli operatori coinvolti e l'organizzazione; 	<p>N. 2 Collaboratore Professionale Sanitario dedicati (Infermiere di Famiglia e di Comunità) N. 1 Medico DSB Gara di acquisizione del Servizio di tecno assistenza a supporto della presa in carico proattiva dei pazienti con il diabete, deficit cognitivi, BPCO, scompenso (1200 pazienti da prendere in carico) x 3 anni</p>
<p>3.1</p>	<p>Trasporto utenza debole (Intervento Integrato con Ambulatorio infermieristico della fragilità punto 4 - scheda 2.1)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acquisto mezzi di trasporto ▪ Definizione delle procedure operative per l'attivazione del servizio, ▪ Esternalizzazione del servizio; ▪ Individuazione dell'utenza debole sul territorio d'area 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ N. 2 autisti 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Individuazione utenza fragile ▪ Definizione programma di assistenza condiviso 	<p>N. 1 Collaboratore Professionale Sanitario dedicato (Infermiere di Famiglia e di Comunità)</p>

Sezione II
Servizi Sanitari

Cod.	Descrizione	Impegni ASL	Risorse umane / strumentali
2.1	<p>Punto 1 Potenziamento dei PTA di Villa Santa Maria di Casoli e Gissi</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sviluppo e orientamento dei servizi comuni anche alle Aree Interne ad accesso programmato: <ul style="list-style-type: none"> → Specialistica ambulatoriale → Ospedale di Comunità → Residenze per anziani → Centri diurni → Diagnostica strumentale ▪ Aumento del 10-20% delle risorse dedicate ai servizi programmati ▪ Pianificazione delle attività e coordinamento con i servizi territoriali socio-sanitari (Attivazione dei CUP di 2° livello integrati con la programmazione dei controlli clinici e strumentali dei pazienti fragili in carico) 	<p>n. 1 Collaboratore Professionale Sanitario dedicato (Infermiere di Famiglia e di Comunità)</p> <p>gli MMG di competenza</p>
	<p>Punto 5 Servizio emergenza urgenza (118)</p>	<p>Efficientamento della rete di emergenza urgenza (118) attraverso un miglioramento del coordinamento operativo, dotazione di strumentazione di diagnosi a distanza</p>	<p>N. 1 Collaboratore Professionale Sanitario dedicato (Infermiere di Famiglia e di Comunità)</p> <p>N. 1 medico coordinatore DEA</p>
	<p>Punto 7 Farmacie dei servizi</p>	<p>Sviluppare una convenzione apposita con le farmacie rurali dell'area sul sostegno dell'aderenza alla terapia e al monitoraggio della distribuzione dei farmaci ai pazienti fragili</p>	<p>N. 1 Collaboratore Professionale Sanitario dedicato (Infermiere di Famiglia e di Comunità)</p> <p>N. 1 farmacista</p>
	<p>Punto 9 Formazione del personale alla presa in carico dei pazienti fragili</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dossier formativo di gruppo sulla fragilità ▪ Istituzione di un corso di perfezionamento integrato socio-sanitario sulla fragilità ▪ Corso di educazione terapeutica ▪ Corso di Nursing-Frailty ▪ Corso sulla gestione della Documentazione infermieristica della fragilità 	<p>N. 1 Epidemiologo</p> <p>N. 1 agenzia formativa per la programmazione dei corsi</p>

Sezione III

QUADRO FINANZIARIO

Servizi ad integrazione socio-sanitaria

1 CALL CENTER DI ASCOLTO E MONITORAGGIO PROATTIVO		Voce di spesa	costo unitario	n. ore sett.	n. settimane annue	n. mesi	n. settimane tot.	Quantità	Costo complessivo
		Acquisto telefonini	800,00			30		2	1.600,00
		Traffico Telefonico	3.000,00			30		2	6.000,00
		Assistente Sociale / Psicologo	21,97	24,00	48	30	120	1	63.273,60
		Spese di gestione e funzionamento	71,00			30			2.130,00
TOTALE									73.003,60

2 PALESTRA DELLA MENTE		Voce di spesa	costo x unità	n. ore sett.	n. settimane annue	n. mesi	n. settimane tot.	Quantità	Costo complessivo
		Educatore Occupazionale	21,97	15,00	48	30	120	2	79.092,00
		Psicologo	26,46	15,00	48	30	120	2	95.256,00
		Assistente sociale	21,97	15,00	48	30	120	2	79.092,00
		Addetti all'Assistenza di base	20,17	15,00	48	30	120	2	72.612,00
		Rimborso spese	0,25			30		20000	5.000,00

Laboratori: dell'orientamento, del linguaggio, dell'attenzione sul riconoscimento tattile, visivo e sonoro, sulla memoria autobiografica, dell'attività prassico- motoria	1.300,00								20	26.000,00
Spese di gestione e funzionamento	314,83					30				9.444,85
									TOTALE	366.496,85

3 SISTEMA INFORMATIVO										
Voce di spesa	costo x unità	n. ore sett.	n. settimane annue	n. mesi	n. settimane tot.	Quantità	Costo complessivo			
Corso di formazione per la gestione del Sistema	30,39	16,00	10	30	10	1	4.861,55			
Corso di aggiornamento per la gestione del Sistema	30,39	8,00	5	30	5	1	1.215,60			
Implementazione e gestione software	12.000,00			30		1	12.000,00			
Operatori livello D1	20,78	15,00	30,00	30	79	2	49.248,60			
Spese di gestione e funzionamento	65,33			30			1.959,77			
									TOTALE	69.285,52

4	TUTORAGGIO DOMICILIARE	Voce di spesa	costo x unità	n. ore sett.	n. settimanale annue	n. mesi	n. settimanale tot.	Quantità	Costo complessivo
		Psicologo	26,46	20,00	48	30	115	1	60.858,00
		Educatore professionale	21,97	15,00	48	30	115	1	37.898,25
		Assistente sociale	21,97	22,00	48	30	115	1	55.584,10
		Rimborso spese	0,25					30.000	7.500,00
		Spese di gestione e funzionamento	164,29			30			4.928,62
								TOTALE	166.768,97

5	VOLONTARIATO IN RETE	Voce di spesa	costo x unità	n. ore sett.	n. settimanale annue	n. mesi	n. settimanale tot.	Quantità	Costo complessivo
		Educatore professionale	23,48	22,00	20	30	50	1	25.828,00
		Rimborso spese	0,25			30		20.000	5.000,00
		Borse lavoro	6,25	15,00	20	30	50	33	154.687,50
		Spese di gestione e funzionamento	231,62			30			6.948,56
								TOTALE	192.464,06

6	TELESORVEGLIANZA - TELECONTROLLO	Voce di spesa	costo x unità	n. ore sett.	n. settimanale annue	n. mesi	n. settimanale tot.	Quantità	Costo complessivo
		Assistente Sociale	21,97	15,00	48	30	120,00	1	39.546,00
		Corso di formazione	30,39	16,00	10	30		1	4.862,40

Corso di aggiornamento per la gestione del Sistema	30,39	10,00	8		1	2.431,20
Rimborso spese	0,25		30		20.000	5.000,00
Spese di gestione e funzionamento	54,34		30			1.630,19
TOTALE					TOTALE	53.469,79

7 MONITORAGGIO ELETTRONICO ADI									
Voce di spesa	costo x unità	n. ore sett.	n. settimane annue	n. mesi	n. settimane tot.	Quantità	Costo complessivo		
Assistente sociale	21,97	15,00	48	30	120,00	1	39.546,00		
Corso di formazione	30,39	10,00	8				2.431,20		
Rilevatore elettronico	29.253,70					1	29.253,70		
Rimborso spese	0,25			30		20.000	5.000,00		
Spese di gestione e funzionamento	76,01			30			2.280,31		
TOTALE						TOTALE	78.511,21		

TRASPORTO UTENZA FRAGILE									
Voce di spesa	costo x unità	n. ore sett.	n. settimane annue	n. mesi	n. settimane tot.	Quantità	Costo complessivo		
Acquisto mezzo dedicato	€ 35.000,00			32		2	€ 70.000,00		
Spese di gestione	€ 30.000,00			32			€ 30.000,00		
Personale dedicato	€ 19,74	19	48	32	120	2	€ 90.000,00		
TOTALE						TOTALE	190.000,00		

Finanziamento previsto Programma Strategico Salute 2018-2020 Basso Sangro Trigno				
Finanziamenti (*)	Linea Progettuale			Totale
	LP1	LP5		
Anno				
Fondo 2015	€ 447.164,52			€ 447.164,52
Fondo 2016	€ 554.593,35	€ 516.950,93		€ 1.071.544,28
Fondo 2017		€ 1.378.127,16		€ 1.378.127,16
Programma Ambulatorio Fragilità (**)	€ 214.285,71			
Totale	€ 1.001.757,87	€ 1.895.078,09		€ 2.896.835,96
Finanziamento creazione del SISST (DGRA 438/2016) (***)				€ 130.005,00
Finanziamento SNAI legge stabilità, settore Salute DGRA 408/2017				€ 50.000,00
Totale complessivo				€ 3.076.840,96
(*) Progetto Obiettivo di cui agli art. n. 34 e 34-bis Legge n. 662/1996 finanziamento LP1 e LP5 anni 2015, 2016 e 2017				
(**) Incluso nel Progetto Obiettivo LP1 Finanziamento 2015				
(***) Progetto Regione Abruzzo: Sistema Informativo Sociale e Sanitario Territoriale (SISST) della Regione Abruzzo per le Aree Interne (DGR 438 del 30/06/2016)				

Finanziamento previsto Programma Strategico Salute 2018-2020 Basso Sangro Trigno									
Servizio - Strumentazione - Intervento	Riferimenti al punto della (scheda progetto)	Linea Progettuale LP1 anno 2015	Linea Progettuale LP1 anno 2016	Linea Progettuale LP5 anno 2016	Linea Progettuale LP5 anno 2017	DGRA 408/2017	DGRA 438/2016	Importo stimato	
Gara di acquisizione di un servizio di techno assistenza a supporto della presa in carico proattiva dei pazienti con il diabete, deficit cognitivi, BPCO, scompenso (1200 pazienti x 3 anni) da assegnare alle sperimentazioni condotte nell'Area Basso Sangro Trigno	Punto 8 (2.1) Punto 6 (2.2)				€ 845.000,00	€ 50.000,00	€ 40.000,00	€ 935.000,00	
n. 10 Borse di Studio per infermieri a supporto dell'ambulatorio infermieristico della fragilità per studiare e valutare la funzione dell'infermiere di Famiglia e di Comunità x tre anni	Punto 4 (2.1) Punto 7 (2.2)			€ 166.872,84	€ 533.127,16			€ 700.000,00	
Richiesta di 4 postazioni di lavoro (PC+telefono+stampante) + 3 pc portatili + 8 Tablet + 8 licenze di accesso al Windows Server 2012 R2, da destinare al CCOCT	Punto 10 (2.1) Punto 3 (2.2)	€ 30.000,00						€ 30.000,00	
Richiesta di assegnazione di una automobile aziendale da destinare all'UOC Integrazione Ospedale Territorio (noleggio x tre anni)	Punto 2 (2.1) Punto 4 (2.2)	€ 80.000,00						€ 80.000,00	
Mapa epidemiologica georeferenziata della fragilità - Progetto con l'associazione degli enti locali del Sangro Aventino e Trigno Sinello	Punto 10 (2.1) Punto 3 (2.2)						€ 30.000,00	€ 30.000,00	
Progetto sperimentale Executive Information Management System (EIMas) MePA + formazione + Software per i MMG dell'UCCP di Casoli	Punto 2 (2.1) Punto 4 (2.2)		€ 40.000,00					€ 70.000,00	
Acquisizione di un software su MEPA come base per realizzare il Sistema Informativo Sociale e Sanitario Territoriale per le Aree Interne della Regione Abruzzo (DGR n. 438 del 30/06/2016)	Punto 10 (2.1) Punto 3 (2.2)						€ 60.005,00	€ 60.005,00	
Progetto Montessori per la fragilità in attuazione del progetto sperimentale "Centro per i Disturbi Cognitivi e delle Demenze" (CDDC) + Progetto Palestra della Mente + Tutoraggio domiciliare	Punto 11 (2.1) Punto 2 (2.2)			€ 57.472,16				€ 57.472,16	
Corso di Perfezionamento "Pressa in Cura Socio Sanitaria del paziente fragile" per Professioni Sanitarie, Scienze Sociali e Medicina (50 Partecipanti) x tre anni	Punto 9 (2.1)			€ 30.000,00				€ 120.000,00	
Corso sul campo Educazione terapeutica strutturata ai pazienti diabetici (Collaboratore Professionale Sanitario - infermieri) x tre anni	Punto 9 (2.1)							€ 45.000,00	
Percorso formativo Nursing Frailty - Ospedale di Comunità - Unità Degenza Transitional Care - Infermieri di Famiglia e Comunità - Infermieri degli ambulatori della Fragilità x tre anni	Punto 9 (2.1)	€ 44.285,71						€ 44.285,71	
Supporto alla gestione della documentazione infermieristica della fragilità (Ospedale di Comunità - Degenza Transitional Care e al supporto informatico per integrazione Registro fragilità in Epiinfo)	Punto 9 (2.1)	€ 60.000,00						€ 60.000,00	

Finanziamento previsto Programma Strategico Salute 2018-2020 Basso Sangro Trigno (continua)									
Servizio - Strumentazione - Intervento	Riferimenti al punto della scheda progetto)	Linea Progettuale LP1 anno 2015	Linea Progettuale LP1 anno 2016	Linea Progettuale LP5 anno 2016	Linea Progettuale LP5 anno 2017	DGRA 408/2017	DGRA 438/2016	Importo stimato	
Potenziamento delle AFT dei MMG della UCCOP di Casoli Attività di supervisione e formazione continua degli operatori del "Laboratorio Fragilità" per 3 anni: - Ospedali di Comunità: Gissi, Casoli, Guardiaagrele; - Ambulatori di fragilità (Lama Dei Peligni, Villa Santa Maria, Torricella Peligna, Castiglione Messer Marino); - CCOT	Punto 3 (2.1) Punto 5 (2.2)	€ 232.828,81	€ 167.121,19					€ 400.000,00	
Partecipazione ad attività di viaggi studio per l'implementazione di buone pratiche (nazionali ed europee) sulla fragilità, Workshop intermedio e Convegno Internazionale finale	Punto 6 (2.1) Punto 1 (2.2)		€ 140.000,00	€ 30.000,00				€ 30.000,00	
Spese di consumo (arredi, cancelleria, materiale di consumo+ecc.) per Centrale di Coordinamento e Operativa di Cure Transazionali con Sede nel Patto Territoriale Sangro-Aventino in Santa Maria Imbaro	Punto 5 (2.1) Punto 1 (2.2)			€ 70.000,00				€ 70.000,00	
Materiale di consumo tecnico assistenza, Presidi sanitari di Ambulatorio, n. 4 POCT per gli ambulatori di fragilità di Lama Dei Peligni, Villa Santa Maria, Torricella Peligna, Castiglione Messer Marino e farmacie Rurali	Punto 7 (2.1)			€ 171.835,00				€ 171.835,00	
Spese generali		€ 447.164,52	€ 554.593,35	€ 33.243,09	€ 1.378.127,16	€ 50.000,00	€ 130.005,00	€ 33.243,09	
TOTALE PROGRAMMATO									
	AMBULATORIO FRAGILITA'								
	UCCP CASOLI DELIBERA 1305/2018								
								€ 3.076.840,96	

Palestra della mente (Intervento - 2 integrato con l'intervento scheda 2.1 – punto 11 “Consulenza educativa Montessori”)

Servizio Codice 2.2	STEP	Annualità 2019												Annualità 2020												Annualità 2021								
		G	F	M	A	M	A	G	L	A	S	O	N	D	G	F	M	A	M	A	G	L	A	S	O	N	D	G	F	M	A	M	A	G
Palestra della mente	Start Up esecutivo																																	
	Acquisizione delle risorse																																	
	Formazione e aggiornamento personale																																	
	Avvio Attività																																	
	Entrata a regime Gestione attività Valutazione e monitoraggio																																	

Sistema Informativo Sociale e Sanitario (Intervento - 3 integrato con l'intervento scheda 2.1 – punto 10 “Registro Epidemiologico della fragilità assistenziale”)

Servizio Codice 2.2	STEP	Annualità 2019												Annualità 2020												Annualità 2021					
		G	F	M	A	M	G	L	A	S	O	N	D	G	F	M	A	M	G	L	A	S	O	N	D	G	F	M	A	M	G
Sistema informativo sociale e socio-sanitario	Start Up esecutivo	■																													
	Acquisizione delle risorse		■																												
	Formazione personale			■																											
	Avvio attività						■																								
	Entrata a Regime Gestione attività Valutazione e monitoraggio								■																						

Tutoraggio domiciliare (Intervento - 4 integrato con l'intervento scheda 2.1 – punto 2 “Istituzione dell’UCCP”

Servizio Codice 2.2	STEP	Annualità 2019												Annualità 2020												Annualità 2021																									
		G	F	M	A	M	G	L	A	S	O	N	D	G	F	M	A	M	G	L	A	S	O	N	D	G	F	M	A	M	G																				
Tutoraggio domiciliare	Start Up esecutivo	█																																																	
	Acquisizione delle risorse		█																																																
	Formazione personale			█																																															
	Avvio attività				█																																														
	Entrata a Regime																																																		
	Gestione attività																																																		
	Valutazione e monitoraggio																																																		

Volontariato in rete (Intervento - 5 integrato con l'intervento scheda 2.1 – punto 3 “Le AFT dei MMG”)

Servizio Codice 2.2	STEP	Annualità 2019												Annualità 2020												Annualità 2021																							
		G				F				M				A				M				A				M				A				M				G											
		M	A	M	G	M	A	M	G	M	A	M	G	M	A	M	G	M	A	M	G	M	A	M	G	M	A	M	G	M	A	M	G	M	A	M	G	M	A	M	G								
Volontariato in rete	Start Up esecutivo	Shaded cell																																															
	Acquisizione delle risorse	Shaded cell																																															
	Formazione personale	Shaded cell																																															
	Avvio attività	Shaded cell																																															
	Entrata a Regime Gestione attività Valutazione e monitoraggio	Shaded cell																																															

Telesorveglianza e Telecontrollo (Intervento - 6 integrato con l'intervento scheda 2.1 – punto 8 “Telesalute”)

Servizio Codice 2.1	STEP	Annualità 2019						Annualità 2020						Annualità 2021											
		G	F	M	A	M	G	L	A	S	O	N	D	G	L	A	S	O	N	D	G	F	M	A	M
Telesorveglianza e Telecontrollo	Start Up esecutivo																								
	Acquisizione delle risorse																								
	Formazione personale																								
	Avvio attività																								
	Entrata a Regime Gestione attività Valutazione e monitoraggio																								

Piano Strategico Salute 2018—2020 Area Interna Basso Sangro Trigno

In attuazione dell' Accordo di Programma Quadro SNAI (DGR n.408 del 28 luglio 2017) e del Piano Nazionale della Cronicità (DGR n.421 del 18 giugno 2018)
della Regione Abruzzo



Laboratorio di
Presenza in Cura
della Fragilità

Ambulatorio
Infermieristico
della Fragilità

Centrale di
Coordinamento e
Operativa di cure
Transazionali

Implementazione del "Laboratorio di Presenza in Cura della Fragilità" nell'Area Interna Basso Sangro Trigno con la programmazione dell'utilizzo dei fondi dei Progetti Obiettivo LPI e LP5 (art.1 cc. 34 e 34bis Legge 662/1996) relativamente ai finanziamenti residui 2015, 2016 e 2017.

Executive Summary

Una condizione a lungo termine non può guarire, ma può essere curata. La condizione a lungo termine è uno stato di non autosufficienza, accompagnato in genere, dalla presenza più di una malattia cronica e allo stesso tempo da uno stato di fragilità (vedi box). La condizione di fragilità limita l'autonomia individuale, l'autogestione e la propria integrità. Per questo l'individuo fragile ha bisogno, oltre agli interventi medici e di supporto fisico, di ricevere rispetto, dignità e uguaglianza di trattamento come tutte le altre persone.

La **premesse epidemiologica** mostra come il processo di invecchiamento in Italia è relativamente recente: in un secolo la speranza di vita si è triplicata e si è ridotta di un terzo la fecondità. Queste trasformazioni hanno portato ad un capovolgimento della struttura demografica. La prevalenza della fragilità è fortemente legata all'invecchiamento e il numero di persone fragili in Italia è destinata ad aumentare. Nei prossimi anni l'invecchiamento demografico e l'aumento della speranza di vita faranno ulteriormente lievitare la domanda di cura: con il 21,8% dei cittadini over 65 e il 6,5% over 80, l'Italia è il Paese più vecchio in Europa e si posiziona al secondo posto nel mondo, preceduto solo dal Giappone. Si prevede che nel 2050 gli anziani sopra i 65 anni saranno il 34,6% della popolazione, mentre gli ultraottantenni raggiungeranno quota 14,9%. **Queste percentuali si rilevano già oggi nell'Area Interna Basso Sangro Trigno.**

La Fragilità è definita come una condizione con riduzione delle capacità individuali di adattamento ai cambiamenti di carattere sociale, psicologico, fisico o relazionale, dell'ambiente esterno e/o interno all'organismo.

Inoltre, secondo l'ISTAT, in Italia ci sono circa 3,5 milioni di persone, ultrasessantacinquenni (il 11%), e più di 2,7 milioni di queste sono ultrasessantacinquenni (il 19%), che hanno **difficoltà nella cura della persona**. Nell'autonomia/indipendenza cioè nello svolgimento attività quotidiane (ADL) fondamentali quali mangiare da soli, anche tagliando il cibo da soli, oppure sdraiarsi e alzarsi dal letto o sedersi e alzarsi da una sedia, vestirsi e spogliarsi, usare i servizi igienici e fare il bagno o la doccia, senza l'aiuto di una persona, o l'uso di ausili/apparecchi o modifiche dell'abitazione. E' dimostrato che le azioni volte alla prevenzione ritardando l'insorgenza e rallentano la progressione della fragilità (vedi Piani nazionali p. 37).

In questo quadro epidemiologico, le **Aziende Sanitarie stanno vivendo due importanti trasformazioni strategiche**: spostamento di quote crescenti di risorse dall'ambito ospedaliero a quello dei servizi socio-sanitari (strutture protette, attività ambulatoriali, cure domiciliari, ecc.) e presa in carico di pazienti cronici. Queste trasformazioni implicano la modifica del tipo di servizi prodotti, da interventi ospedalieri puntuali e finiti a processi di cura permanenti e trasversali, la modifica del quadro dei bisogni informativi e lo sviluppo di nuove e diverse architetture di cura. Nell'Intesa Stato-Regioni del 10 luglio 2014 concernente il "Patto per la Salute per gli anni 2014-2016" si prevede, "al fine di definire le principali linee di intervento nei confronti delle principali malattie croniche, la predisposizione, da parte del Ministero della salute del "Piano nazionale della Cronicità" da approvare con Accordo sancito dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni". Il suddetto Patto prevede, inoltre, che "le Regioni definiscano con appositi atti di indirizzo la promozione della medicina d'iniziativa e della Farmacia dei ser-



Ospedale psichiatrico di Gorizia 1961

vizi, quale modello assistenziale orientato alla promozione attiva della salute, anche tramite l'educazione della popolazione ai corretti stili di vita, nonché alla assunzione del bisogno di salute prima dell'insorgere della malattia o prima che essa si manifesti o si aggravi, anche tramite una gestione attiva della cronicità".

Dal 2014 l'Unità Operativa Integrazione Ospedale Territorio, è stata chiamata a progettare il piano di sviluppo della Strategia Nazionale Aree Interne (SNAI) per l'Area Prototipo Basso Sangro Trigno. La progettazione ha comportato tre anni di lavoro in un "Laboratorio di presa in cura della fragilità", nel quale è stato predisposto e sperimentato un modello originale, proattivo, relazionale, olistico e centrato sulla persona fragile, finalizzato alla progettazione e implementazione di un programma strategico volto alla sperimentazione di servizi di supporto per lo sviluppo dell'assistenza territoriale in armonia con quella ospedaliera:

- un programma orientato a sostenere le iniziative tecnologiche, organizzative, strutturali e di formazione dei servizi assistenziali integrati (territoriali, ospedalieri e sociali);
- una metodologia per lo sviluppo della rete di cure primarie, multidisciplinare, proattiva e relazionale, orientata all'organizzazione integrata prevista dalla normativa vigente, che vede coinvolti i MMG, gli infermieri della fragilità, gli specialisti a programma e gli operatori sociali;
- un sistema epidemiologico capace di rilevare, in modo standardizzato, i soggetti che si trovano in uno stato di vulnerabilità (riduzione della capacità di adattamento e di autocura) che utilizzano maggiormente i servizi, tenendo conto delle proprie condizioni cliniche, sociali, ambientali, assistenziali e autosufficienza (stratificazione del rischio di fragilità).

Il risultato di questi tre anni di attività ha portato alla progettazione del Programma strategico "Progetto Salute" dell'Area Interna Basso Sangro Trigno, approvato il 30 gennaio 2017, dal Comitato Tecnico delle Aree Interne della Presidenza del Consiglio dei Ministri, dalla Strategia Nazionale per le Aree Interne (SNAI) e dalla Regione Abruzzo con DGR 99 il 28/02/2017. Successivamente ricevuto nell'Accordo di Programma Quadro approvato con DGR n. 408 del 28 luglio 2017 dalla Regione Abruzzo, e, nel novembre 2017, sottoscritto dalle amministrazioni centrali dello Stato (tra cui il Ministero della Salute), la Regione Abruzzo e il Comune Capofila dei 33 Comuni dell'Area.

Tra i prodotti del Laboratorio il prototipo del **Registro Epidemiologico della Fragilità**, dodici procedure e strumenti operativi per l'integrazione interprofessionale dell'assistenza, modalità di presa in cura che spaziano dal Case e Disease Management, Telemonitoraggio, ricoveri in Ospedale di Comunità e attivazione della Dimissione programmata. Sono stati inoltre realizzati cinque convegni, tre PDTA clinico organizzativi, 210 ore di formazione per 70 infermieri e l'attivazione del Supporto Telefonico Ostetrico (telefonate mensili a gravide e neo-mamme) con l'affiancamento di una ped-

Nonostante la recente politica di focalizzazione sui servizi territoriali e di assistenza sociale integrata, le persone sono ancora trattate come un insieme di condizioni o sintomi, piuttosto che come una persona intera. Le persone con fragilità necessitano di servizi che tengano conto di tutti gli elementi della propria fragilità, e spesso quelli che trovano sono di difficile accesso e/o frammentati. Condizioni di deterioramento cognitivo possono associarsi sia con l'isolamento sociale sia con difficoltà di salute fisica, e questo può passare inosservato. Inoltre è spesso trascurata l'attenzione al supporto integrato alle persone fragili che vivono in residenze assistenziali.



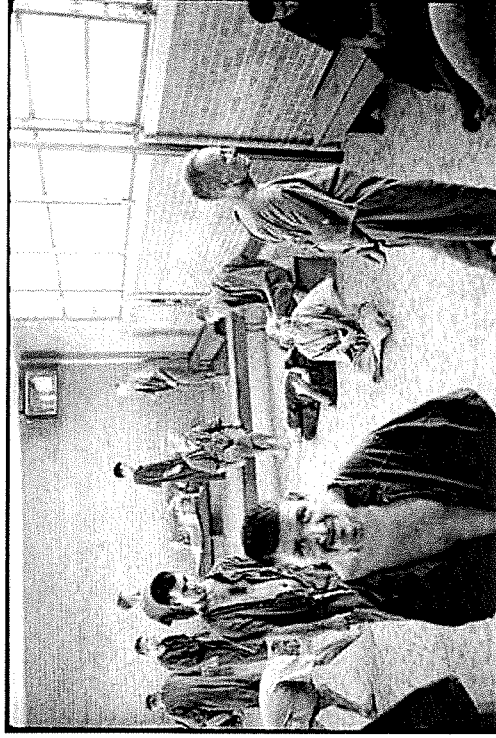
Ospedale psichiatrico di Gorizia 1961

U.O.C. Integrazione Ospedale Territorio

gogista montessoriana alle Ostetriche di Comunità e alle mamme dell'Area Interna. I dati al momento sono 'preliminari' e non ancora statisticamente consistenti per il numero ancora ristretto dei casi. A Gissi e a Casoli, presso i PTA lavorano due infermiere della fragilità. Nel corso di questi anni sono stati presi in cura complessivamente 1.485 pazienti, circa il 34% di tutti gli anziani fragili che vivono nei Comuni dell'Area interna. Il tipo di assistenza offerto prevede una presa in cura presso l'ambulatorio infermieristico, ma anche di accompagnamento nei percorsi sanitari, a volte frammentati e contraddittori, tra ospedale e territorio e forme di telemonitoraggio a domicilio. I primi dati mostrano che tra quanti sono stati assistiti dall'infermiere della fragilità a casa, a distanza di un anno osserviamo un'incidenza dei ricoveri complessivamente del 63% inferiore rispetto ai pazienti cronici e fragili non ancora seguiti.

Con questa iniziale sperimentazione, in tre anni, sono stati evitati circa 1.300.000 euro (al netto delle spese), per una riduzione del 60% delle risorse ospedaliere che l'Asl aveva impegnato per le stesse persone l'anno precedente.

Da pagina 18 sono elencati in dettaglio gli **11 progetti sanitari**, integrati con i **7 progetti socio-sanitari**. Alcuni di questi sono già stati attivati. Ad esempio, l'ampliamento del servizio 118 nei territori dell'Area, l'apertura di tre Ospedali di Comunità (OdC) a Gissi, Casoli e Guardigrale. Gli Ospedali di Comunità hanno ricoverato, per 20 giorni in media 965 pazienti fragili negli ultimi due anni, sia dopo una degenza ospedaliera (25%), sia dal domicilio (70%). E' stato avviato inoltre una formazione montessoriana di 26 Ostetriche di Comunità e all'avvio del nuovo Sostegno Ostetrico Telefonico per l'orientamento al Percorso Nascita, con telefonate ogni mese, per fornire alle donne un punto di riferimento durante la gravidanza e dopo il parto.



Ospedale psichiatrico di Gorizia 1961

L'offerta attiva delle cure permette di ridurre la disegualianza tra chi può curarsi attraverso il mercato e chi rimane deprivato e distante dai servizi pubblici.

Inoltre il documento presenta la **programmazione dell'Asl2 del prossimo triennio: 3 milioni di euro** per la realizzazione le iniziative socio-sanitarie progettate per la popolazione Fragile. Ciò è possibile in seguito al risparmio attuato sull'impiego dei residui dei fondi dei Progetti Obiettivo LP1 e LP5 (art.1 cc. 34 e 34bis Legge 662/1996) relativamente ai finanziamenti 2015, 2016 e 2017. La programmazione sociale integrata con quella sanitaria costituisce un pilastro fondamentale di garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza e del Piano Sociale della Regione Abruzzo 2016-18. In particolare la Convenzione socio-sanitaria tra Ambito Distrettuale Sociale e Azienda Sanitaria Locale consente di definire i servizi oggetto di potenziamento, le risorse di rispettiva afferenza (sociale e sanità) e le modalità di integrazione e di organizzazione delle medesime (DGR n. 191 del 13 aprile 2017). In questi anni sono stati sviluppati diversi strumenti metodologici e organizzativi come la **Centrale di Coordinamento e Operativa di cure Transazionali** (p. 38, approvato dalla Asl con delibera 1107 del 13 settembre 2018), la ricognizione delle Raccomandazioni basate sulle evidenze per la cura sociale e sanitaria (p. 40) per il Future Hospital (p. 49) e l'approccio 3D centrato sul paziente (p. 51), il ruolo dell'Attività Specialistica Ambulatoriale (p. 47) e il contributo della professione infermieristica con la definizione dell'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC p. 57). Inoltre sono state elaborate le procedure per affrontare dal punto di vista organizzativo questi problemi. Le **procedure** si concentrano sulle persone anziane con più fragilità e ai loro accompagnatori e caregivers ed enfatizzano come i responsabili per la gestione e la

fornitura di assistenza per le persone con più condizioni di lungo termine dovrebbero lavorare insieme per fornire sicurezza, servizi di alta qualità per promuovere l'indipendenza, la scelta e il controllo da parte della persona con fragilità.

La ridefinizione del percorso assistenziale basato sulla continuità tra territorio e ospedale centrata sul paziente fragile, risponde alla naturale evoluzione scientifica e tecnologica della cura, oltre che ad esigenze di governance e sostenibilità del SSN. Essa mira a salvaguardare la presa in cura (oltre al concetto di "carico") del bisogno, caratterizzata soprattutto dal rispetto della libertà e della dignità della persona, quindi per prima cosa aspetti umani, e poi anche tecnici: utilizzo appropriato degli strumenti di diagnosi e cura e contribuire a mantenere sostenibile il sistema universalistico, pubblico e gratuito.



Pasquale Falasca




Alcune foto sono relative all'ospedale psichiatrico di Gorizia, nel 1961, nelle condizioni trovate da Franco Basaglia quando iniziò l'avventura, che 17 anni dopo ha portato alla "Riforma Basaglia", promulgata esattamente 40 anni fa.

Come tutte le altre immagini (prese da www.pinterest.it), vogliono rappresentare visivamente la condizione di fragilità con le sue caratteristiche umane e relazionali, che troppo spesso vengono trascurate in nome della tecnica medicalizzata.

si ringraziano per la collaborazione, i suggerimenti e i contributi fondamentali forniti in questi anni:

Graziella D'Alonzo
 Maria Melanitto
 Angelo De Luca
 Amalia Palumbo
 Vincenzo Orsatti
 Annamaria Abbonizio
 Franco Gianeristoforo
 Cinzia Di Matteo
 Karin Slabaugh
 Rita Miucci
 Flaminia Rozzi
 Fioravanti Di Giovanni
 Mario Di Lorenzo
 Raffaele Trivilino
 Vincenzo Pace

le infermiere degli Ospedali di Comunità
 le Ostetriche e le infermiere pediatriche
 i Sindaci dei Comuni dell'Area Interna

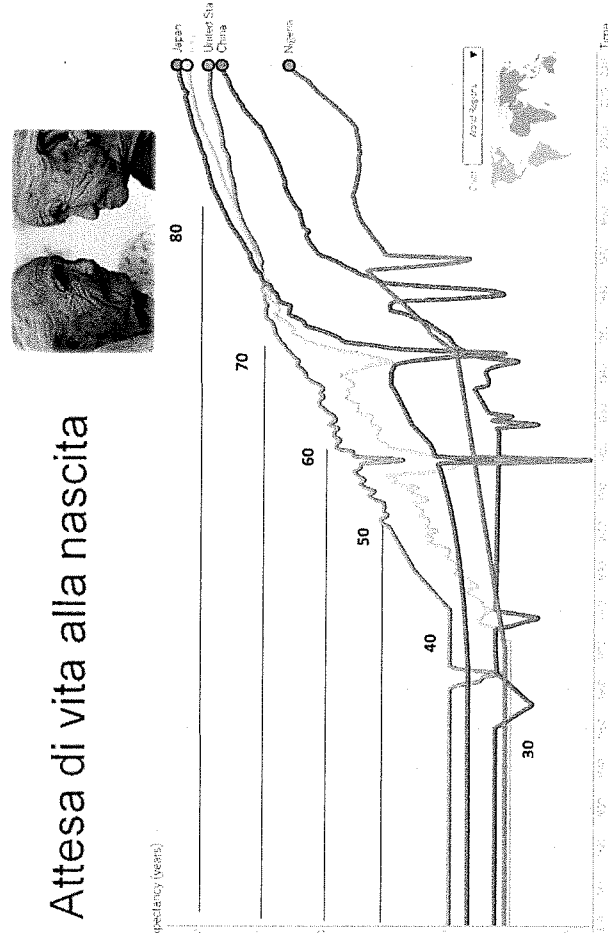
Indice	pag.
Executive Summary	2
Indice	6
Premessa Epidemiologica	7
Il modello di presa in cura	13
Programma degli interventi	18
La sperimentazione del laboratorio	25
Programma triennale 2018-2020	30
Finanziamento	35
Cura degli anziani con bisogni assistenziali complessi e fragilità dei Piani nazionali	37
Centrale di Coordinamento e Operativa di cure Transazionali (CCOT)	38
Raccomandazioni basate sulle evidenze per l'organizzazione sociale e sanitaria della cura	40
Il contributo dell'attività specialistica ambulatoriale (outpatient)	47
Future Hospital Program	49
Approccio 3D centrato sul paziente	51
Schema organizzativo dell'offerta di prestazioni specialistiche	53
Il contributo della professione infermieristica	54
Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC)	57
Regolamento attivazione UDMTC	60
Procedura Generale Organizzazione assistenziale degli Ospedali di Comunità	62
Dimissione programmata del paziente fragile	64
Modello di case management nei servizi psichiatrici	65
Procedura Generale Gestione Integrata dei disturbi cognitivi e delle demenze	66
Procedura Gestione integrata Disease Management	67
Processi infermieristici nel Disease Management del Diabete di tipo 2	68
Educazione Terapeutica Strutturata (ETS)	69
Conclusioni	71



Rembrandt (particolare)

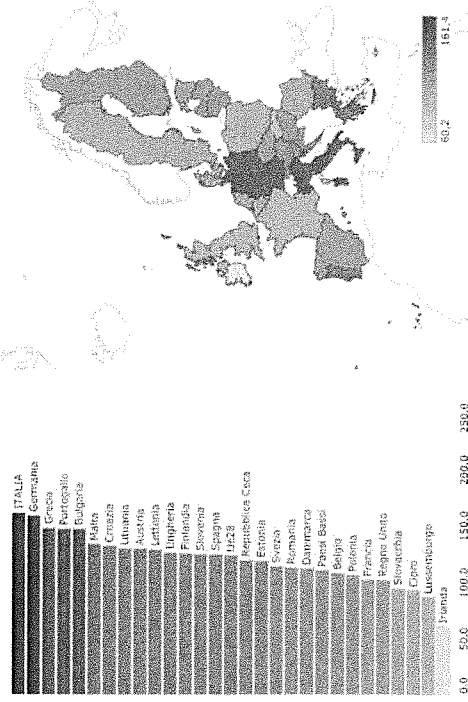
Premessa Epidemiologica

Il quadro epidemiologico emergente vede il progressivo invecchiamento della popolazione in tutto il mondo. Questa trasformazione demografica è strettamente connessa con l'incremento dell'attesa di vita alla nascita alla riduzione del tasso di mortalità alle diverse età, in particolare quella infantile e alle migliori condizioni igieniche e sanitarie. Il grafico a fianco mostra l'incremento della speranza di vita dal 1800 ad oggi di cinque nazioni di diversi continenti.

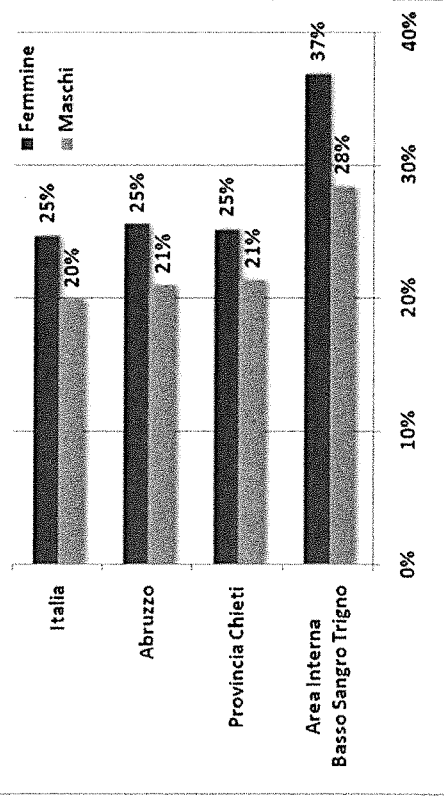


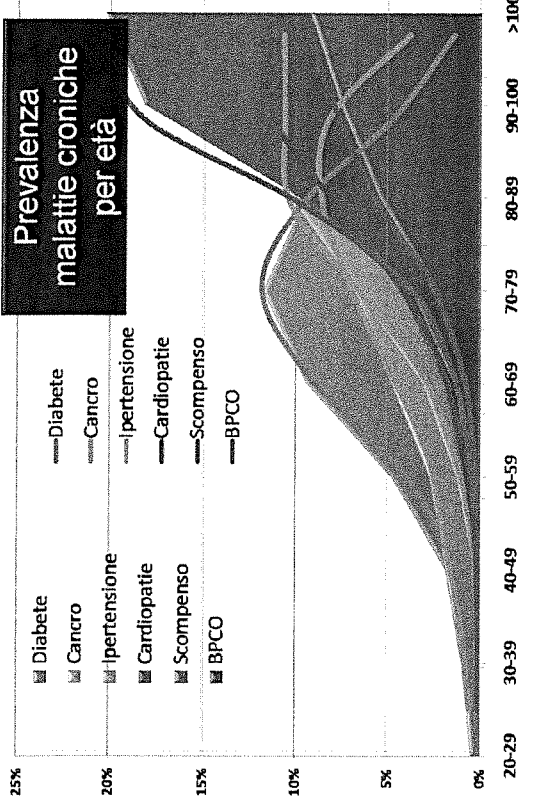
Nei prossimi anni l'invecchiamento demografico e l'aumento della speranza di vita faranno ulteriormente lievitare la domanda di cura: con il 21,8% dei cittadini over 65 e il 6,5% over 80, l'Italia è il Paese più vecchio in Europa e si posiziona al secondo posto nel mondo, preceduto solo dal Giappone. Si prevede che nel 2050 gli anziani sopra i 65 anni saranno il 34,6% della popolazione, mentre gli ultraottantenni raggiungeranno quota 14,9%. La popolazione dell'Area Interna Basso Sangro Trigno ha già oggi l'indice di vecchiaia atteso nel resto del Paese nel 2050.

Indice di vecchiaia



% > 65 anni a confronto

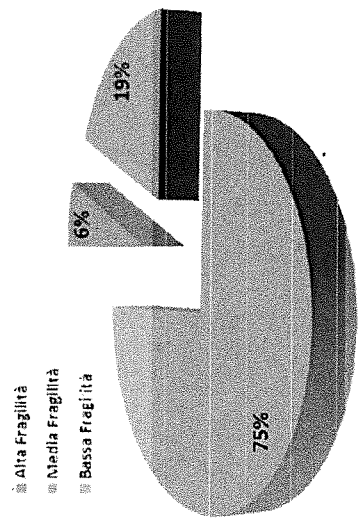




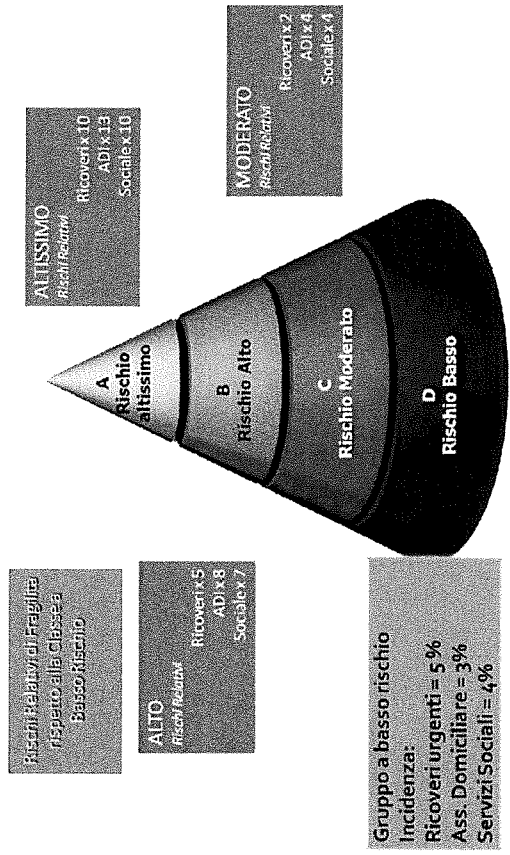
Conseguenza prevedibile di questo fenomeno: il prevalere di patologie cronico degenerative che possono condurre i soggetti ad un periodo variabile di non autosufficienza.

In questa prospettiva la nozione di malattia non è più adatta come descrittore (negativo) di salute e deve integrarsi in una struttura concettuale nuova: quella della fragilità assistenziale.

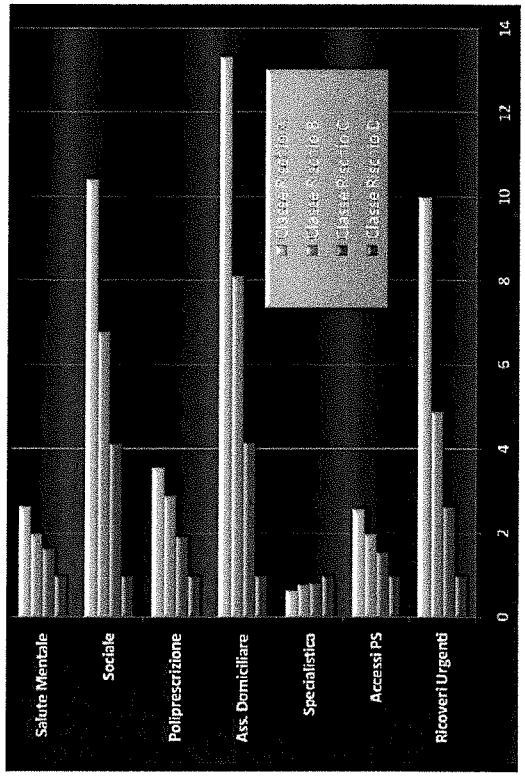
I pazienti con fragilità, non solo anziani, costituiscono la maggior parte dei ricoveri ospedalieri per acuti e hanno il tasso più alto di consultazione presso Medici Medici



Stratificazione per Fragilità della popolazione > 64 anni

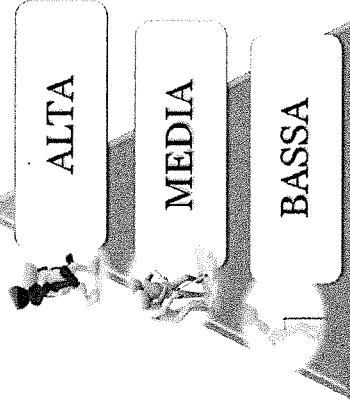


Uso dei Servizi delle persone fragili



raccomandazioni cliniche. Il termine fragilità assume sia una valenza epidemiologica (evidenzia il rischio di incorrere in un evento critico), che un aspetto assistenziale, cioè la somministrazione/esecuzione di terapie e controlli periodici a lungo termine che prevedono la presa in carico pro-attiva e il monitoraggio periodico di parametri clinici e sei sintomi di aggravamento (essendo appunto il soggetto a rischio). La fragilità induce il potenziamento della capacità di proposta dell'Assistenza Primaria, la ridefinizione, qualificazione e sviluppo delle cure domiciliari, l'attivazione della presa in carico dei pazienti con patologie croniche sia dal punto di vista clinico, cioè delle indagini diagnostiche e delle prescrizioni terapeutiche da parte dei MMG, sia della cura da parte degli infermieri, che si occupano del punto di vista assistenziale, di monitorare la corretta esecuzione dei trattamenti e di una vita equilibrata. Il concetto di fragilità determina una riqualificazione e uno sviluppo delle cure intermedie, anche quelle più consolidate: le dimissioni protette, la rete delle strutture residenziali e semiresidenziali, l'assistenza domiciliare, le attività riabilitative, le cure palliative, i servizi per la salute mentale e delle dipendenze patologiche; inducono un ripensamento integrato, centrato sulla

Rischio di Fragilità



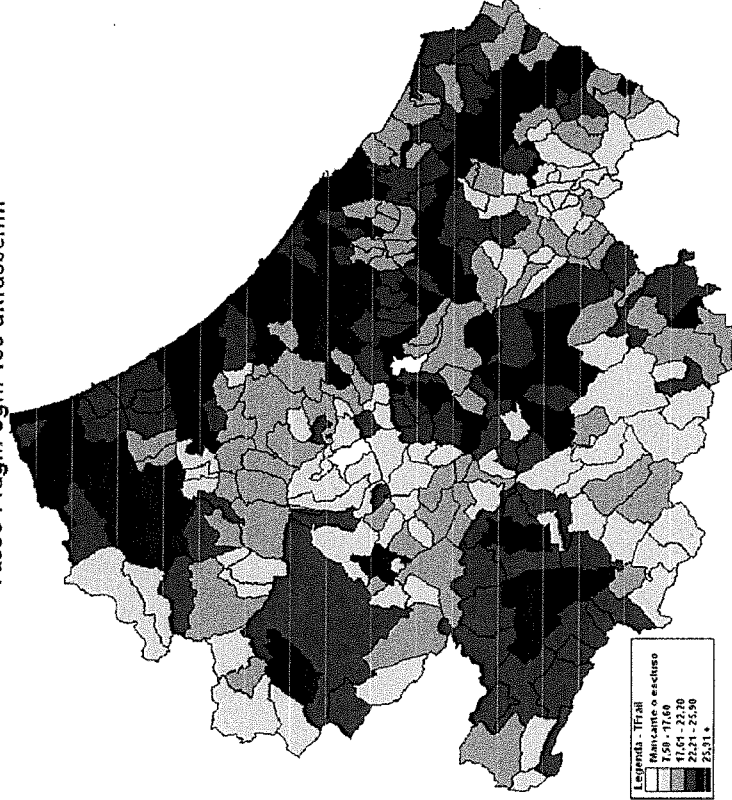
Presa in carico del Case Manager, che identifica pressoché tutte le persone più vulnerabili, ne coordina il piano di cura con l'obiettivo di affrontare i problemi prima che si aggravino.
Indice di rischio: [compagnosociala.it/a.3](#)

Presa in carico del Disease Manager che avrà il compito di coinvolgere i soggetti affetti da malattie croniche per la corretta gestione della patologia.
Indice di rischio: [compagnosociala.it/a.3](#)

Fornitura dei servizi per individuare e correggere la mancata aderenza alle prescrizioni terapeutiche, al fine di promuovere la prevenzione, l'educazione e l'informazione sanitaria.
Rete della popolazione con età >= 60 anni

"Il cuore del sistema è offrire una diversa modalità di presa in carico assistenziale in funzione del livello di rischio"

Tasso Fragili ogni 100 ultra60enni

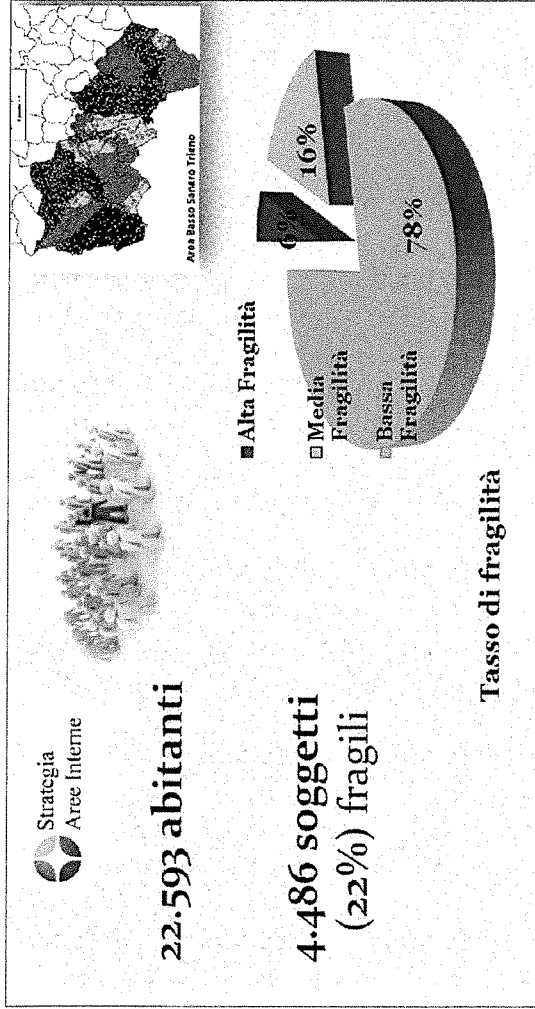


persona, dell'utilizzo dei servizi per la non autosufficienza.

L'elemento critico che collega la fragilità del soggetto con l'assistenza ad esso dedicata è la **incapacità a mantenere alta l'aderenza al trattamento o alle raccomandazioni mediche**, che derivano da motivazioni che possono essere classificate in due categorie: intenzionali o non intenzionali.

La non aderenza per cause non intenzionali avviene quando il paziente vuole seguire il trattamento, ma è ostacolato da impedimenti quali:

- scarsa comprensione
- difficoltà a seguire istruzioni
- difficoltà economiche o di sostegno



- difficoltà di memoria

- problemi a usare il trattamento

La non aderenza per cause intenzionali avviene quando il paziente decide di non seguire il trattamento e quindi non ha compreso in modo esaustivo il vantaggio del trattamento oppure ha delle motivazioni che vanno comprese e affrontate.

Laboratorio di presa in Cura della Fragilità è orientato a mettere in campo azioni volte ad aumentare l'adesione al trattamento e rafforzare le capacità di auto-gestione delle malattie croniche, centrate sulla persona fragile, in armonia con un modello operativo "a rete" nel quale si esplicano i processi di integrazione e i percorsi assistenziali centrati sul paziente, in modo da favorire l'accesso ai servizi, in modo appropriato ed efficace.

Il contributo dell'epidemiologia, in questa prospettiva, è quella di **individuare i soggetti fragili** a partire dalla

popolazione residente con un algoritmo statistico predittivo (validato nel 2011 dagli autori) che tiene conto della numerosità e della qualità dei ricoveri ospedalieri (variabile dipendente) e, per ora in fase di avvio, di una decina di variabili che misurano la correlazione delle patologie croniche (diabete mellito di tipo 2, bronco pneumopatia cronica ostruttiva [BPCO], scompenso cardiaco, ipertensione arteriosa e tumori in fase di remissione) con gli Accessi al PS, l'Assistenza Domiciliare (sanitaria e sociale), l'età, il genere, le prestazioni specialistiche ambulatoriali, i chilometri percorsi per recarsi in Ospedale e/o Pronto soccorso, l'esenzione ticket e la poli-prescrizione farmaceutica.

Il 79% presenta una o più **patologie croniche**;



sfavorevole verso l'insorgenza di eventi avversi alla salute, la non autosufficienza e il ricorso ai servizi sanitari. I dati qui esposti in questo paragrafo derivano dal calcolo che



probabilità di **ricoverarsi più di 20 volte di più** rispetto alla popolazione non fragile;



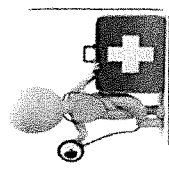
tasso di mortalità dei soggetti fragili 3 volte superiore al resto della popolazione;

L'algoritmo calcola un **indice predittivo** in grado di individuare i soggetti più fragili, cioè maggior-

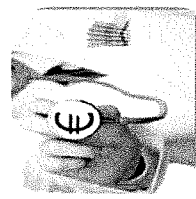
probabilità di fare più di 2 accessi al **Pronto Soccorso 14 volte superiore** rispetto alla pop. non fragile;



✓ Questi ricoveri ospedalieri sono 10 volte più in urgenza rispetto al resto della popolazione e per il 32% risultano ricoveri impropri

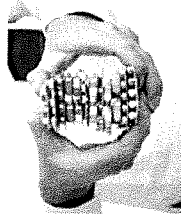


nitari e sociali, quindi direttamente correlabile al rischio di scarsa aderenza o vulnerabilità nel seguire correttamente e prescrizioni terapeutiche, i trattamenti e le raccomandazioni (per questo la chiamiamo Fragilità Assistenziale). Tale indice presenta vantaggi sia a livello manageriale (si vedano le applicazioni programmatricie adottate nel Piano strategico della Asl



✓ Il 22% fragile della popolazione assorbe il 58% delle risorse assistenziali complessive

è stato realizzato per la popolazione dei tre Distretti interni (Alto Vastese, Sangro-Aventino e Guardiagrele) della Asl2 Lanciano Vasto Chieti nel 2014 e, con una certa approssimazione in base ai dati disponibili della SDO, esenzioni ticket per patologia e Pronto Soccorso, applicati alla popolazione ultra 60enne della Regione Abruzzo nel 2015. Come viene evidenziato nelle tabelle successive il rischio di fragilità è direttamente proporzionale al ricorso ai servizi sa-



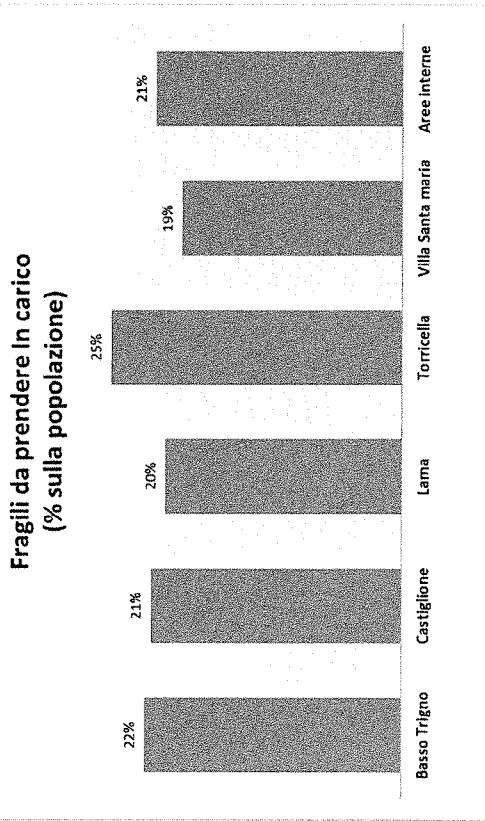
✓ Hanno probabilità avere una poliprescrizione di farmaci 3 volte superiore rispetto alla popolazione non fragile;

Lanciano Vasto Chieti 2016-2018), sia clinico - assistenziale: per fornire all'operatore sanitario un profilo socio-sanitario in grado di rimuovere gli ostacoli che si frappongono alla corretta adesione ai trattamenti

Presa in carico proattiva di 4.486 soggetti fragili

e raccomandazioni, guidare l'individuazione degli interventi proattivi e la scelta dei percorsi assistenziali del singolo paziente (case e disease management).

L'analisi degli indici di Fragilità della tabella alla pagina seguente, è stata condotta applicando un modello statistico di regressione logistica multipla con il software Epi Info. Il set di dati presi in esame corrisponde alla popolazione dei trentatré Comuni della Area Interna Basso Sangro-Trigno. La popolazione complessiva ammontava a 23.944 abitanti al 1 gennaio 2013, sono risultati appartenenti alla classe di alta fragilità 1351 soggetti (5,6%). Nella tabella di seguito sono elencati gli indici presi in considerazione per confrontare la popolazione con alta fragilità della Area Interna Basso Sangro-Trigno con il resto della popolazione (22.593). Sono elencate 15 variabili correlate con la fragilità, a cui corrisponde un Odds Ratio significativamente superiore a 1 (cioè il valore di uguaglianza dei rischi tra le popolazioni che



non è ricompreso nell'intervallo di confidenza al 95%).

Le nozioni tecniche per comprendere gli indicatori rappresentati in tabella 1, a guida della corretta interpretazione delle evidenze sono elencate di seguito:

- La tabella mette a confronto due sottopopolazioni, una comprende le persone ritenute ad alta fragilità (1351 soggetti), secondo il modello, e l'altra tutte le altre che rientrano nella popolazione dell'Area Interna Basso Sangro-Trigno (22.593 abitanti).
- L'età media nella popolazione dei fragili è di 80,4 anni, quella del restante della popolazione di 51,8 anni.

- La differenza di età tra le due popolazioni è 1,27 volte più alta nei fragili, per ciascun anno di età in più dei soggetti, cioè per ogni anno in più un soggetto appartenente alla popolazione fragile ha un rischio del 27% in più di uno della popolazione non fragile a parità di età.
- Questa affermazione è significativa, cioè valida, poiché nell'intervallo di confidenza al 95% (1,24-1,30) non è compreso il valore 1.
- Con la stessa logica, i decessi sono avvenuti 1,93 volte (quasi due volte), più nei fragili che nei non fragili, la poliprescrizione farmaceutica 8,4 volte, ecc.. Il grafico successivo mostra i valori dell'Odds Ratio per tutti i fattori comparati fra loro.

I fattori elencati vanno interpretati come correlati alla condizione di fragilità, la loro presenza in un individuo è indice di una maggiore probabilità di essere fragile, non tutti devono essere presenti, né in egual misura, ma concorrono alla condizione di fragilità, che viene definita unicamente in base alla visione epidemiologica, cioè dall'insieme della popolazione (solo in funzione dell'appartenenza ad una certa popolazione si può definire un soggetto fragile, dal punto di vista epidemiologico).

Fattori correlati alla fragilità della Area Interna Basso Sangro-Trigno

Indice	Fragili	Resto popolazione	Odds Ratio	Intervallo Confidenza 95%
Popolazione totale (valore assoluto)	1.351	22.593		
Età media	80,4	51,8	1,27	1,24 - 1,30
Genere femminile	52,2	51,4	1,38	1,02 - 1,86
Numero medio malattie croniche	1,5	1,3		
Punteggio medio rischio di fragilità	10,4	4,4		
Tasso decessi	20,4	6,9	1,93	1,04 - 3,61
Tasso poliprescrizione farmaci	81,2	26,2	8,45	3,96 - 18,07
Soggetti che ha percorso più di 30 Km per raggiungere l'ospedale	99,7	13,7	7,38	1,63 - 13,36
Soggetti che ha percorso più di 30 Km per raggiungere il Pronto Soccorso	63,5	14,6	3,29	2,35 - 4,60
Più di 2 accessi al PS in ADI	22,1	1,6	5,25	2,58 - 9,69
Con più di 60 prestazioni specialistiche	23,2	2,9	3,09	1,62 - 5,89
Con più di 2 ricoveri ospedalieri	40,6	6,9	8,11	5,61 - 11,74
Ricoveri Urgenti	46,0	0,7	15,83	6,38 - 39,28
Ricoveri Impropri (trattabili a domicilio)	75,6	7,1	1,35	0,96 - 1,91
Ricoveri Urgenti >2 o Ricovero Improprio o Decesso	31,6	4,8	0,57	0,40 - 0,81
	51,5	11,6	4,46	4,19 - 4,75

Il modello di presa in cura

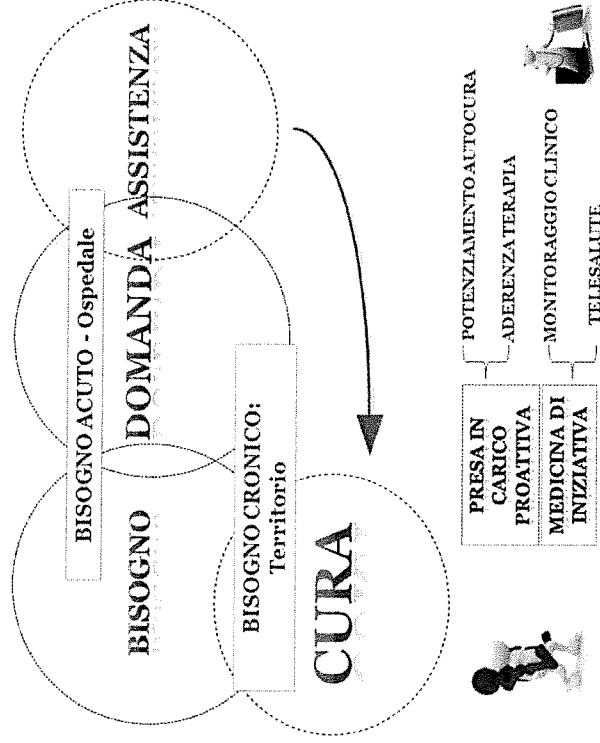
Il modello di riferimento a cui è ispirato il presente programma tra origine dal **Piano Nazionale della Cronicità** (Accordo Stato-Regioni CSR n.160 del 15/09/2016), che tra le macroattività e linee di intervento proposte, ai fini della presa in carico e gestione del paziente cronico attraverso il piano di cura, prevede tra gli altri:

- la riorganizzazione delle attività dei Medici di Medicina Generale (MMG);
- la realizzazione di un censimento dell'offerta, dal punto di vista strutturale, organizzativo e delle risorse (umane, strumentali, dei servizi);
- la creazione di una rete assistenziale a forte integrazione sul territorio;
- il potenziamento dell'assistenza sul territorio;
- l'offerta di una assistenza ospedaliera finalizzata alla cronicità;
- la creazione di una rete di strutture che assicurino la continuità assistenziale;
- l'utilizzazione di indicatori che permettano la valutazione periodica della performance e della qualità dell'assistenza;

Il modello sotteso alla presa in cura del Piano Nazionale della Cronicità segue una linea di intervento che trasforma il significato di assistenza per acuti in quello di cura (patrimonio proprio dei servizi territoriali). Il tradizionale percorso che dal bisogno percepito porta alla formulazione di una domanda di assistenza generata da un bisogno acuto determina l'erogazione di assistenza prevalentemente ospedaliera, tranne per le criticità a bassa complessità e le urgenze differibili che possono essere soddisfatte dall'ambulatorio di Continuità assistenziale. L'attività preponderante dell'assistenza territoriale è quindi orientata a soddisfare bisogni di malattie croniche, prevedibili e programmabili, che ricadono su un paradigma non più di attesa, ma di iniziativa, predittiva/preventiva. Quindi soprattutto orientate alle Cure Primarie, che si realizzano nel momento stesso in cui è il servizio sanitario che va dalla persona e gli propone attivamente le cure assistenziali di cui ha bisogno, con un modello che ripercorre la attività di prevenzione (screening). Le cure primarie si articolano in attività di presa in carico attiva del sostegno all'auto cura e all'aderenza alla terapia e in medicina di iniziativa di monitoraggio clinico e telemedicina.

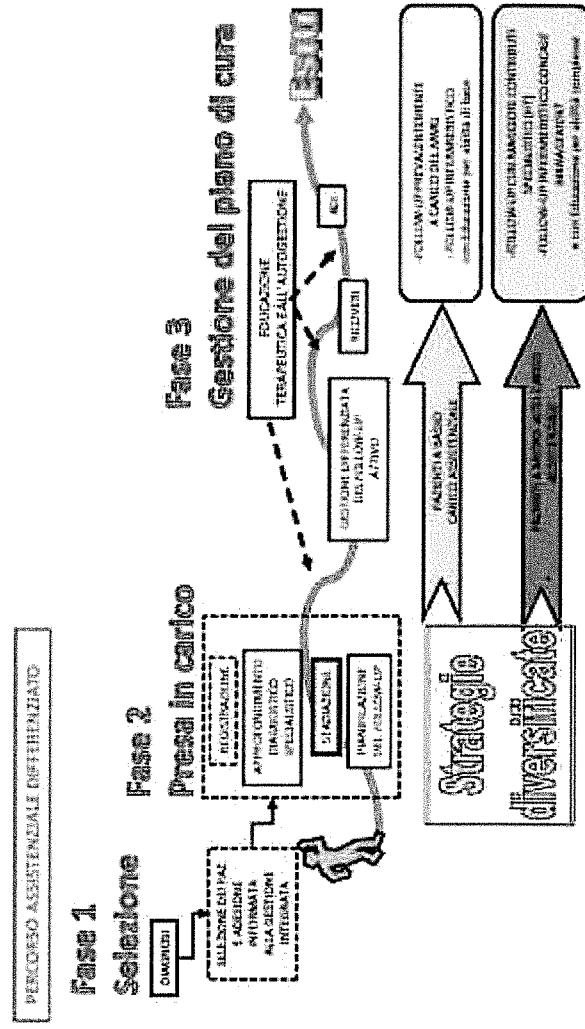
ELEMENTI COMUNI AI MODELLI REGIONALI PER LA PRESA IN CARICO DEI SOGGETTI CRONICI (dal Piano Nazionale Cronicità)

1. La necessità di superare la frammentazione dell'assistenza sanitaria nel territorio. Da questo punto di vista, uno degli aspetti su cui ricercatori, operatori e decisori nel settore della sanità hanno posto molta attenzione nel corso degli ultimi anni è la continuità dell'assistenza, che permette una risposta adeguata, in termini di efficacia dell'assistenza, efficienza gestionale e appropriatezza, soprattutto per il trattamento di tutti quei pazienti affetti da patologie in cui la presenza di situazioni di comorbidità, fragilità e non-autosufficienza richiede l'adozione di un approccio integrato e multidisciplinare.
2. L'adozione di modalità operative per favorire il passaggio da un'assistenza "reattiva" a un'assistenza "proattiva" da parte delle medicina generale,



quale modalità operativa in cui le consuete attività cliniche ed assistenziali sono integrate e rafforzate da interventi programmati di follow-up sulla base del percorso previsto per una determinata patologia.

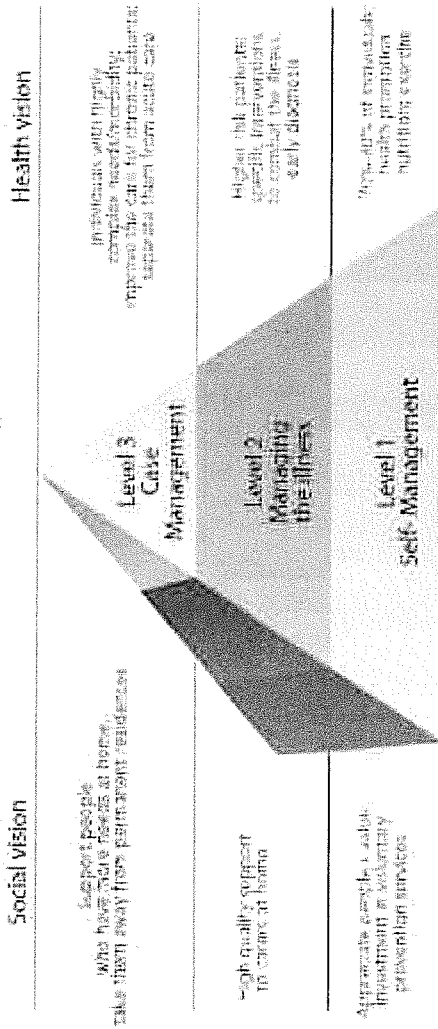
3. Una **assistenza basata sulla popolazione**, sulla **stratificazione del rischio** e su differenti livelli di intensità assistenziale, riprendendo anche le indicazioni sulla caratterizzazione delle cure che sono alla base dei flussi dell'assistenza territoriale e, ove utilizzabili, dell'assistenza socio-assistenziale. Tra gli esempi il Sistema informativo nazionale per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare (SIAD), il Sistema Informativo nazionale per il monitoraggio dell'Assistenza Residenziale e Semiresidenziale (FAR). Inoltre, ove possibile, si utilizza il linkaggio con altre banche dati (farmaceutica, specialistica, pronto soccorso ecc)
4. Il riconoscimento che l'**assistenza primaria rappresenta il punto centrale (hub)** dei processi assistenziali con forti collegamenti con il resto del sistema, con un ruolo cardine svolto dal distretto. Il distretto rappresenta l'ambito ove si valuta il fabbisogno e la domanda di salute della popolazione di riferimento rilevata dai professionisti, e riveste un ruolo di tutela e programmazione. Importante è che ci sia un ruolo di governance, intesa come cornice organizzativa e gestionale, chiaro ed esplicito, sia a livello regionale che aziendale.
5. Una maggiore caratterizzazione e definizione delle **diverse figure professionali**, mediche e non, a partire dalla figura centrale del Medico di medicina generale (MMG).
6. La possibilità di definire **sedes fisiche di prossimità** sul territorio per l'accesso e l'erogazione dei servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali rivolti alla popolazione di pazienti cronici.
7. La presenza di **sistemi informativi evoluti** in grado di leggere i percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) al fine di monitorare e valutare l'assistenza erogata al paziente cronico.²² In particolare, i sistemi informativi potrebbero svolgere tre importanti funzioni:
 - sistema di allerta che aiuta il team ad attenersi e conformarsi alle linee guida;
 - feedback per i medici, mostrando i livelli di performance nei confronti degli indicatori delle malattie croniche;
 - registri di patologia per pianificare l'assistenza al singolo paziente e per amministrare un'assistenza "population-based".



Pyramid defined by King's Fund in the United Kingdom

Pyramid defined by King's Fund in the United Kingdom

Adapt the service to the individual



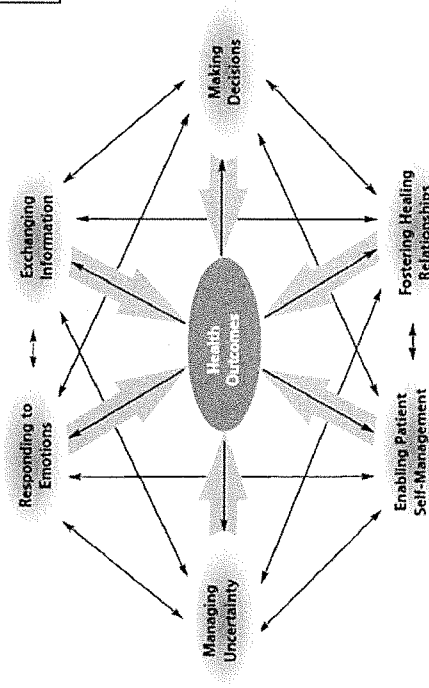
8. L'utilizzo di linee guida in grado di tener conto della comorbilità e della complessità assistenziale. Risulta fondamentale, infatti: integrare le linee guida basate sull'evidenza con le attività cliniche quotidiane; condividere le linee guida basate sull'evidenza e le informazioni con i pazienti per incoraggiare la loro partecipazione; utilizzare metodi di insegnamento efficaci.

9. L'integrazione socio-sanitaria e team multi-professionali che puntano al miglioramento continuo, mediante integrazione tra MMG, infermieri, specialisti, altre professioni sanitarie e sociali in grado di prendersi carico di gruppi di popolazione e di garantire loro una continuità assistenziale integrata. Ciò comporta una diversa organizzazione della medicina generale, basata su modelli che privilegiano l'attività in associazione (Aggregazioni Funzionali Territoriali - AFT - e Unità Complesse di Cure Primarie - UCCP - come previste dalla Legge n.189 del 2012 e dal Patto per la Salute 2014-2016);

10. L'investimento su auto-gestione ed empowerment in modo da aiutare i pazienti e le loro famiglie ad acquisire abilità e fiducia nella gestione della malattia, procurando gli strumenti necessari e valutando regolarmente i risultati e i problemi. Le evidenze scientifiche dimostrano che i malati cronici, quando ricevono un trattamento integrato e un supporto al self-management e al follow-up, migliorano e ricorrono meno all'assistenza ospedaliera. È importante enfatizzare il ruolo centrale del paziente nella gestione della propria salute; usare efficaci strategie di supporto auto-gestite che includano valutazione, definizione degli obiettivi, pianificazione delle azioni, risoluzione dei problemi e follow-up; organizzare risorse interne e sociali per fornire un continuo sostegno ai pazienti. Per le patologie croniche, i pazienti stessi diventano i principali Caregiver. Le persone convivono con le malattie croniche per lunghi anni e la maggior parte di loro può essere educato a gestire la patologia, e buona parte di tale gestione (dieta, esercizi fisici, utilizzo di farmaci) è sotto il controllo diretto del paziente.

11. L'uniformità ed equità di assistenza ai cittadini. Il punto è di particolare rilievo in quanto i diversi modelli organizzativi regionali dovrebbero tenere conto della difficoltà di accesso alle cure da parte dei cittadini. Si tratta di un sistema in evoluzione che richiede una forte integrazione tra i diversi setting assistenziali.

Figure 2.1 The six core functions of patient-clinician communication overlap and interact to produce communication that can affect important health outcomes.



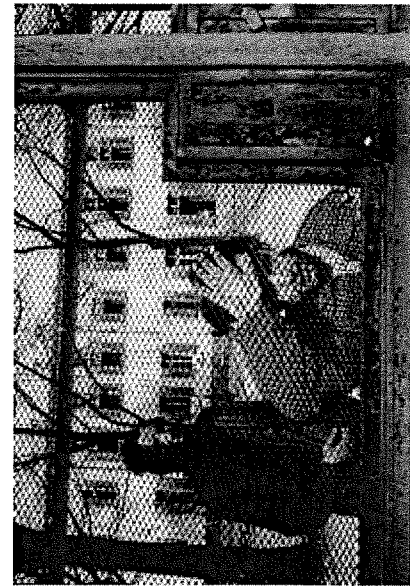
- Funzioni chiave per la relazione centrata sulla persona (National Cancer Institute U.S.):
1. la crescita delle relazioni di cura;
 2. lo scambio di informazioni;
 3. la risposta alle emozioni;
 4. la gestione dell'incertezza;
 5. prendere le decisioni;
 6. supportare il self-management

Una tale visione richiama apertamente la questione dell'assistenza centrata sulla persona ("person-centred" care), ripresa dall'ultimo World Health Report (WHO 2008) che invita ad abbandonare il Modello paternalistico (in cui le persone non sono competenti e vengono tutelate dal servizio sanitario), verso l'affermazione di un Modello dell'empowerment, in cui le persone sono competenti e il sistema promuove e valorizza le competenze perché le persone possano effettuare scelte consapevoli e autonome. Una monografia del National Cancer Institute (U.S. Department of Health and Human Services - 2007) evidenzia sei aspetti misurabili dell'assistenza centrata sulla persona.

L'impatto sull'assistenza sanitaria e sociale, per aiutare le persone fragili, attualmente, con servizi e prestazioni frammentate ed episodiche, è significativamente elevato, in particolare l'assistenza ospedaliera si fa carico attualmente da circa il 40% al 60% della cronicità in regime di ricovero ordinario, con uno spreco enorme di risorse economiche e tradizionalmente erogata in base ad una richiesta da parte della persona che soffre di un'aggravazione o una complicità della patologia ed è, per ciò stesso, episodica e scarsamente pianificata. Questo comporta spesso un uso improprio dei servizi di assistenza di secondo e terzo livello e una risposta di limitata efficacia. Il trend demografico, la nuova caratterizzazione epidemiologica e il tumultuoso sviluppo tecnologico hanno determinato una domanda di servizi che sempre più spesso necessita invece di una "presa in carico globale" del paziente.

Gli interventi che mirano a mantenere o migliorare l'autonomia dovrebbero però essere offerti solo a persone selezionate, quelle persone che, senza di essi, andrebbero incontro ad un crescente bisogno di assistenza socio-sanitaria. Sarebbe quindi ottimale per gli operatori conoscere in anticipo il *rischio* (inteso come probabilità di incorrere in un evento avverso, come per esempio il ricovero urgente, la non autosufficienza o la morte) di ogni singolo individuo in modo da attivare degli interventi di prevenzione (promozione del self care) e/o di presa in carico (disease e case management) tempestivi ed appropriati. Il grado di rischio del singolo individuo è quindi un chiaro esempio di come un dato diventa una informazione strategica "perché è capace di modificare la probabilità delle decisioni".

Ospedale psichiatrico di Gorizia 1961



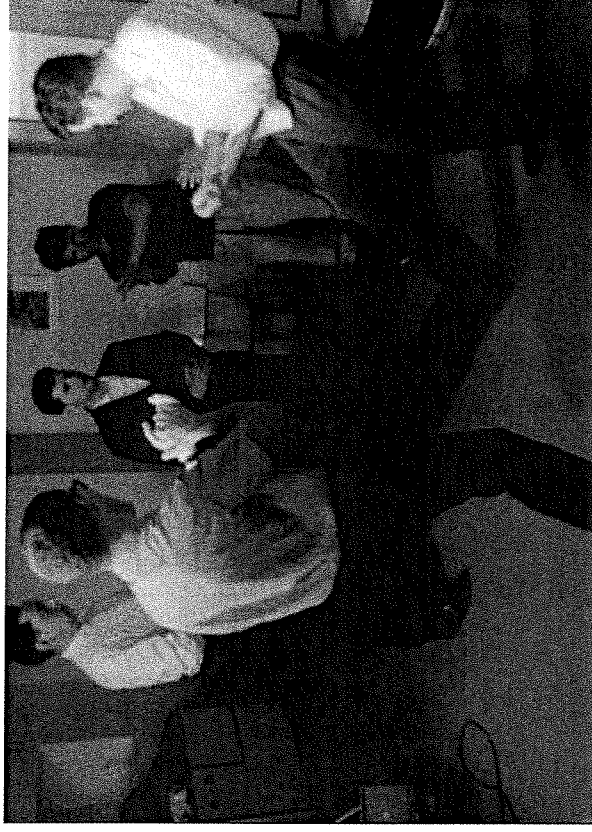
U.O.C. Integrazione Ospedale Territorio

In tale prospettiva la chiave del modello di presa in cura è garantita innanzitutto dal rispetto della persona e dalla integrazione dei servizi sociali e sanitari. L'integrazione della programmazione sociale con quella sanitaria costituisce un pilastro fondamentale di garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza, ai sensi dell'art.3 septies del D.L. 502/92 e s.m.i. e relativi regolamenti attuativi (DPCM LEA del 12/01/2017 pubblicato su G.U. il 19/03/2017). In particolare la stipula della Convenzione socio-sanitaria tra Ambito Distrettuale Sociale e Azienda Sanitaria Locale (prevista dalle Linee Guida attuative del Piano Sociale Regionale 2016-2018 di cui alla DGR n. 191 del 13/04/2017) consente di definire i servizi oggetto di potenziamento, le risorse di rispettiva afferenza (sociale e sanitaria) e le modalità di integrazione e di organizzazione delle medesime.

Gli obiettivi del Programma degli interventi – "2.1 Laboratorio di presa in cura della fragilità" e 2.2 - Rete territoriale di servizi socio-sanitari assistenziali", contenuti nel DGR n. 99 del 28/02/2017 – Strategia Area Basso Sangro Trigno (riportati nelle pagine successive) sono integrati in intervento di carattere socio-sanitario secondo lo schema in questa pagina.



Piano Strategico Salute 2018-2020 Area Interna Basso Sangro Trigno



Ospedale psichiatrico di Gorizia 1961

<i>"Rete territoriale di servizi socio-sanitari assistenziali" (Codice intervento 2.2)</i>	<i>"Laboratorio di presa in cura della fragilità" (Codice intervento 2.1)</i>
3. Sistema informativo sociale e socio-sanitario	10. Registro epidemiologico fragilità assistenziale (REFA)
5. Volontariato in rete	3. AFT dei MMG
7. Monitoraggio elettronico ADI	4. L'ambulatorio Infermieristico della Fragilità
6. Telesorveglianza e telecontrollo	8. Nuove tecnologie e programmi di tele-salute
2. Palestra della mente	11. Montessori per la demenza

Programma degli interventi

CODICE INTERVENTO 2.1 - LABORATORIO DI PRESA IN CARICO DELLA FRAGILITÀ (PAG.71 - DGR N. 99 DEL 28/02/2017 – STRATEGIA AREA BASSO SANGRO TRIGNO)

Il potenziamento dell'offerta assistenziale territoriale, in coerenza con le linee di indirizzo fornite anche dal Piano Nazionale della Cronicità 2016, orienterà l'approccio verso modelli che determinano una maggiore responsabilizzazione della salute sia da parte dei pazienti che degli operatori. L'erogazione remota di servizi di assistenza pro-attiva con la tele salute, favorisce l'accessibilità selettiva e appropriata ai servizi, più difficoltosa nelle aree interne.

Nel dettaglio le iniziative sanitarie di cui sopra prevedono l'individuazione, la valutazione e la presa in carico di un gruppo specifico di persone fragili, in modalità proattiva dal punto di vista clinico (MMG) e assistenziale (Infermieri) secondo protocolli predefiniti (PDTA), offrendo loro una gamma di servizi di seguito indicati:

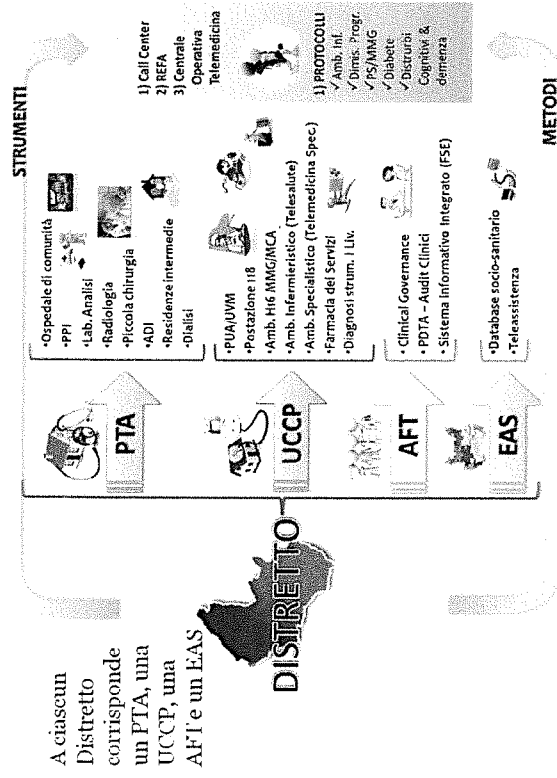
Ospedale psichiatrico di Gorizia 1961



Piano Strategico Salute 2018-2020 Area Interna Basso Sangro Trigno

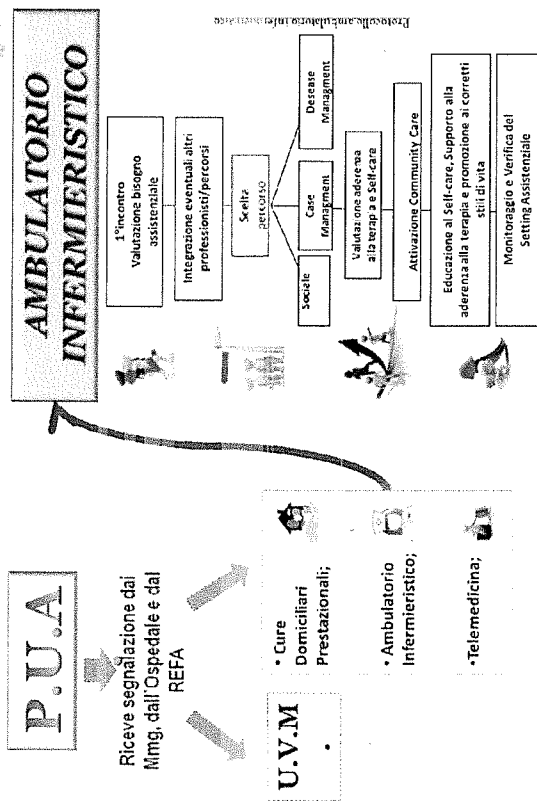


Rete Assistenza Territoriale



1. Potenziamento dei Presidi Territoriali Assistenziali (PTA) esistenti di Villa Santa Maria, Casoli e Gissi. Specialistica ambulatoriale ad accesso programmato, Ospedali di Comunità, Residenze per anziani, Centri Diurni e attrezzature biomediche;
2. Sulla base dei DCA nn. 16 e 17 dell'8 marzo 2016 e della delibera regionale di istituzione dell'UCCP, saranno aperti 5 ambulatori distaccati delle UCCP di Gissi e Casoli a Castiglione Messer Marino, Lama dei Peligni, Torricella Peligna, Villa Santa Maria, Basso Trigno, dove saranno erogate prestazioni multi-professionali, garantita la presenza di un MMG per le urgenze a bassa complessità di tutta la comunità di riferimento e la presa in carico dei soggetti fragili.
Le AFT dei MMG avvieranno un'attività di controllo (PDTA) per la presa in carico clinica delle patologie croniche con il modello del Disease e Case Management integrato con il sociale (vedi scheda 2.2 azione 5 "Volontariato in rete").
- 3.

PRESA IN CARICO PROATTIVA DELLA FRAGILITÀ



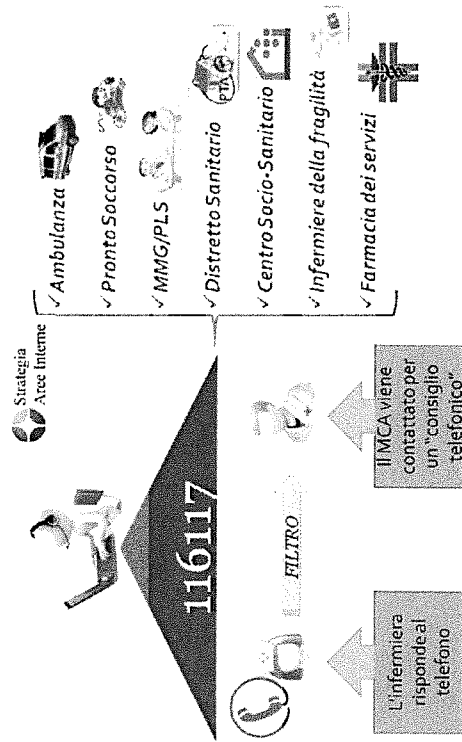
Ambulatorio Infermieristico

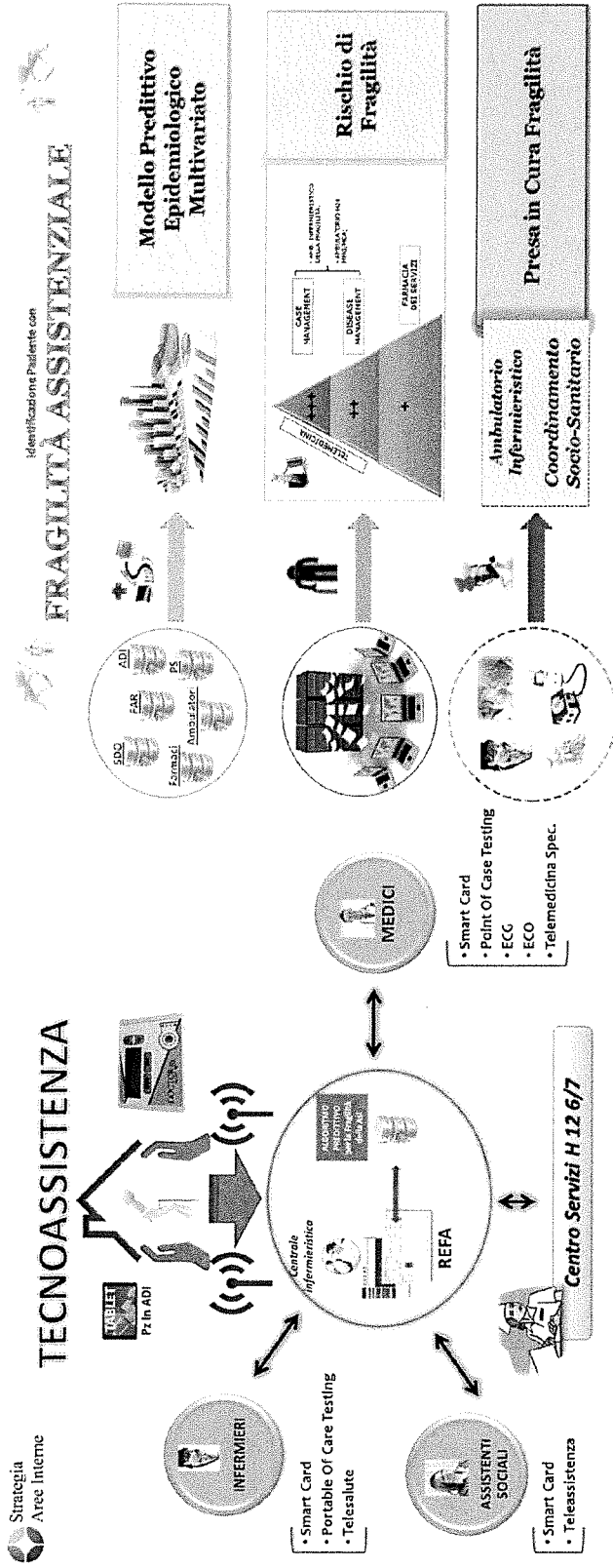
L'Infermiere della Fragilità, in sinergia con il MMG e con il Servizio di provenienza dell'utente inserito nel percorso:

- ✓ Valuta l'aderenza alla terapia *il rischio di fragilità è direttamente correlabile al rischio di scarsa aderenza a prescrizioni terapeutiche, i trattamenti e le raccomandazioni*
- ✓ Supporta il self-care *il paziente convivere con la sua malattia ed è solo nell'affrontarla*
- ✓ Verifica l'adozione di corretti stili di vita *il paziente ha bisogno di essere indirizzato, deve imparare a prendersi cura di sé stesso*

4. L'ambulatorio Infermieristico della Fragilità sarà presente in ogni sede distaccata, con il compito principale di valutare lo stato di fragilità assistenziale della popolazione, le cause della mancata aderenza ai trattamenti e rimuovere i fattori ostacolanti integrato con l'ADI sociale (vedi scheda 2.2 azione 7 "Monitoraggio elettronico ADI").
5. Il Servizio di emergenza-urgenza (118) per le risposte immediate e il trasporto tempestivo presso il PS/DEA, attive H24 nell'Area Interna Basso Sangro Trigno è già stato potenziato con 7 postazioni aggiuntive a partire dal 1° ottobre 2015 ubicate nei Comuni di: Lama dei Peligni, Torricella Peligna, Villa Santa Maria, Celenza sul Trigno, Carunchio, Torrebruna e Castiglione Messer Marino.
6. Potenziamento del PUA come sede di integrazione socio-sanitaria e con il call center 116117 dedicato all'accoglienza delle richieste di utenza diurne, coordinato con il 118 e il Call center sociale (vedi scheda 2.2 azione 1 "Call center"). Si configura come soluzione ai problemi di relazioni con i cittadini e come leva per il cambiamento dell'intero sistema di accesso ai servizi ospedalieri, vi operano l'Assistente Sociale dell'ADS e l'Infermiere del Distretto.
7. Le farmacie rurali dell'Area, con un'apposita convenzione, sosterranno l'aderenza alla terapia, limitando errori e danni di una cattiva gestione dei

Centro di ascolto





farmaci attraverso la somministrazione di un questionario on-line per ciascun paziente preso in carico tra quelli eleggibili identificati che si rivolgono presso la loro farmacia (Farmacia dei Servizi).

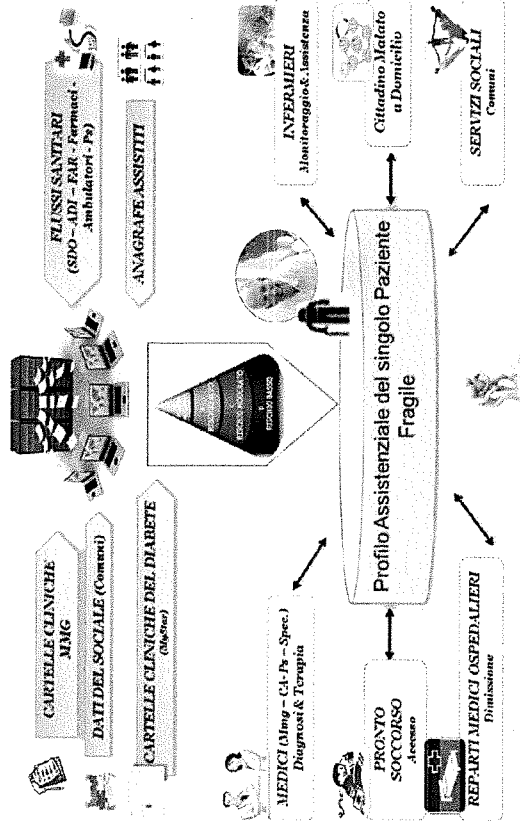
8. Le nuove tecnologie e programmi di tele-salute saranno attivati a supporto dell'UCCP per potenziare il costo-beneficio della gestione integrata tra ospedale e territorio di alcune condizioni cliniche, tra le quali lo scompenso cardiaco, le bronco pneumopatie croniche, il diabete. Sarà presente una centrale infermieristica (centro di ascolto remoto) H 12/7 ed un portale assistenziale, accessibile via web con credenziali certificate da parte degli utenti autorizzati coordinato con il sociale (vedi scheda 2.2 azione 6 "Telesorveglianza e Telecontrollo").

9. Promozione di attività di formazione e riqualificazione del personale medico, infermieristico, sociale e tecnico coinvolto sulle caratteristiche costitutive dell'UCCP e della presa in carico attiva dei pazienti fragili.

10. Il Registro epidemiologico fragilità assistenziale (REFA) è una piattaforma informativa che avrà la funzione di supportare l'attività di iniziativa della UCCP (chiamata attiva, agenda, monitoraggio), di valutare il servizio (report periodici ed analisi ad hoc), di scambiare e condividere informazioni con PUA/UVM, Sportello sociale dei Comuni, Pronto Soc-

Registro Epidemiologico della Fragilità Assistenziale

REFA



corso, Reparti ospedalieri medici. Costituirà la base informativa per audit clinici periodici. Il REFA contiene un algoritmo predittivo che permette in ciascun momento di calcolare un punteggio di fragilità per ciascun paziente in base all'utilizzo dei servizi e delle terapie degli ultimi mesi. Il Registro si integra con i dati sociali a disposizione dei Comuni e degli Ambiti Sociali e dei dati sanitari a disposizione dei DSB per l'attivazione di un sistema di buone prassi, con strumenti comuni e linguaggi omogenei tra gli operatori dei servizi sanitari e sociali in un'ottica di rete che garantisca interventi efficaci e ottimizzazione delle risorse (vedi scheda 2.2 azione 3 "Sistema informativo sociale e socio-sanitario"). L'azione è collegata anche alla scheda 4.6 "Servizi digitali della PA verso cittadini e imprese".

11. Offerta della consulenza educativa Montessori (comprensiva dei materiali) alle donne che partoriscono. L'intervento è stato possibile nell'ambito di un progetto di formazione delle ostetriche e di tutte le figure professionali incluse nel servizio Materno Infantile. La formazione, ancora in corso, è praticata sul campo con incontri con operatori-madri-neonati volto a integrare i principi di libertà e autonomia dell'educazione montessoriana già alla nascita e dopo il parto. A ciascuna donna (ostetrica o mamma) sono offerti incontri della durata da una a tre ore. Sono stati effettuati incontri a Palena, Torrebruna, Atesa, Casoli, Lama dei Peligni,



Laboratorio Fragilità Basso Sangro Trigno

Relazione del primo atto di sperimentazione

Metodo Montessori e Fragilità



Il Programma Montessori per la Demenza: oltre il trattamento farmacologico delle demenze

10/02/2018 11:48:17

Origins of Montessori Programming for Dementia.

Carla Di...

A Systematic Review of Montessori-Based Activities for Persons With Dementia.

STEFANIA VACCARO, PH.D.

FIND DEMENTIA CARE

OUR BLOG

Why the Montessori Method is Becoming a Popular Treatment for Dementia



alzheimer.net

OUR BLOG

Why the Montessori Method is Becoming a Popular Treatment for Dementia

Lanciano, Chieti e San Vito. Sono una ventina le ostetriche che stanno partecipando alla formazione, e si sono rivelate molto curiose e contente, così come le donne avviate al percorso nascita montessoriano, attraverso l'allestimento di ambienti preparati nei consultori dell'Area.

La formazione Montessori si integra con la scheda 2.2 azione "Palestra della mente".

Ore dedicate dall'attività montessoriana settembre 2017-giugno 2018 per sede e soggetti

Ore montessoriane dedicate	Infermiere				Totale Orario
	Bambini	Mamme	Ostetriche	pediatriche Medici	
Consultorio Atesa	-	16	8	-	24
Consultorio Casoli	1	3	7	6	24
Consultorio Chieti	-	-	3	-	3
Consultorio Lanciano	11	47	5	-	63
Consultorio San Vito	0	0	14	4	19
Ospedale Chieti	69	68	9	18	166
Ospedale Lanciano	90	99	43	10	248
Ospedale Vasto	19	20	14	9	64
Totale	183	280	93	40	610

CODICE INTERVENTO 2.2 - RETE TERRITORIALE DI SERVIZI SOCIO-SANITARI ASSISTENZIALI" (PAG.77 - DGR N. 99 DEL 28/02/2017 - STRATEGIA AREA BASSO SANGRO TRIGNO)

1. Call Center

- Individuazione e formazione n. 2 operatori (uno con competenze sociali e l'altro con competenze sanitarie) per il presidio della postazione di call center, da installare in uno dei punti unici di accesso.
- Implementazione piattaforma tecnologica "call center".

L'attività si integra con il call center 116117 del PUA e con il 118 (vedi scheda 2.1 servizio 6). Nel Call center vi operano anche l'Assistente Sociale dell'ADS e l'Infermiere del Distretto.

U.O.C. Integrazione Ospedale Territorio

2. Palestra della mente

- Attivazione di laboratori dell'orientamento, del linguaggio, dell'attenzione, sul riconoscimento tattile, visivo e sonoro, sulla memoria autobiografica e dell'attività prassico-motoria per mezzo del metodo educativo Montessori;
- Attivazione di gruppi ascolto, colloqui individuali, colloqui di gruppo, Focus group;
- Giornate formative, Giornate informative, Giornate di approfondimento rispetto a casi particolari.

L'azione si integra con l'offerta della consulenza educativa Montessori (comprensiva dei materiali) prevista nella scheda 2.1 servizio 11.

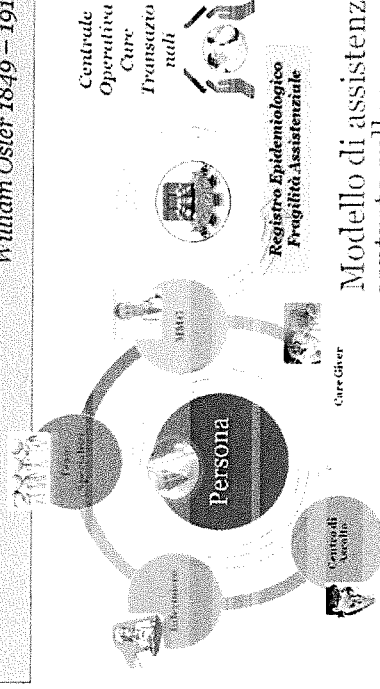
3. Sistema informativo sociale e socio-sanitario

- Messa in rete dei dati sociali a disposizione dei Comuni e degli Ambiti Sociali e dei dati sanitari a disposizione dei DSB per l'attivazione di un sistema di buone prassi, con strumenti comuni e

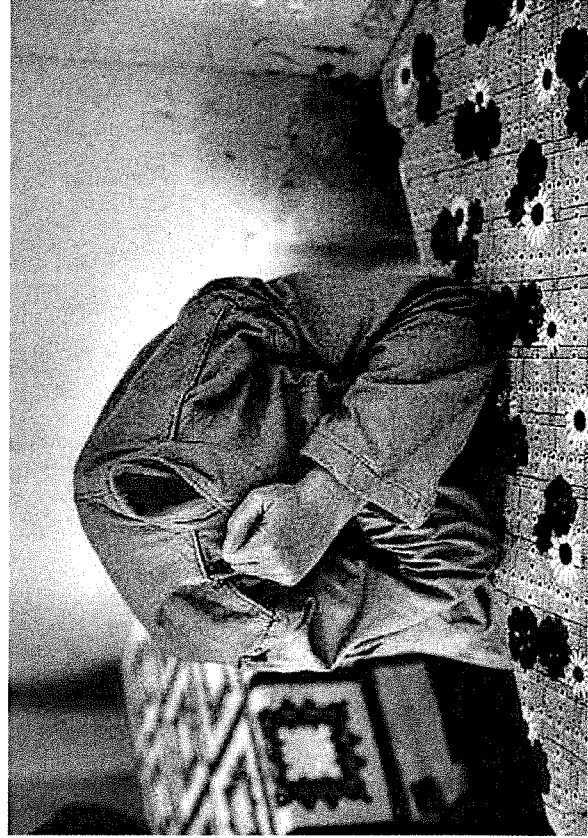
Primary Health Care: Now More Than Ever - WHO 2008

E molto più importante conoscere quale tipo di persona ha una malattia piuttosto che quale tipo di malattia ha una persona.

William Osler 1849 - 1919



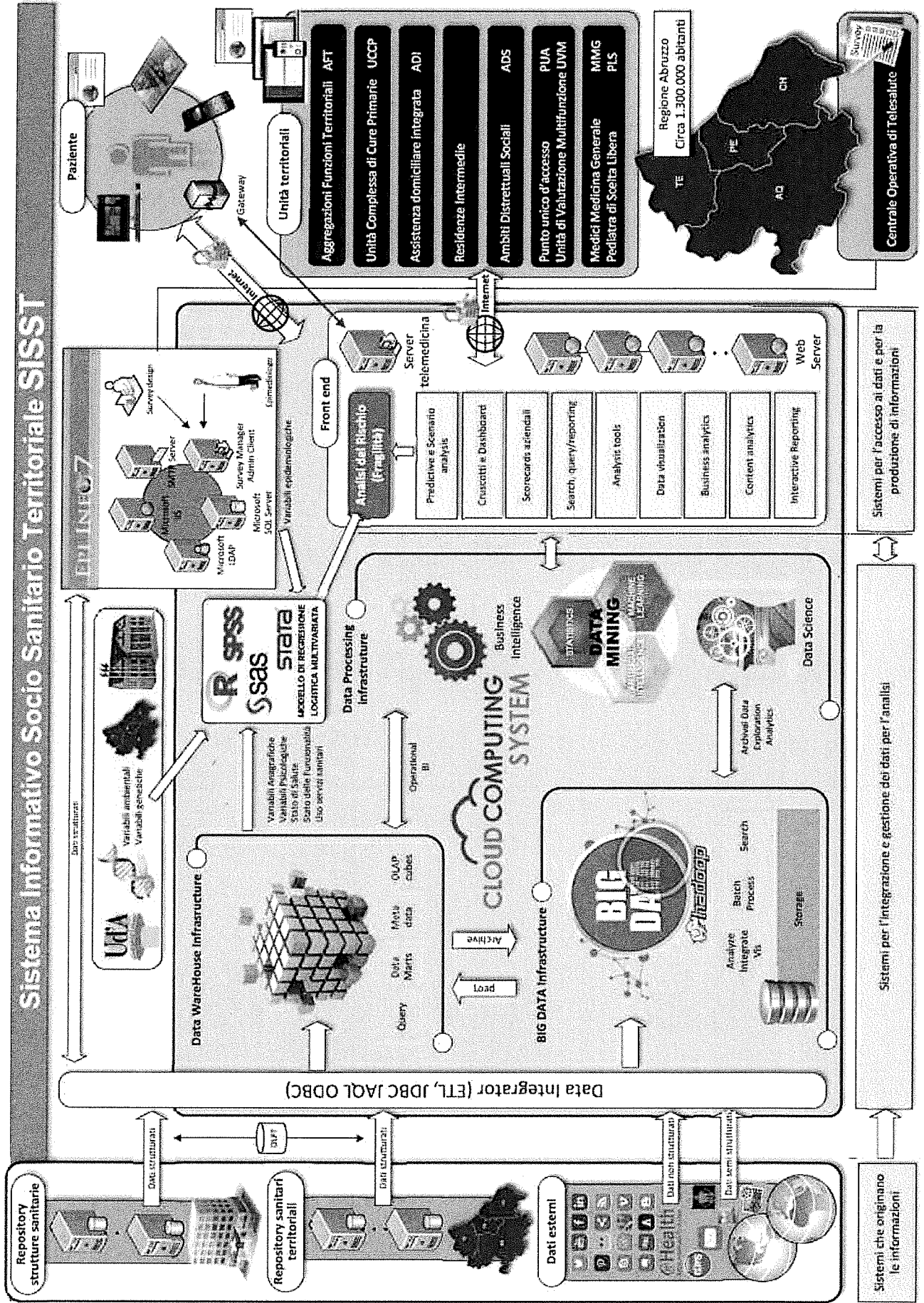
Modello di assistenza centrato sulla persona



linguaggi omogenei tra gli operatori dei servizi sanitari e sociali in un'ottica di rete che garantisca interventi efficaci e ottimizzazione delle risorse. L'azione si integra con il Registro epidemiologico fragilità assistenziale (REFA), piattaforma informativa con la funzione di supportare l'attività di iniziativa della UCCP (chiamata attiva, agenda, monitoraggio), di valutare il servizio (report periodici ed analisi ad hoc), di scambiare e condividere informazioni con PUA/UVM, Sportello sociale dei Comuni, Pronto Soccorso, Reparti ospedalieri medici (vedi scheda 2.1 servizio 10). Inoltre è collegata alla scheda 4.6 "Servizi digitali della PA verso cittadini e imprese".

4. Tutoraggio Domiciliare

- Percorsi di accompagnamento dei minori in difficoltà e delle famiglie;
- Affiancamento educativo al minore/adolescente all'interno della sua famiglia, coinvolgendo i genitori e favorendo il confronto tra genitori e figli per il recupero delle funzioni genitoriali attraverso



colloquio motivazionale, incontri periodici stabiliti (gruppi di aiuto e sostegno).

5. Volontariato in rete

- Promozione iniziativa;
- Costituzione rete del volontariato;
- Organizzazione attività;
- Inserimento dei volontari nel progetto;
- Svolgimento delle attività.

L'azione si integra con l'intervento sanitario che prevede un'attività di controllo (PDTA) per la presa in carico clinica delle patologie croniche con il modello del Disease e Case Management (vedi scheda 2.1 servizio 3).

6. Telesorveglianza e Telecontrollo

- Implementazione piattaforma di Teleassistenza;
- Formazione operatori;
- Dotazione braccialetto di controllo agli utenti assistiti domiciliariamente;
- Comunicazione interna ed esterna.

L'attività è coordinata con la centrale infermieristica (centro di ascolto remoto) H 12/7 ed un portale assistenziale, accessibile via web con credenziali certificate da parte degli utenti autorizzati coordinato (vedi scheda 2.1 servizio 8).

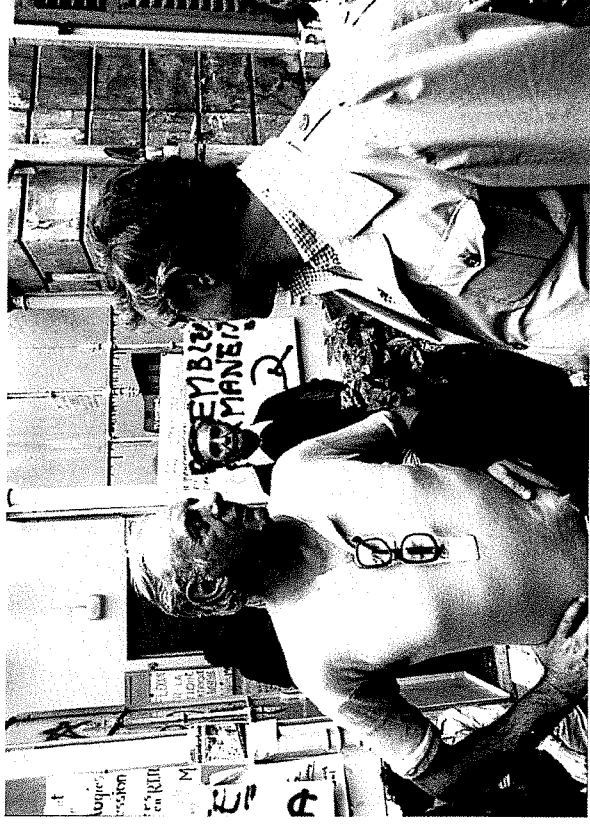
7. Monitoraggio elettronico ADI

- sviluppo di un sistema di rilevazione delle attività svolte a domicilio del paziente al fine di verificare e valutare con precisione la quantità di servizi erogati dai diversi erogatori (infermieri, MMG, assistenti sociali, fisioterapisti, specialisti).

Quest'azione si integra con l'ambulatorio Infermieristico della Fragilità con il compito principale di valutare lo stato di fragilità assistenziale della popolazione, le cause della mancata aderenza ai trattamenti e rimuoverne i fattori ostacolanti (vedi scheda 2.1 servizio 4).



Ospedale psichiatrico di Gorizia 1961



La sperimentazione del laboratorio

Tenuto conto delle iniziative a carattere propeedeutico e necessariamente epistemiche effettuate in questi anni da questa Azienda Sanitaria, invariabilmente orientate alla ricerca, sviluppo e innovazione di interventi sperimentali, di volta in volta solo parzialmente attivati, rivisitati, modificati e reimpostati. Che tali interventi, a partire da settembre 2015, sono stati:

- Creazione di un prototipo di Registro Epidemiologico della Fragilità, calcolo del rischio di fragilità ed individuazione dei soggetti ad alta fragilità residenti nell'Area Interna, n. 4.368 corrispondente al 21% della popolazione, su un totale di 17.286 fragili, il 17,6%, residenti nei tre Distretti Interni (Guardigreffe, Sangro-Aventino e Alto Vastese = 98.224 abitanti).
- Studio e contributo alla pubblicazione di dodici procedure e strumenti operativi per l'integrazione interprofessionale dell'assistenza e la standardizzazione delle azioni di controllo della aderenza alla terapia e alle raccomandazioni mediche, di supporto al self care e di corretta adesione agli stili di vita sani nei diversi contesti assistenziali dei pazienti con fragilità:
 - ⇒ Ambulatorio infermieristico della fragilità (PGSQA53 del 19/06/2015);
 - ⇒ Check List Assistenza Infermieristica Ambulatorio delle Fragilità (MRSQA53 del 19/06/2015);
 - ⇒ Dimissione programmata del paziente fragile (PGSQA71 del 05/04/2016);
 - ⇒ Gestione integrata Disease Management (PGSQA72 del 08/07/2016);
 - ⇒ Processi infermieristici del Disease Management del Diabete di tipo 2 (PGSQA73 del 10/05/2017)
 - ⇒ Procedura gestione integrata dei disturbi cognitivi e delle demenze (PGSQA86 del 06/07/2017)
 - ⇒ Organizzazione assistenziale degli Ospedali di Comunità (PGSQA89 del 30/11/2017);
 - ⇒ Istruzione Operativa Gestione Infermieristica Ospedale di Comunità (IOSQA36 del 30/11/2017);

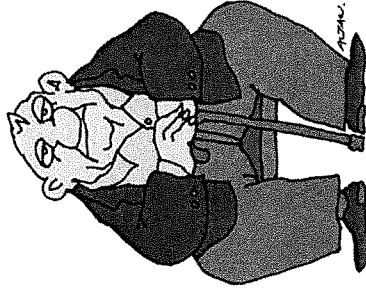
Ospedale psichiatrico di Gorizia 1961



- ⇒ Cartella ambulatorio infermieristico fragilità assistenziale (MRSQA89-02 del 30/11/2017)
- ⇒ Cartella Infermieristica Fragilità Ospedale di Comunità (MRSQA89-01 del 30/11/2017)
- ⇒ Disease Management dello Scenpenco Cardiaco e gestione integrata dei processi infermieristici (PGSQA88 del 21/12/2017)
- ⇒ Procedure in fase di predisposizione relative ai "Processi infermieristici ETS di educazione terapeutica strutturata ai pazienti diabetici" (documento in corso di approvazione)
- Attivazione progressiva e messa a punto delle pratiche operative della presa in carico proattiva secondo le procedure concordate dei pazienti fragili, dopo l'acquisizione del consenso del MMG e del paziente stesso (1.485 casi contattati complessivamente, 34% dei pazienti fragili dell'area), di cui:
 - ⇒ In Case Management assistenziale, con contatti periodici attivi da parte dell'infermiere per presa in cura complessiva (121 casi);
 - ⇒ Disease Management presso alcune sedi distrettuali nell'ambito della assistenza ambulatoriale specialistica ordinaria (129 casi);

U.O.C. Integrazione Ospedale Territorio

- ⇒ Attivazione del telemonitoraggio di pazienti affetti da Diabete (142 casi);
- ⇒ 951 Ricoveri negli Ospedali di Comunità di Gissi (174), Casoli (630) e Guardiagrele (147);
- ⇒ Attivazione della Dimissione programmata dai reparti di Neurologia e Medicina dell'Ospedale di Lanciano (156 casi);
- ⇒ inoltre 76 casi non ancora attivati, 13 decessi, 30 non presi in carico e 22 che hanno rifiutato;
- Realizzazione di tre corsi di formazione a circa 70 infermieri (80 ore in aula, 100 ore sul campo, 30 in laboratorio);
- Realizzazione di cinque convegni:
 - ⇒ “La salute cerca casa in montagna” l’11 ottobre 2014 a Lanciano;
 - ⇒ “Lo sviluppo delle competenze assistenziali dell’ambulatorio infermieristico della fragilità” Patto Sangro Aventino, Santa Maria Imbaro 08/10/2015;
 - ⇒ “Tecnocostruzione in Abruzzo” - Lo sviluppo dei servizi territoriali attraverso le tecnologie digitali: esperienze a confronto – Pescara 13/05/2016;
 - ⇒ “Consensus Conference” sulla istituzione della UCCP a Casoli il 15/07/2016 aperto alla comunità locale, medici e amministratori;
 - ⇒ “Montessori per la fragilità” – Santa Maria Imbaro 12/04/2018.
 - Predisposizione di tre PDTA clinico organizzativi definiti da medici specialisti e infermieri del settore per il diabete mellito di tipo 2 (diabetologi), lo scompenso cardiaco (cardiologi e internisti), i disturbi cognitivi e la demenza (geriatri e psicologi);
 - Attivazione del Supporto Telefonico Ostetrico (telefonate mensili a 83 gravide e alle neo-mamme per supporto al percorso nascita e all’allattamento):



NOI ITALIANI SIAMO MOLTO LONGEVI. MI CHIEDO: A CHE SCOPO?

- affiancamento di una pedagoga montessoriana alle ostetriche e alle mamme dell’area Interna nei punti nascita di Chieti (compresa la neonatologia e il TIN), Lanciano e Vasto e nei consultori di Lanciano, Casoli e Atesa (ad oggi effettuati 580 ore per incontri con 590 mamme e 500 neonati, affiancamento con 192 attività/ostetriche, 85 attività/infermieri pediatrici e 29 attività/medici).

Nei 33 Comuni dell’area interna del Basso Sangro-Trigno, in Abruzzo, i risultati della Strategia Nazionale Aree Interne (SNAI) si misurano in termini di nuovi servizi attivati per i circa 22.500 residenti. Nell’Accordo di programma quadro (APQ) è stata sottoscritta dai ministeri e dalla Regione, ci sono 11 progetti sanitari, integrati con 7 progetti socio-sanitari. Alcuni di questi sono già stati attivati. Ad esempio, l’ampliamento del servizio 118, l’ambulanza per il pronto intervento nei territori periferici dell’Asl e l’apertura di tre Ospedali di Comunità nei Presidi Territoriali di Assistenza (PTA) di Gissi, Casoli e Guardiagrele, grazie ad un impegno della Regione Abruzzo. Quando venne fatta la ricognizione degli indicatori sui Comuni delle aree interne, nel Basso Sangro-Trigno in media ci volevano 45 minuti per l’ambulanza per portare il paziente in ospedale. Oggi si è scesi a meno di 30 minuti, di media, grazie ai nuovi mezzi a disposizione e dislocati a Torricella Peligna, Celenza sul Trigno, Villa Santa Maria e Castiglione. Tutti i mezzi prevedono la presenza di un medico a bordo.

Gli Ospedali di Comunità hanno ricoverato, per 20 giorni in media n. 951 pazienti con malattie croniche e fragili negli ultimi tre anni, in gran parte dopo una degenza ospedaliera e permettono così un riadattamento alle condizioni ottimali di assistenza nel territorio.



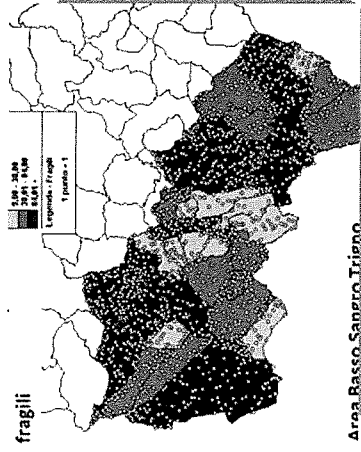
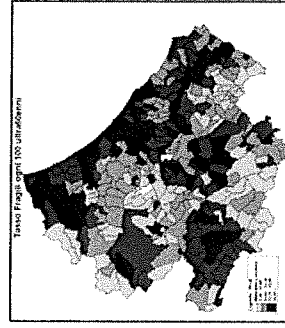
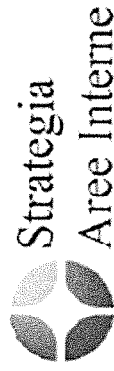
In via sperimentale, sono già partiti anche altri interventi previsti dalla Strategia: l'ambulatorio infermieristico delle fragilità; la telemedicina, con la fornitura di *kit* elettronici a casa dei pazienti; l'integrazione dei servizi socio-sanitari con il registro epidemiologico della fragilità.

Questo tipo di attività è stata resa possibile da un investimento di formazione, che ha riguardato 70 infermieri dell'Azienda sanitaria, cinque convegni e molteplici riunioni con i medici, i rappresentanti della popolazione e i sindaci dell'area. Un altro elemento essenziale è stata la produzione di *procedure specifiche di Gestione integrata e di Case Management*: come deve relazionarsi un medico con i nuovi servizi? E un infermiere? Come ci si comporta di fronte alle dimissioni programmate, per riportare a domicilio il prima possibile l'anziano? Come si integra la gestione dei pazienti? Perché le politiche siano efficaci, serve introdurre procedure operative.

Da evidenziare la positività di alcuni risultati misurati in termini di **impatto degli interventi** sui ricoveri dei pazienti prima e dopo la presa in carico (confronti con i pazienti ad alta fragilità non presi in cura) e sulla soddisfazione degli stessi pazienti.

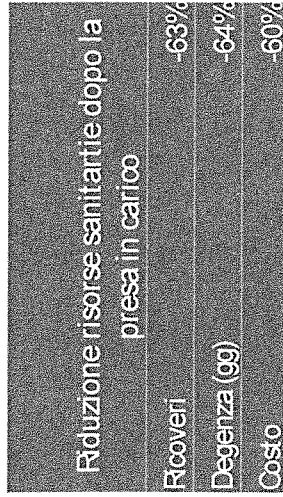
Nella tabella sono riportati i dati del primo anno di misurazione. Complessivamente si è osservata una riduzione dei ricoveri dopo la presa in cura di -63% rispetto agli altri soggetti fragili non presi in cura nel primo anno. Tale riduzione percentuale corrisponde a 337 ricoveri evitati, con 3.596 giornate di degenza in meno e un risparmio di 1.300.000 euro. Tali risultati sono ancora da ritenersi alla fase iniziale e potranno essere confermati nella loro validità e significatività quando i volumi analizzati saranno più ampi.

Totale dei persone prese in cura complessivamente rispetto a tutti i soggetti fragili delle Aree Interne				
Presi in carico	In Cura	Non in cura	Totale fragili	
Soggetti	562	2901	3463	
Ricoveri	564	4517	5081	
Degenza (gg)	1796	27923	29719	
Costo	€ 772.919,00	€ 10.727.614,00	€ 11.500.533,00	
Pro capite				
Ricoveri	1,0	1,6	1,5	
Degenza (gg)	3,2	9,6	8,6	
Costo	€ 1.375,30	€ 3.697,90	€ 3.320,97	



Mapa della Fragilità in Regione Abruzzo (in alto e a pagina 7) e distribuzione dei soggetti fragili nei Comuni dell'Area basso Sangro Trigno.

U.O.C. Integrazione Ospedale Territorio



L'idea di fondo è la creazione di nuovi servizi in aggiunta ai servizi ordinari a supporto degli anziani, in modo da rendere piacevole la permanenza nei paesi montani, garantendo alla popolazione il supporto di professionisti sanitari ed evitare il ricorso ai servizi di emergenza e di secondo livello.

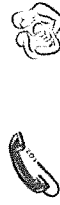
Le aree interne del Basso Sangro-Trigno sono lontani dai punti nascita, che in provincia di Chieti sono 3 e sono tutti sulla costa. Questo è un disincentivo alla gravidanza, al parto. L'indice di fertilità è pari a 0,8 figli per donna, molto più basso di quello medio italiano, di 1,34 figli per donna. Gli indicatori di taglio cesareo, basso peso alla nascita e natalità sono fortemente connessi con il titolo di studio e rilevano forti disegualianze con la popolazione della costa abruzzese.

E' stata introdotta la figura dell'**Ostetrica di Comunità**, non solo presente nei consultori, che fa corsi di educazione al parto, ma una professionista che 'prende in cura' la donna durante la gravidanza, e sei mesi dopo il parto in base alle recenti indicazioni dei nuovi LEA 2017 (art. 24). E' stato introdotto un **Supporto Ostetrico Telefonico**, che non ha funzione di *call center*, ma dopo il primo contatto assume una funzione pro-attiva,

Presi in Carico

Con il termine "presa in carico" si intende l'attività di assistenza sanitaria e di coordinamento tra i diversi professionisti coinvolti nel percorso di cura del paziente, dalla diagnosi alla cura, fino al follow-up e al supporto psicosociale e agli interventi di riabilitazione.

- Educazione sanitaria
- Monitoraggio
- Consulenza
- Orientamento alla fruizione dei servizi
- Supporto all'alimentazione e alle cure neonatali
- Supporto alla gestualità



Area Interna Basso Sangro Trigno
Azienda Sanitaria Locale
Lanciano Viterbo Chieti

Servizio Ostetrico Telefonico
Via Ranzani, 1 Lanciano
Tel. 0872-706561

Lunedì e Venerdì 9.00 - 13.00
Giovedì 9.00 - 13.00; 15.00 - 17.00



Strategia
Aree Interne

Strategia
Aree Interne

Sostegno Ostetrico
Telefonico (SOT) per
l'orientamento ai servizi del
Percorso nascita nelle Aree
Interne



Strategia
Aree Interne

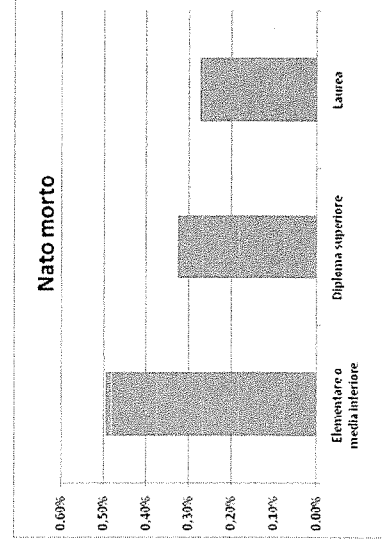
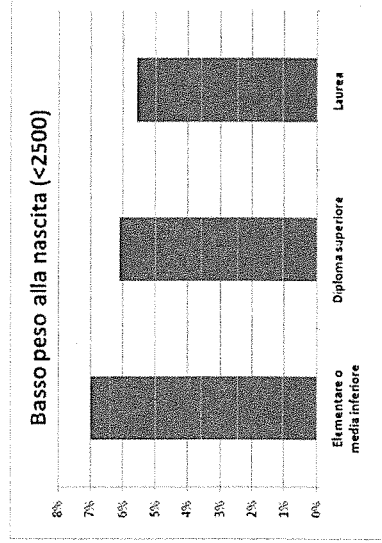
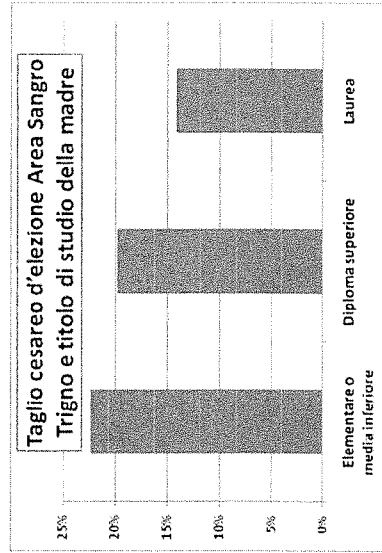
Basso Sangro Trigno



**Supporto alle donne in gravidanza
e dopo il parto**

Tel. 0872-705561

con il compito di telefonare ogni mese, per offrire alla donna un punto di riferimento stabile, valutare il corretto svolgimento delle attività sanitarie di monitoraggio (secondo gli standard del Ministero della Salute) e discutere dell'allattamento. Il SOT mette in relazione la donna con la rete consultoriale territoriale e con i punti nascita ospedalieri. Inoltre è in atto un corso di formazione di pedagogia monitorata mirata a sviluppare l'attenzione ai bisogni del neonato.



La mappa degli esclusi

Dalla carta elaborata da "Postmetropoli" esce un paese a macchie con una forte disparità nell'offerta dei servizi a favore delle aree urbane



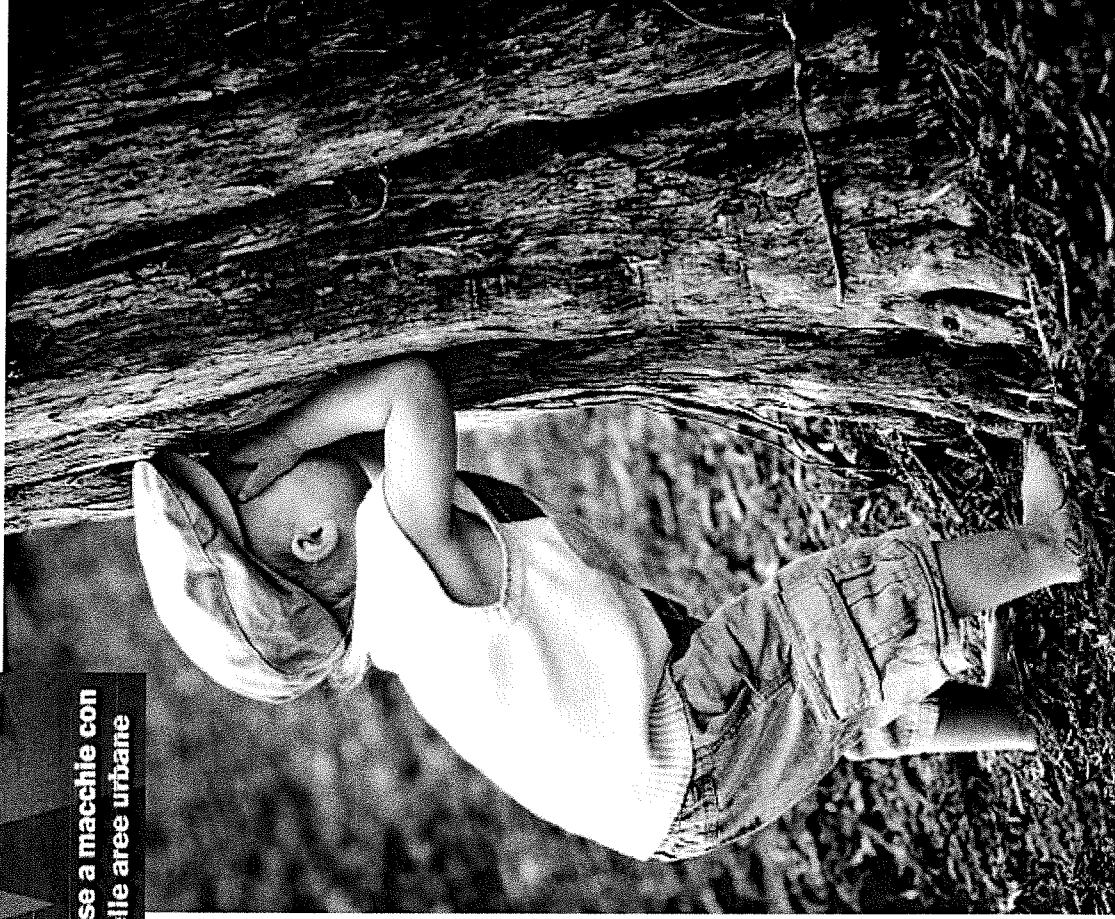
L'Espresso

05523018
Fax 4651
Pagine 219

Quell'Italia nuda e abbandonata

L'aumento delle disuguaglianze è anche territoriale. Città più ricche, intorno il declino

In verde le aree ultraperiferiche in base all'offerta dei servizi



Programma triennale 2018-2020 per l'impianto del "Laboratorio di Presa in Cura della Fragilità" dell'Area Interna Basso Sangro Trigno

- Direttore della Funzione Territoriale
- Rappresentanza dei MMG e PLS
- Direttore dell'Ente Capofila dell'Ambito distrettuale sociale
- Sindaci rappresentanti della Conferenza dei Sindaci
- Rappresentante del Comitato Consultivo Misto.

Il Programma in oggetto ha il suo cardine principale nella realizzazione della Centrale di Coordinamento e Operativa di cure Transazionali (CCOT), quale infrastruttura tecnica della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria previsto all'Art. 5: Rete Aziendale dei Servizi Socio Sanitari - Atto Aziendale Asl Lanciano Vasto Chieti (DGR n. 51 del 02/02/2018) e DGR 408 del 28/07/2017 "Strategia Nazionale per le Aree Interne: Approvazione dello schema dell'Accordo di Programma Quadro Regione Abruzzo – Area Basso Sangro Trigno".

Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria

L'Azienda Sanitaria di Lanciano Vasto Chieti istituisce la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria, un organismo di governo che coinvolge i Comuni e gli Ambiti Distrettuali Sociali, che ha, quale obiettivo principale, quello di coordinare le politiche sociali, sanitarie e socio-sanitarie nel livello intermedio fra Regione e Distretto.

La Conferenza ha tra gli obiettivi quelli di promuovere strategie e strumenti finalizzati a creare, mantenere e sviluppare la rete dei servizi atti ad integrare i bisogni sociali e sanitari dei cittadini con le articolazioni organizzative entro l'Azienda (funzione ospedaliera e funzione territoriale), le istituzioni e gli enti del territorio connessi a tali bisogni (Ambiti Distrettuali Sociali, Conferenza dei sindaci, volontariato) e le altre Aziende sanitarie della Regione Abruzzo a cui verrà proposta la partecipazione.

La Conferenza comprende una rappresentanza istituzionale così composta:

- Coordinatore Socio-Sanitario
- Direttore della Funzione Ospedaliera

La Conferenza ha funzioni e competenze di indirizzo, consultive e propulsive. La Conferenza si avvale, altresì, di una infrastruttura tecnica denominata "Centrale di Coordinamento e Operativa di cure Transazionali" (CCOT) in grado di garantire il supporto tecnico operativo al monitoraggio della programmazione e alla puntuale gestione degli interventi di integrazione socio-sanitaria.

Indirizzo

- approva l'Atto di indirizzo e coordinamento socio-sanitario triennale contenente le priorità strategiche in area sociale, socio-sanitaria – compresa la non autosufficienza – e sanitaria (Art. 8-septies, D.Lgs. 502/1992 e s.m.i.). In tale atto sono definiti anche gli indirizzi per l'adozione da parte dell'Azienda Sanitaria del Piano Attuativo Locale (PAL);
- raccorda le esperienze di applicazione del Piano Sociale 2016-2018 tra le ADS dell'Azienda e della Regione in particolare per evidenziare e favorire l'adozione delle migliori politiche di servizio per:
 - l'accesso e la presa in carico da parte della rete assistenziale, favorire la permanenza a domicilio,
 - la prima infanzia,
 - servizi territoriali a carattere residenziale per le fragilità,
 - inclusione - sostegno al reddito;
- d'intesa con la Direzione Generale, individua i distretti e modifica i loro ambiti territoriali. Il Direttore Generale adotta i provvedimenti conseguenti, trasmettendoli alla Giunta regionale per la verifica di conformità alla programmazione regionale;

AGEING and HEALTH

World Health Organization

Between 2000 and 2050, the number of people aged 60 and over is expected to double or older.

In 2050, more than 1 in 3 people will be 60 years or older.

By 2050, 80% of older people will be living in low- and middle-income countries.

EVERY OLDER PERSON IS DIFFERENT

Some have the level of functioning of a 30 year old.

Some require full time assistance for basic everyday tasks.

Health is crucial to how we experience older age.

WHAT INFLUENCES HEALTH IN OLDER AGE

INDIVIDUAL

ENVIRONMENT THEY LIVE IN

- Behaviours
- Age-related changes
- Genetics
- Disease
- Housing
- Social facilities
- Assistive technologies
- Transport

WHAT IS NEEDED FOR HEALTHY AGEING

- A change in the way we think about ageing and older people
- Creation of age-friendly environments
- Alignment of health systems to the needs of older people
- Development of systems for long-term care

Healthy Ageing...being able to do the things we value for as long as possible #yearsahead

- assicura altresì l'equa distribuzione delle risorse fra i diversi ambiti distrettuali, in rapporto agli obiettivi di programmazione e riequilibrio, alla distribuzione ed alla accessibilità dei servizi ed ai risultati di salute;
- definisce i criteri di riparto del Fondo regionale per la non autosufficienza tra le Aree distrettuali con l'obiettivo di garantire il riequilibrio territoriale sia a livello finanziario sia nell'organizzazione delle reti dei servizi al fine di assicurare equità di accesso.

Consultive

- esprime parere obbligatorio sui singoli Piani sociali di ambito distrettuale (parte III 2. Piano Sociale 2016-2018);
- esprime parere obbligatorio sull'Accordo di Programma tra l'Azienda Sanitaria e i Comuni dell'Ambito distrettuale sociale, dell'ECAD e gli altri i soggetti pubblici e i soggetti del terzo settore di cui al quarto comma dell'art. 19, Legge 328/2000, che, attraverso specifiche forme di intesa, concorrono, anche con proprie risorse, alla realizzazione del Piano di Zona;
- esprime parere ai fini della verifica dei risultati aziendali conseguiti e del raggiungimento degli obiettivi da parte del Direttore generale di cui all'articolo 3-bis, comma 6 del D.Lgs. 502/1992 e successive modifiche.

Propulsive

- promuove e coordina la stipula degli accordi in materia di integrazione socio-sanitaria previsti dai Piani di zona distrettuali per la salute e il benessere sociale, tenuto conto delle indicazioni del Piano Sociale 2016-2018, degli interventi e dei servizi sociali, assicurando l'integrazione e la coerenza con i Piani per la salute previsti dal Piano di riqualificazione del Sistema Sanitario Abruzzese 2016-2018 (DGR n. 555 26/06/2016);
- promuove, nel rispetto dell'autonomia statutaria degli enti territoriali,

U.O.C. Integrazione Ospedale Territorio

la partecipazione dei Consigli comunali e dei Consigli provinciali alla definizione dei piani attuativi locali, nonché la partecipazione dei cittadini e degli utenti alla valutazione dei servizi sanitari;

- promuove, con il supporto dell'Azienda sanitaria, strategie, interventi e specifici accordi di programma (ad esempio "Interventi per la promozione e valorizzazione dell'invecchiamento attivo" DGR n. 750/15/11/2016) volti alla promozione della salute ed alla prevenzione, anche in considerazione delle criticità e delle priorità di salute individuate nell'atto di indirizzo e coordinamento triennale;
- promuove in accordo con i comitati di distretto e l'Azienda Sanitaria le modalità e gli strumenti operativi per garantire l'integrazione e il raccordo delle attività in ambito sovra distrettuale, anche tramite specifici accordi di integrazione regolamentari;
- promuove, con attività di indirizzo e di verifica, il raccordo tra la programmazione regionale e quella distrettuale.

Centrale di Coordinamento e Operativa di Cure Transazionali (CCOT)

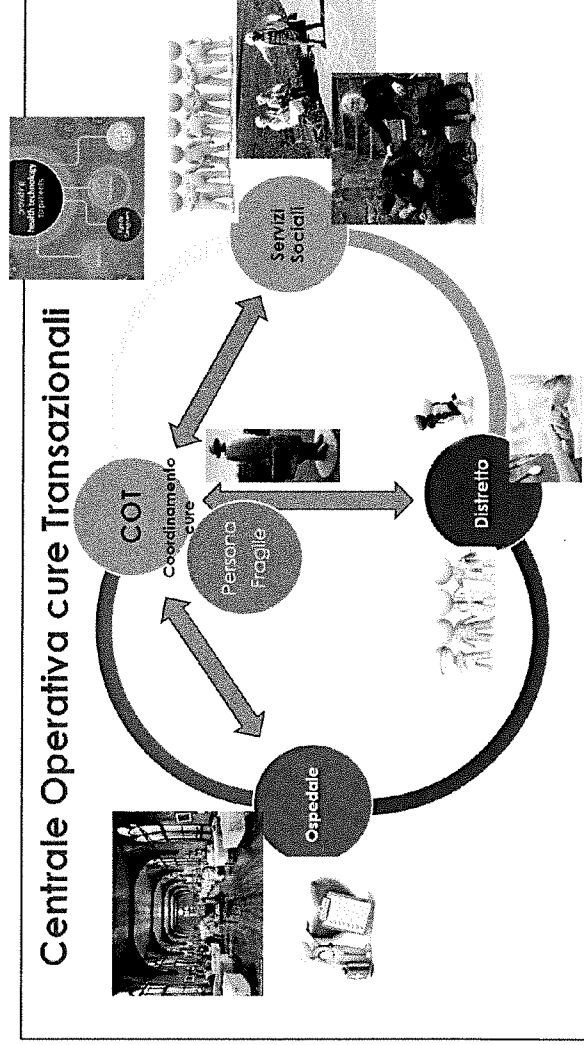
La Centrale di Coordinamento e Operativa di Cure Transazionali è una infrastruttura tecnico-operativa a forte integrazione sociale e sanitaria, attrezzata a garantire il supporto tecnico operativo al monitoraggio, valutazione e misura della efficacia socio-epidemiologica dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali che si avvalgono delle tecnologie della tele salute per mantenere i soggetti fragili al proprio domicilio, composto dai migliori professionisti sanitari e sociali individuati dalla Conferenza stessa tra le istituzioni che vengono in essa rappresentate.

Le aree di intervento della Centrale sono le seguenti:

- monitoraggio e coordinamento degli interventi per

le Aree Interne (come previsto negli interventi 2.1 - Laboratorio di presa in carico della fragilità - e 2.2 - Rete dei servizi socio-sanitari assistenziali - del Programma Interventi Strategia Area Interna Basso Sangro Trigno - DGR n.99 del 28 febbraio 2017);

- analisi epidemiologica dei bisogni sociali e sanitari, monitoraggio e valutazione dei servizi attraverso la predisposizione di un Sistema informativo socio-sanitario territoriale (come previsto nel punto IV.4. del Piano Sociale 2016-2018 della Regione Abruzzo e dalla DGR n. 438 del 30/06/2016);
- promozione dell'allineamento metodologico e organizzativo del Piano sociale di ambito distrettuale, del Programma delle attività territoriali (PAT) e dell'Accordo di Programma con il Piano Strategico Aziendale e con i servizi territoriali (UCCP, AFT, ADI, PTA) e Ospedaliери (Pronto soccorso e 118, Dimissione programmata, piattaforma logistico-co-assistenziale per intensità di cura);
- avvio delle azioni di monitoraggio e valutazione, epidemiologica, so-



ciale e costo-efficacia, degli ambiti strategici socio-sanitari di seguito individuati:

- Azioni del programma strategico Aree Interne (DGR n.99/17 e DGR n.408/17) :
- potenziamento dei Presidi Territoriali Assistenziali,
- avvio dei 5 ambulatori distaccati delle UCCP di Gissi e Casoli,
- attività di supporto alla presa in carico (PDTA) delle AFT,
- ambulatorio Infermieristico della Fragilità,
- servizio di emergenza-urgenza (118),
- contact center 116117,
- farmacie dei servizi
- programmi di tele-salute,
- formazione e riqualificazione del personale,
- registro epidemiologico fragilità assistenziale (REFA),
- consulenza educativa Montessori;
- istituzione nei Distretti dell' Ambulatorio Infermieristico della Fragilità Assistenziale (AIFA);
- presa in carico dei pazienti fragili in Telesalute;
- progetto Dimissione Programmata ospedaliera;
- PDTA clinico-assistenziali per lo Scompendo cardiaco, Demenza (Centri Disturbi Cognitivi e Palestre della Mente) e Diabete;
- Ospedali di Comunità dell' Azienda;
- proposta di sperimentazione del Centro d'ascolto – 116117, portale orientativo del territorio per la gestione della fragilità e della domanda assistenziale a bassa intensità/priorità, prevista dall'Accordo Stato Regioni (Rep. Atti n.221/CSR del 24 novembre 2016 "Linee di indirizzo su criteri e le modalità di attivazione del Numero Europeo armonizzato a valenza sociale 116117").

Per acquisire e realizzare la dotazione strutturale e strumentale del Programma, si propongono le seguenti fasi di realizzazione (non necessariamente in sequenza):

- A. Innesadimento della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria.
- B. Apertura e organizzazione della Centrale di Coordinamento e Operativa di cure Transazionali presso la sede del Patto Sangro Aventino a Santa Maria Imbaro .
- C. Apertura degli Ambulatori infermieristici della fragilità assistenziale (AIFA) a Casoli, Gissi e Guardiagrele.
- D. Formazione Infermieri (AIFA e OdC) sulla presa in cura della fragilità.
- E. Formazione dei MMG delle AFT per la presa in carico clinica dei pazienti cronici e fragili e creazione delle interfacce condivise di ingresso dal P.S. e dimissione dall'ospedale.
- F. Predisposizione del Software per il Sistema Informativo Sociale e Sanitario Territoriale a supporto della fragilità (specificato in seguito).
- G. Sviluppo del programma di Tecnoassistenza: Centrale di ascolto, Strumentazione di monitoraggio a domicilio, cura a distanza e implementazione della tecnologia di teleassistenza domiciliare.
- H. Contrasto alla demenza, Palestra della Mente e approccio Montessori per la Fragilità.
- I. Presa in cura da parte dell'ostetrica di comunità delle donne in gravidanza e dopo il parto.
- J. Farmacia dei servizi, aderenza alla terapia e implementazione dei protocolli operativi per la corretta gestione e valutazione dell'assistenza.

Al fine di integrare e rendere complementari le azioni atte a garantire la competenza delle strutture informative e organizzative a supporto dell'assistenza dei pazienti fragili con modalità pro-attiva previste dai progetti obiettivi, il programma strategico prevede un Piano di formazione intensivo sia per la

componente medica che infermieristica delle UCCP.

Le iniziative formative sono schematizzate nei seguenti punti:

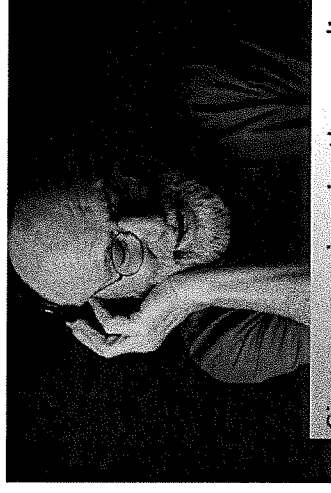
1. Corso di formazione sul ruolo e le funzioni delle AFT e le UCCP per MMG;
2. Corso di perfezionamento sulla fragilità assistenziale (integrato, MMG, medici di Distretto e Infermieri);
4. Corso sul Campo Educazione Terapeutica strutturata ai pazienti diabetici (infermieri ambulatoriali)
5. Percorso Formativo Nursing Frailty – Ospedale di Comunità (infermieri dell’Ospedale di Comunità)
6. Laboratorio percorso nascita per le Ostetriche e le infermiere pediatriche.

A supporto del sistema operativo è previsto un robusto e innovativo Sistema Informativo Socio Sanitario Territoriale per le Aree Interne della Regione Abruzzo (DGR n. 438 del 30/06/2016) che prevede diverse integrazioni con il sistema informativo della fragilità:

- La messa a regime del registro Epidemiologico della Fragilità Assistenziale (REFA) con le sue articolazioni:
- Score di fragilità individuale (risorse DGR 438/16)
- Registro Demenze (risorse DGR 438/16)
- Registro Diabete (connessione con Smart Digital Clinic)
- Cartella infermieristica della fragilità
- Cartella Ospedale di Comunità
- Cartella dimissioni programmate
- Mappa georeferenziata della fragilità
- Sistema cruscotto per AFT e interfaccia con i software dei MMG

- Piattaforma di Telesalute
- Piattaforma Sociale.

Per la realizzazione del Programma triennale 2018-2020 con la necessaria attenzione alla riorganizzazione della continuità assistenziale ospedale-territorio e alla integrazione tra ambito sanitario e sociale, è richiesta la dotazione strutturale, strumentale e organizzativa elencata nella tabella alla pagina successiva, che richiede di avviare le procedure di autorizzazione e acquisizione di attrezzature e servizi da parte dell’Azienda Usl.



**Oliver Sacks,
Neurologo**

Siamo ormai arrivati a medicalizzare l’invecchiamento, la fragilità, e la morte, trattandoli come fossero soltanto un altro problema clinico da risolvere.

Eppure, se la medicina è necessaria negli anni della vecchiaia, anche più necessaria è la vita – una vita piena di significato, una vita ricca e più completa possibile.

Finanziamento

Rilevato che la programmazione sociale integrata con quella sanitaria costituisce un pilastro fondamentale di garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza, del Piano nazionale della Cronicità (DGR n.421 del 18 giugno 2018) e del Piano Sociale della Regione Abruzzo 2016-18, il finanziamento degli interventi sperimentali descritti nelle pagine precedenti sono integrati. Infatti sono stati recepiti e inclusi nel Programma degli interventi – n.11 interventi – scheda 2.1 – “Laboratorio di presa in carico della fragilità” (pag.71) e 7 interventi scheda 2.2 – “Rete territoriale di servizi socio-sanitari assistenziali” (pag.77) del DGR n. 99 del 28/02/2017 – Strategia Area Basso Sangro Trigno.

Precisato inoltre che nell’Accordo Quadro tra Regione Abruzzo, Area Basso Sangro Trigno e Ministero della Sanità è indicata la quota di €1.735.000 dei finanziamenti vincolati del Ministero della Salute relativi ai Progetti Obiettivo LP1 e LP5 (art.1 cc. 34 e 34bis Legge 662/1996) destinati all’implementazione del “Laboratorio di presa in carico della Fragilità” dell’Area (pag. 43 DGR 408 del 28/07/2017) e una quota di € 300.000 per la sperimentazione degli ambulatori infermieristici della fragilità (pag.4 all.1 DGR n. 178 del 22/03/2016). Preso atto che i residui dei fondi dei Progetti Obiettivo relativamente alle Linee Progettuali LP1 e LP5 dei finanziamenti 2015-2016-2017, di cui il propo-nente, responsabile dell’U.O.C. Integrazione Ospedale Territorio è referente scientifico e organizzativo, ammonta ad un totale di €2.896.835,96. a cui si aggiungono i finanziamenti del SISST (€130.000 DGR 438/16) e SNAI (€50.000 DGR 408/17) per un totale disponibile nel triennio di € 3.076.840,96 (si veda tabella nella pagina).

Preso atto delle deliberazioni del Direttore generale della Asl 2 Abruzzo di Costituzione della centrale di Coordinamento e Operativa di Cure Transazionali (CCOCT) (del. n. 1107 del 13/09/2018) e Approvazione dello schema di Accordo di Programma per l’uso dello spazio per il CCOCT (del. n. 1124 del 19/09/2018), in attuazione del Atto Aziendale della Asl2 (art. 5 DGR n. 51/2018).

In attuazione delle “Linee di Indirizzo per l’integrazione sociosanitaria in attuazione del Piano Sociale Regionale 2016-2018” (DGR n. 191 del 13

Finanziamento previsto Programma Strategico Salute 2018-2020 Basso Sangro Trigno			
Finanziamenti (*)	Linea Progettuale		
	LP1	LP5	Totale
Anno			
Fondo 2015	€ 447.164,52		€ 447.164,52
Fondo 2016	€ 554.593,35	€ 516.950,93	€ 1.071.544,28
Fondo 2017		€ 1.378.127,16	€ 1.378.127,16
Programma			
Ambulatorio Fragilità (**)	€ 214.285,71		
Totale	€ 1.001.757,87	€ 1.895.078,09	€ 2.896.835,96
Finanziamento creazione del SISST (DGRA 438/ 2016) (***)			€ 130.005,00
Finanziamento SNAI legge stabilità, settore Salute DGRA 408/2017			€ 50.000,00
Totale complessivo			€ 3.076.840,96
(*) Progetto Obiettivo di cui agli art. n. 34 e 34-bis Legge n. 662/ 1996 finanziamento LP1 e LP5 anni 2015, 2016 e 2017			
(**) Incluso nel Progetto Obiettivo LP1 Finanziamento 2015			
(***) Progetto Regione Abruzzo: Sistema Informativo Sociale e Sanitario Territoriale (SISST) della Regione Abruzzo per le Aree Interne (DGR 438 del 30/06/2016)			

aprile 2017), che prevede la stipula di una Convenzione socio-sanitaria tra Ambito Distrettuale Sociale e Azienda Sanitaria Locale, verrà stipulata una Convenzione che consente di definire i servizi oggetto di potenziamento, le risorse di rispettiva afferenza (sociale e sanitaria) e le modalità di integrazione e di organizzazione degli interventi socio-sanitari assistenziali di interesse pubblico e attuati da Enti pubblici, assumendo le caratte-



ristiche della "Cooperazione non istituzionalizzata/orizzontale per garantire congiuntamente l'esecuzione di compiti di interesse pubblico" ("cooperazione pubblico-pubblico").

Nella tabella a fianco sono elencati i servizi, le strumentazioni e gli interventi che sono programmati per implementare il Piano Strategico Salute 2018-2020 per l'Area Inter-Regionale Basso Sangro Trigno nel triennio, attraverso l'uso coordinato e integrato dei finanziamenti dei residui del Progetto Obiettivo di cui agli art. n. 34 e 34-bis Legge n. 662/1996 finanziamenti LPI e LP5 anni 2015, 2016 e 2017 e del Progetto Sistema Informativo Sociale e Sanitario Territoriale (SISST) della Regione Abruzzo per le Aree Interne (DGR 438 del 30/06/2016).

Finanziamento previsto Programma Strategico Salute 2018-2020 Basso Sangro Trigno									
Servizio - Strumentazione - Intervento	Riferimenti al punto della scheda progetto)	Linea Progettuale LP1 anno 2015	Linea Progettuale LP1 anno 2016	Linea Progettuale LP5 anno 2017	DGRA 408/2017	DGRA 438/2016	Importo stimato		
Gara di acquisizione di un servizio di tecnico assistenza a supporto della presa in carico proattiva dei pazienti con il diabete, deficit cognitivi, BPOC, scompenso (1200 pazienti x 3 anni) da assegnare alle sperimentazioni condotte nell'Area Basso Sangro Trigno	Punto 8 (2.1) Punto 6 (2.2)			€ 845.000,00	€ 50.000,00	€ 40.000,00	€ 935.000,00		
n. 10 Borse di Studio per infermieri a supporto dell'ambulatorio infermieristico della fragilità per studiare e valutare la funzione dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità x tre anni	Punto 4 (2.1) Punto 7 (2.2)		€ 166.872,64	€ 533.127,16			€ 700.000,00		
Richiesta di 4 postazioni di lavoro (PC+telefono-stampante) + 3 PC portatili + 8 Tablet + 8 licenze di accesso a Windows Server 2012 R2, da destinare al CODOT	Punto 10 (2.1) Punto 3 (2.2)	€ 30.000,00					€ 30.000,00		
Richiesta di assegnazione di una automobile aziendale da destinare all'UCC Integrazione Ospedale Territorio (noleggio x tre anni)	Punto 4 (2.1) Punto 4 (2.2)	€ 80.000,00					€ 80.000,00		
Mappe epidemiologica georeferenzata della fragilità - Progetto con l'associazione degli enti locali del Sangro Aventino e Trigno Snello	Punto 10 (2.1) Punto 3 (2.2)					€ 30.000,00	€ 30.000,00		
Progetto sperimentale Executive Information Management System (EIMS) MePA + formazione + Software per i MMG dell'UCCP di Casoli	Punto 2 (2.1) Punto 4 (2.2)		€ 40.000,00				€ 40.000,00		
Acquisizione di un software su MEPA come base per realizzare il Sistema Informativo Sociale e Sanitario Territoriale per le Aree Interne della Regione Abruzzo (DGR n. 438 del 30/06/2016)	Punto 10 (2.1) Punto 3 (2.2)					€ 60.005,00	€ 60.005,00		
Progetto Montessori per la fragilità in attuazione del progetto sperimentale "Centro per i Disturbi Cognitivi e delle Demenze" (CODOT) - Progetto Palestra della Mente + Tutoraggio domiciliare	Punto 11 (2.1) Punto 2 (2.2)		€ 57.472,16				€ 57.472,16		
Corso di Perfezionamento "Prassi in Cura Socio Sanitaria del paziente fragile" per Professioni Sanitarie, Scienze Sociali e Medicina (50 Partecipanti) x tre anni	Punto 9 (2.1)		€ 30.000,00				€ 30.000,00		
Corso sul campo Educazione terapeutica strutturata ai pazienti diabetici (Collaboratore Professionale Sanitario - infermieri) x tre anni	Punto 9 (2.1)		€ 45.000,00				€ 45.000,00		
Percorso formativo Nursing Frailty - Ospedale di Comunità - Unità Degenza Transitional Care - Infermieri di famiglia e Comunità - Infermieri degli ambulatori della Fragilità x tre anni	Punto 9 (2.1)	€ 44.285,71					€ 44.285,71		
Supporto alla gestione della documentazione infermieristica della fragilità (Ospedale di Comunità - Degenza Transitional Care e al supporto informatico per integrazione Registro fragilità in EpiInfo)	Punto 9 (2.1)	€ 60.000,00					€ 60.000,00		
Potenziamento delle APT dei MMG della UCCP di Casoli	Punto 3 (2.1) Punto 5 (2.2)	€ 232.878,81	€ 187.124,19				€ 420.000,00		
Attività di supervisione e formazione continua degli operatori del "Laboratorio Fragilità" per 3 anni: - Operatori di Comunità Gssi, Casoli, Guardigliole; - Ambulatori di fragilità (Lama Dei Peligni, Villa Santa Maria, Torricella Peligna, Castiglione Messer Marino); - CODOT	Punto 1 (2.1)		€ 140.000,00				€ 140.000,00		
Partecipazione ad attività di viaggio studio per l'implementazione di buone pratiche (nazionali ed europee) sulla fragilità, Workshops Intermedio e Convegno Internazionale finale	Punto 6 (2.1) Punto 1 (2.2)		€ 30.000,00				€ 30.000,00		
Spese di consumo (arredi, cancelleria, materiale di consumo ecc.) per Centrale di Coordinamento e Operativa di Cure Transizionali con Sede nel Patto Territoriale Sangro-Aventino in Santa Maria Imbaro	Punto 5 (2.1) Punto 1 (2.2)		€ 70.000,00				€ 70.000,00		
Materiale di consumo tecnico assistenza, Presidi sanitari di Ambulatorio, n. 4 FOCT per gli ambulatori di fragilità di Lama Dei Peligni, Villa Santa Maria, Torricella Peligna, Castiglione Messer Marino e farmacie Rurali	Punto 7 (2.1)		€ 171.835,00				€ 171.835,00		
Spese generali		€ 447.164,52	€ 554.593,35	€ 1.378.127,16	€ 50.000,00	€ 130.005,00	€ 3.076.840,96		
TOTALE PROGRAMMATO			€ 516.950,93	€ 1.378.127,16	€ 50.000,00	€ 130.005,00	€ 3.076.840,96		
AMBULATORIO FRAGILITÀ									
UCC-CASOLI DELIBERA 1305/2018									

Cura degli anziani con bisogni assistenziali complessi e fragilità dei Piani nazionali

PIANO NAZIONALE DELLA CRONICITÀ⁽¹⁾

Il Piano nazionale della Cronicità (PNC) nasce dall'esigenza di armonizzare a livello nazionale le attività nel campo della cronicità, proponendo un documento, condiviso con le Regioni, che individui un disegno strategico comune inteso a promuovere interventi basati sulla unitarietà di approccio, centrato sulla persona ed orientato sulla migliore organizzazione dei servizi e la piena responsabilizzazione di tutti gli attori dell'assistenza (cfr. pag. 13-16 parte I).

PIANO NAZIONALE DI PREVENZIONE⁽²⁾

LINEA PROGETTUALE 5 - Invecchiamento attivo e promozione della salute, prevenzione e gestione della cronicità e delle comorbidità nelle persone anziane

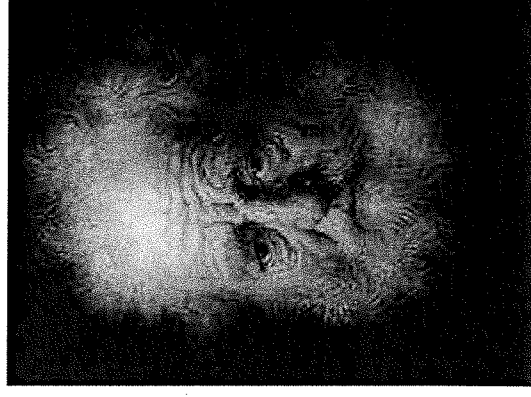
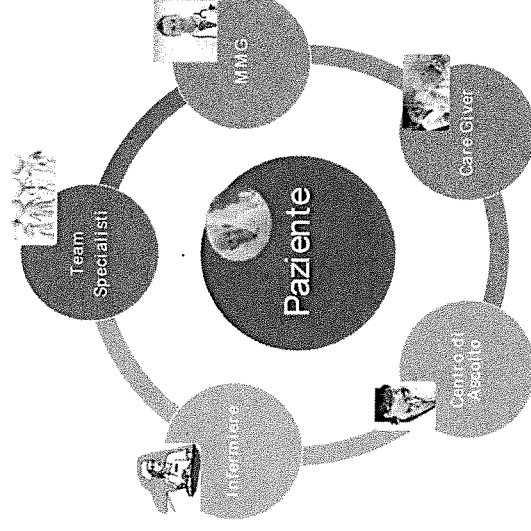
LINEA PROGETTUALE 6 - Implementazione di percorsi integrati e facilitati tra ospedale e territorio per valorizzare il ruolo della promozione di stili di vita salutari, migliorare la gestione clinica delle principali patologie cronico degenerative e ridurre il rischio di recidive e complicanze

PIANO D'AZIONE GLOBALE PER LA PREVENZIONE E IL CONTROLLO DELLE MALATTIE NON TRASMISSIBILI

Obiettivo 4. Potenziare i sistemi sanitari, orientandoli verso la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili e dei determinanti sociali sottostanti, attraverso un'assistenza sanitaria primaria centrata sulla persona e la copertura sanitaria universale.

1. Disponibile sul sito web del Ministero della Salute_ http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2584_allegato.pdf
2. Il Piano nazionale della prevenzione (Pnp) è parte integrante del Piano sanitario nazionale, affronta le tematiche relative alla promozione della salute e alla prevenzione delle malattie e prevede che ogni Regione predisponga e approvi un proprio Piano. http://www.ccm-network.it/imgs/C_27_MAIN_page_919_listaFile_List1_itemName_1_file.pdf
3. Piano d'Azione Globale dell'OMS per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili 2013 – 2020 Sito Mini http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2087

Modello centrato sul paziente



Rembrandt (particolare)

Centrale di Coordinamento e Operativa di cure Transazionali (CCOT)

La Centrale di Coordinamento e Operativa di cure Transazionali è il cuore del Piano del Piano Strategico Salute 2018-2020. Approvata dalla Asl con delibera 1107 del 13 settembre 2018, essa garantisce una risposta efficace e tempestiva alle richieste dirette o indirette delle persone fragili "protette", facilitando il raccordo tra i soggetti della Rete Territoriale, della Rete Ospedaliera, quella dell'Emergenza-Urgenza e la Rete Socio-Sanitaria, garantendo la continuità dell'assistenza nella transizione delle cure. La Centrale di Coordinamento e Operativa di cure Transazionali non si sostituisce alle funzioni proprie delle strutture interessate, non è il luogo della diretta "presa in carico" della persona protetta, ma svolge una funzione di coordinamento e monitoraggio, in particolar modo nei momenti di passaggio tra i vari setting assistenziali sanitari e sociosanitari della Rete dei Servizi.

appropriate, di programmazione e di pianificazione degli interventi, attivando i soggetti della rete assistenziale, tutelando le transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico/assistenziale all'altro. Svolge funzioni di facilitatore dei processi clinico - assistenziali lavorando in sinergia le Strutture Tecnicofunzionali Distretto Socio-Sanitario e Direzione Medica Ospedaliera e con tutte le Unità Operative.

La Centrale di Coordinamento e Operativa Territoriale si coordina con tutte le Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie interessate. La CCOT vede in tempo reale:

- le segnalazioni per le dimissioni protette,
- gli accessi al Pronto Soccorso,
- i ricoveri ospedalieri
- la pianificazione infermieristica distrettuale
- le attivazioni dell'assistenza domiciliare (sanitaria e sociale)
- le valutazioni dell'UVM
- gli accessi al PUA
- gli accessi agli sportelli sociali

1. Karen B. Hirschman, Elizabeth Shaid, Kathleen McCauley, Mark V. Pauly, Mary D. Naylor, Continuity of Care: The Transitional Care Model. ANA Periodicals OJIN Vol 20 2015 No3 Sept 2015

2. In un RCT rivolto a pazienti anziani ospedalizzati con scompenso cardiaco dimessi a domicilio, la durata del primo ricovero è stato significativamente migliorato tra i pazienti sottoposti all'intervento TCM (p = 0,026) rispetto a un gruppo di controllo simile. A confronto ai pazienti con terapia standard, sono stati osservati meno ricoveri per tutte le cause (p = 0,047) a un anno dopo la dimissione dall'ospedale, contribuendo a ridurre i costi medi totali, con un risparmio stimato di \$ 4,845 per paziente (p = 0,002). www.transitionalcare.info New Courtland Center for Transitions and Health University of Pennsylvania School of Nursing - Philadelphia, PA 19104

3. Development of the Transitional Care Model for nursing care in Mainland China: A literature review <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2016.01.003> <http://evidencebasedprograms.org/programs/transitional-care-model/>

4. Negli ultimi due decenni, il modello TCM di assistenza coordinata dagli infermieri, è stato progettato, testato e perfezionato da un team multidisciplinare di studiosi clinici e ricercatori dei servizi sanitari presso l'Università della Pennsylvania. Il TCM sottoforma l'identificazione degli obiettivi di salute dei pazienti, la progettazione e l'implementazione di un piano di assistenza semplificato, la continuità delle cure tra le strutture e tra i fornitori durante la transizione tra due diversi setting assistenziali, ad esempio, da ospedale a casa). I risultati di tre studi clinici randomizzati controllati (RCT) finanziati da diversi istituti nazionali di ricerca infermieristica hanno dimostrato la capacità del TCM di migliorare le esperienze di cura degli anziani fragili, la loro salute e qualità della vita. I risultati hanno dimostrato una riduzione dei ricoveri e dei costi sanitari totali, dopo aver contabilizzato i costi aggiuntivi dell'intervento.

La Regione Veneto, nel Piano Sanitario Regionale 2012-2016, ha inserito per prima la Centrale Operativa Territoriale (COT)⁽¹⁾, come “struttura organizzativa che garantisce e coordina la presa in carico, da parte dell’Azienda, dei pazienti “fragili”, ossia di quelle persone a rischio per le condizioni cliniche precarie, per la mancanza di un adeguato supporto nella rete familiare o parentale e, a volte, per inadeguatezza socio-economica. È quel filo che consente di connettere servizi, operatori e interventi, in modo che vi sia una regia unica”.

La COT attua nuove strategie organizzative e modelli concreti che privilegino la «gestione integrata del paziente» attraverso:

- il coordinamento tra operatori diversi nell’arco delle 12 ore dal lunedì al sabato
- il coordinamento delle varie fasi del percorso assistenziale (per esempio al momento della dimissione)
- il coordinamento di servizi e strutture soprattutto nell’area del post-acuzie, riabilitazione, lungodegenze ed RSA, servizi di cure domiciliari.

Tipologia di interventi della Centrale Operativa del Territorio della Regione Veneto:

- Coordina la transizione dei **pazienti ricoverati in ospedale** verso il trattamento temporaneo, residenziale o domiciliare protetto
- Coordina la presa in carico dei **pazienti in Assistenza Domiciliare protetta** e le eventuali transizioni verso altri luoghi di cura o altri livelli assistenziali
- Coordina l’ammissione/dimissione e sorveglianza sulla presa in carico dei pazienti ricoverati presso le **strutture di ricovero intermedie**
- Sorveglianza sulla presa in carico dei pazienti in assistenza residenziale definitiva o semiresidenziale

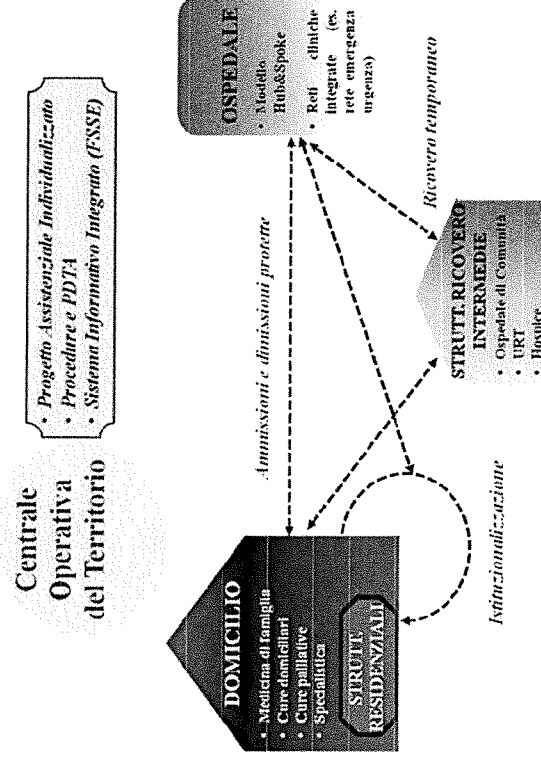
La Regione Piemonte (come anche la Regione Toscana⁽²⁾) ha riconosciuto

- recentemente la “valenza strategica dell’Infermiere di Famiglia e Comunità per potenziare l’offerta dei servizi territoriali e domiciliari al fine di⁽³⁾;
- migliorare l’accesso e l’integrazione ai servizi assistenziali, sociali e ospedalieri;
- riconoscere precocemente gli stati di fragilità (prima dell’insorgenza di

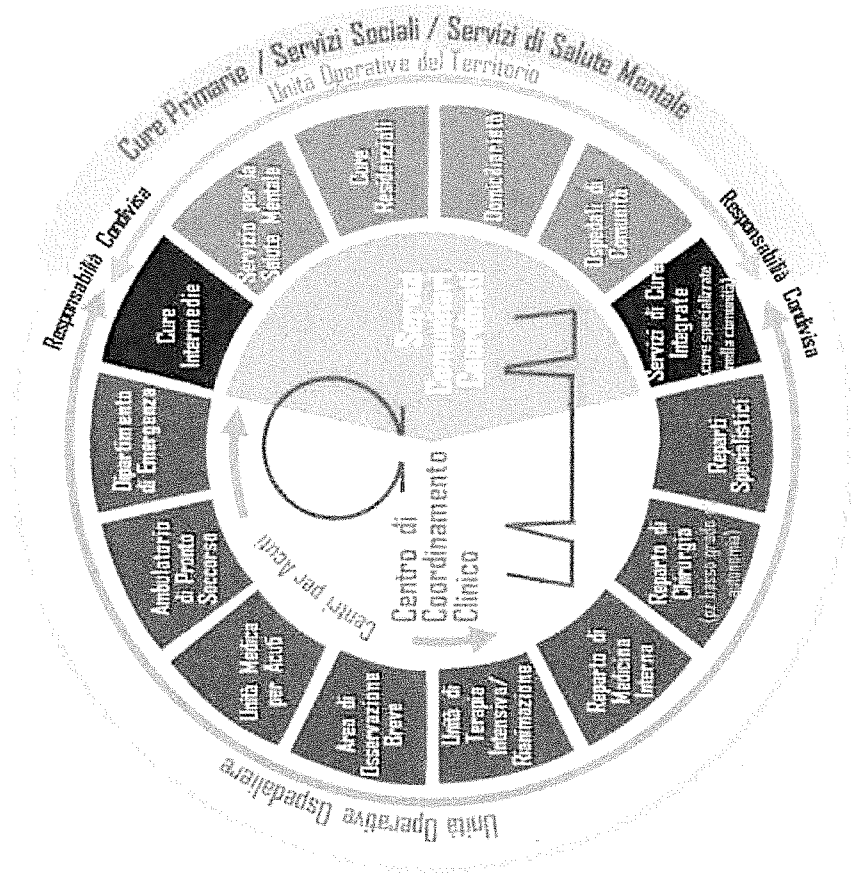
1. Deliberazione della Giunta Regionale n. 463 del 19 aprile 2016 Progetto formativo di alto livello per Responsabili della Centrale Operativa Territoriale (DGR n. 2271/2013).

2. DGR n. 597 del 04/06/2018 Regione Toscana “Indirizzi per lo sviluppo del modello assistenziale Infermiere di Famiglia e di Comunità. Approvazione e destinazione delle risorse.

3. D.G.R. n. 32/2017 Regione Piemonte

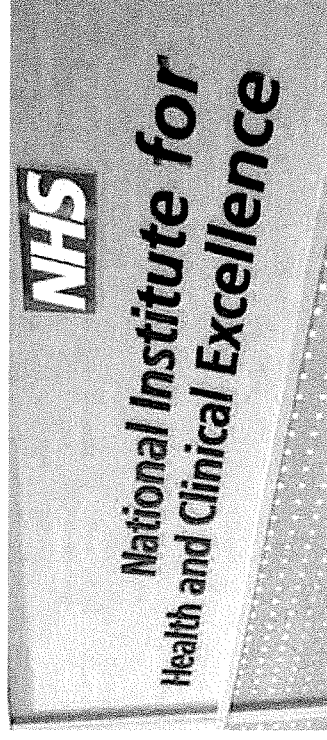


L'idea della CCOT trova fondamento anche nel modello del *Future Hospital Programme*, proposto dal Royal College of Physicians (si rimanda al paragrafo dedicato all'Attività specialistica ambulatoriale). Lo schema a pagina seguente è la traduzione in italiano della figura che illustra le relazioni del Centro di Coordinamento Clinico, che rappresenta un **centro operativo di comando** che garantisce la connessione con tutto lo staff, ospedaliero e territoriale, **dispone di informazioni** sui bisogni clinici e assistenziali necessarie per l'assistenza ai pazienti, **sia dettagliate che in tempo reale, e coordina le risorse** per il raggiungimento dei risultati.



Raccomandazioni basate sulle evidenze per l'organizzazione sociale e sanitaria della cura ⁽¹⁾

Nelle pagine seguenti si riportano alcune indicazioni fondate sulle meta-analisi scientifiche sulla presa in cura delle persone anziane e fragili, raccomandate dal **National Institute for Health and Care Excellence (NICE)** un istituto governativo della Gran Bretagna. Leggere queste raccomandazioni rappresenta una ottima occasione per comprendere cosa dovrebbe fare la CCOT e la trasformazione culturale necessaria (per gli operatori sanitari e sociali, ma anche per i quadri dirigenti) e il modello di riferimento imprescindibile, atto a migliorare le condizioni delle persone più fragili della nostra popolazione. *(Mentre leggete, provate a pensare a quello che potrebbe ottenere la persona più cara a voi, che si trova in queste condizioni).*



1. Raccomandazioni del National Institute for Health and Care Excellence (NICE) del Ministero della Salute Britannico, che promuovono un approccio integrato e incentrato sulla persona, per fornire servizi sanitari e di assistenza sociale efficaci. "Older people with social care needs and multiple long-term conditions" NICE guideline Published: 4 November 2015 nice.org.uk/guidance/ng22

IDENTIFICAZIONE E VALUTAZIONE DEI BISOGNI DI ASSISTENZA SOCIO-SANITARIA

Le persone anziane con fragilità

1.1. I responsabili dell'assistenza sanitaria e sociale dovrebbero prendere in considerazione una valutazione dei bisogni assistenziali di tutte le persone anziane con più fragilità, che possono avere bisogno di assistenza sociale e di sostegno, non appena vengono identificate.

1.2. I responsabili dell'assistenza sanitaria e sociale dovrebbero prendere in considerazione una tantum la valutazione di un geriatra o psicogeriatra per guidare la pianificazione di assistenza sociale per gli anziani con più fragilità.

Tutte le persone anziane, comprese quelle con più fragilità

1.3 Quando si pianifica e si stila una valutazione, i responsabili dell'assistenza sociale e sanitaria dovrebbero:

- coinvolgere sempre la persona e il loro accompagnatore (se è il caso)
- prendere in considerazione i punti di forza della persona, esigenze e preferenze;
- coinvolgere tutti gli operatori interessati, per affrontare tutte le esigenze della persona (comprese quelle emotive, psicologiche, sociali, personali, sensoriali, di comunicazione e esigenze di cura dell'ambiente, così come



le esigenze di salute);

- garantire che, se una persona e il loro accompagnatore non possono partecipare ad una visita di controllo, abbiano l'opportunità di essere coinvolti in un altro modo, per esempio, in un diverso incontro o tramite un caregiver;
 - dare alle persone informazioni sulle opzioni per i servizi a loro disposizione, il costo dei servizi e come possono essere pagati.
- 1.4 Se l'accompagnatore di una persona ha esigenze specifiche di assistenza sociale, lo si rimanda alle autorità locali (Servizio Sociale del Comune) per una valutazione delle proprie necessità.

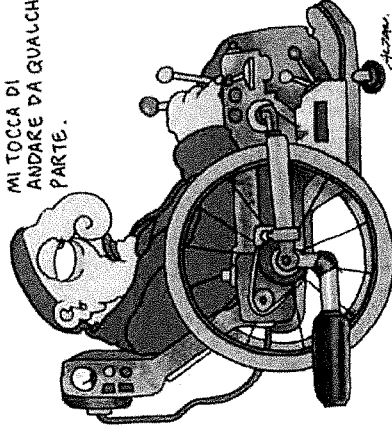
1.5 Chiedere alla persona se ha difficoltà a prendersi la responsabilità della cura e, in tal caso, assicurarsi che gli venga offerta una valutazione dell'assistenza.

Teleassistenza per sostenere le persone anziane con più fragilità

1.6 L'operatore sanitario o di assistenza sociale che esegue la valutazione dovrebbe discutere con la persona di tutte le opzioni di teleassistenza che la potrebbero sostenere, per fare scelte informate sul loro utilizzo, in modo da aiutare a gestire le loro condizioni. Per far questo devono essere a conoscenza di quali siano i potenziali benefici, rischi e costi.

1.7 Il professionista dovrebbe prendere in considerazione, discutendone con la persona, le attrezzature di teleassistenza per dare supporto ai soggetti fragili, in modo che essi prendano una decisione informata su di esse.

MALEDETTA
TECNOLOGIA: ADESSO
MI TOCCA DI
ANDARE DA QUALCHE
PARTE.



PIANIFICAZIONE DELLA CURA

persone anziane con più condizioni di lungo termine

2.1 Assicurarsi che le persone anziane fragili abbiano un unico coordinatore di cura che agisce come primo punto di contatto. Il coordinatore di cura nominato dovrebbe:

- essere coinvolto nel processo di valutazione.
- 2.2 Essere in contatto e lavorare con tutti i servizi sanitari e sociali, compresi quelli forniti dal settore del volontariato e della comunità. Assicurarsi che i piani di cura siano personalizzati per il paziente e concentrati sulla necessità di garantire che la persona ne abbia la possibilità di scelta e il controllo. Offrire alla persona l'opportunità di:

- poter soddisfare una serie di bisogni (tra cui emotivo, psicologico, sociale, personale, sensoriale, comunicazione e bisogni di cura ambientale, così come le esigenze di salute),
- essere sostenuta per minimizzare l'impatto dei problemi di salute, comprese le esigenze di continenza,
- essere aiutati a gestire la propria assistenza, anche tramite informazioni e supporto per gestire la loro condizione / condizioni, prendendo parte alle loro attività preferite, hobby e interessi (vedi anche la sezione 5),
- assicurare che i piani di assistenza comprendano attività ricreative e sociali fuori e dentro casa, esigenze di mobilità e di trasporto, adattamenti per la casa e ogni supporto necessario per usarli.

2.3 Discussione sulla gestione dei farmaci come parte della pianificazione assistenziale.

2.4 Scrivere i requisiti di gestione dei farmaci nel piano di assistenza, tra cui:

- Lo scopo e altre informazioni sui medicinali.
- L'importanza della tempistica e le implicazioni della non aderenza.

2.5 Sviluppare piani di assistenza in collaborazione con medici e rappresentanti di altri servizi che forniranno sostegno alla persona nel processo di pianificazione della cura.

2.6 Con il consenso della persona, coinvolgere i loro accompagnatori o assistenti nel processo di pianificazione. Riconoscere che gli assistenti sono partner importanti nel sostenere le persone anziane con più malattie croniche.

2.7 Verificare che le persone anziane con più condizioni di lungo termine siano supportate nel fare uso delle risorse finanziarie personali, in continuità con i budget sanitari, i fondi individuali e i pagamenti diretti (se lo desiderano):

- Fornire loro e ai loro accompagnatori informazioni sui diversi meccanismi che possono utilizzare per gestire il budget a loro disposizione, comprese le informazioni sui diversi meccanismi di finanziamento che possono avere per le badanti;
- sostenere la prova dei diversi meccanismi per la gestione dei loro budget;
- offrire informazioni, consigli e sostegno alle persone che pagano per le loro cure, così come quelli la cui cura è finanziata con fondi pubblici;
- assicurare che i bisogni degli assistenti siano presi pienamente in considerazione.



Tutte le persone anziane, comprese quelle con più fragilità

2.8 I coordinatori nominati dovrebbero offrire alla persona anziana la possibilità di:

- essere coinvolta nella pianificazione della propria assistenza,
- avere la sintesi della propria storia di vita inclusa nel proprio piano assistenziale (PAI),
- dare priorità al sostegno di cui hanno bisogno.

2.9 Assicurare che i piani di assistenza consentano alle persone di partecipare a diversi aspetti della vita quotidiana, a seconda dei casi, tra cui:

- cura di sé
- assunzione farmaci
- apprendimento
- volontariato
- mantenimento di una casa
- gestione finanziaria
- occupazione
- socializzare con gli amici
- hobby.

2.10 Assicurarsi che i piani di assistenza includano le attività ordinarie fuori casa (sia se questa è una residenza per anziani, sia se è casa propria) che riducono l'isolamento, per esempio, lo shopping o l'opportunità di fare passeggiate nei giardini pubblici, e acquisire fiducia nel coinvolgimento nella più ampia comunità, oltre che con la famiglia e gli amici (vedere anche la sezione 6).

2.11 I coordinatori di cura nominati dovrebbero garantire che la persona, i loro assistenti ed i medici possano detenere congiuntamente il piano di cura e possano firmare per indicare se sono d'accordo con esso.

2.12 I coordinatori di cura nominati dovrebbero rivedere e aggiornare i piani di cura regolarmente per tener conto delle mutate esigenze, e almeno una volta all'anno, registrare i risultati della revisione del piano di cura, insieme con le eventuali modifiche apportate.

ACCOMPAGNATORI DI SUPPORTO

Tutte le persone anziane, comprese quelle con fragilità

3.1 Offrire agli accompagnatori una valutazione individuale delle loro esigenze.

ze. Assicurare che tale valutazione:

- tenga conto dei pareri degli assistenti sui servizi che potrebbero aiutarli a mantenere il loro ruolo di assistenza e vivere la vita che scelgono,
- comporti la verifica incrociata di qualsiasi domanda che la persona ha fatto circa il sostegno che la loro badante le fornirà.

3.2 Controllare quale impatto è probabile che abbia la valutazione della badante sul piano di assistenza della persona.

3.3 Supportare le badanti ad esplorare i possibili benefici dei pagamenti diretti, e come potrebbero essere utilizzati per se stessi e per la persona che assistono. Aiutarli ad amministrare il loro bilancio, in modo che la loro capacità di sostenere la cura della persona non sia compromessa da ansia per la gestione del processo.

3.4 Aiutare gli accompagnatori nel conoscere i servizi a loro supporto.



L'INTEGRAZIONE NELLA PIANIFICAZIONE DELL'ASSISTENZA SOCIALE E SANITARIA

Le persone anziane con più condizioni di lungo termine

- 4.1 Si dovrebbero costruire specifici percorsi per la necessità di:
- orientare le persone anziane con più fragilità verso differenti servizi,
 - per i rinvii, senza soluzione di continuità, tra gli operatori di diversi servizi.
- 4.2 Provvedere affinché sia assicurato un supporto multidisciplinare per le persone anziane con più condizioni di lungo termine. Gli operatori sanitari e sociali coinvolti potrebbero includere, ad esempio, una farmacista, un fisioterapista o terapeuta occupazionale, un assistente sociale/psicologo o uno psichiatra.
- 4.3 il coordinatore di cura nominato deve informare i responsabili dell'assistenza sociale e sanitaria sulle esigenze della persona qualora essi non le abbiano ancora incontrate.
- 4.4 I coordinatori di cura nominati dovrebbero registrare eventuali esigenze della persona che i professionisti sanitari e sociali non sono in grado di percepire. Dovrebbero discutere e concordare un piano d'azione per affrontare queste esigenze con la persona e il loro accompagnatore.

FORNIRE ASSISTENZA

Le persone anziane con più condizioni di lungo termine

In residenza assistenziale

Queste raccomandazioni per i responsabili delle residenze siano finalizzate ad assicurare che l'assistenza e il sostegno siano indirizzate alle esigenze specifiche delle persone anziane fragili.

- 5.1 Individuare i modi per affrontare particolari esigenze nutrizionali e di idratazione e garantire che le persone abbiano possibilità di scelta tra le cose da mangiare e da bere con diversi spuntini durante il giorno (anche al di fuori dei pasti regolari).
- 5.2 Identificare come l'ambiente della residenza possa incoraggiare l'interazione sociale, l'attività e il sostegno tra pari.
- 5.3 Assicurarsi che le persone siano a loro agio, per esempio, permettendo loro il controllo sul riscaldamento nelle loro camere.

5.4 Incoraggiare il contatto sociale e fornire opportunità di istruzione e divertimento:

- rendendo più facile per le persone comunicare e interagire con gli altri, ad esempio con la riduzione dei rumori di fondo, consentendo la relazione diretta con altre persone,
- utilizzando una serie di tecnologie come le piattaforme IT e Wi-Fi, TV,
- coinvolgendo la comunità più ampia nella vita della residenza attraverso programmi di amicizia e progetti intergenerazionali.

Nel fornire assistenza per le persone anziane con fragilità, il responsabile della casa di cura dovrebbe:

- 5.5 rendere disponibili le informazioni al pubblico su:
- tariffe per la cura auto-finanziata e finanziata con fondi pubblici,
 - a cosa i residenti hanno diritto di accesso.
- 5.6 Mettere a disposizione una dichiarazione, per ogni persona che utilizza i servizi, su ciò che il loro finanziamento copre.
- 5.7 Costruire legami con le comunità locali, e incoraggiare l'interazione tra i residenti di ogni età e provenienza.



5.8 Informare i cittadini sui, e orientarli verso, i servizi di patrocinio.

Esigenze e preferenze

5.9 Gli operatori sanitari di assistenza sociale dovrebbero offrire alle persone anziane con più fragilità:

- opportunità di interagire con altre persone con condizioni simili,
- aiuto per l'accesso relazionale o di supporto di gruppo, social media e altre attività, come gruppi di incontro, gruppi di cammino e gruppi di sostegno specializzati, esercizio fisico, di lettura, di musica, canto e danza.

Autogestione e supporto

5.10 Gli operatori di assistenza sanitaria e sociale dovrebbero rivedere rego-



larmente le informazioni registrate su farmaci e terapie e seguire tutte le questioni relative alla gestione farmaci. Ciò include il fatto di assicurarsi che le informazioni sulle modifiche alla terapia siano messe a disposizione delle strutture competenti.

5.11 Gli operatori di assistenza sociale devono contattare gli operatori sanitari della persona per tutte le preoccupazioni circa i farmaci prescritti.

5.12 Gli operatori di assistenza sociale dovrebbero dire al coordinatore cura nominato se eventuali farmaci prescritti stanno influenzando il benessere della persona. Ciò potrebbe includere gli effetti collaterali noti o la riluttanza del paziente a prendere le medicine.

5.13 Gli operatori di assistenza sociale e sanitaria devono riconoscere l'incontinenza come un sintomo e garantire che le persone abbiano accesso alla diagnosi e al trattamento. Ciò dovrebbe includere l'incontro con un infermiere specializzato.

5.14 Gli operatori di assistenza sociale e sanitaria devono dare informazioni e consigli sulla incontinenza per le persone anziane. Presentare una gamma di prodotti disponibili per l'incontinenza, prestando la massima attenzione alla dignità delle persone e il rispetto.

5.15 Dare alle persone informazioni su come il servizio può aiutare a gestire la propria vita. Questo dovrebbe essere dato:

- al primo punto di contatto e quando sorgono nuovi problemi,
- in diversi linguaggi, in modo che siano accessibili (anche attraverso gli interpreti).

5.16 Gli operatori di assistenza sociale e sanitaria dovrebbero garantire che l'assistenza sia centrata sulla persona e che la persona che sia supportata in modo rispettoso e in grado di promuovere la dignità e fiducia.

Tutte le persone anziane, comprese quelle con più fragilità

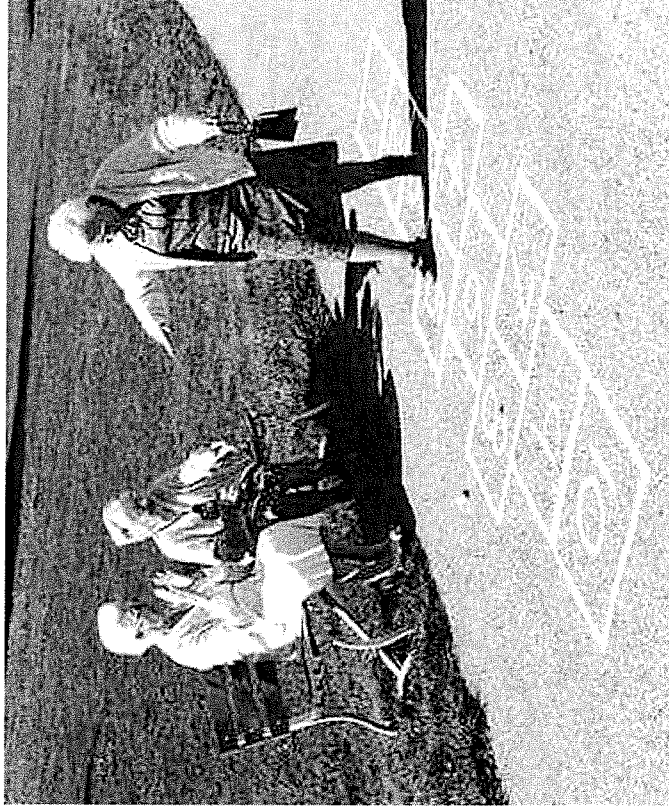
Bisogno di informazioni

5.17 I coordinatori di cura nominati dovrebbero rivedere regolarmente le informazioni sui bisogni, dato che le persone non possono avere tutte le informazioni quando ricevono una nuova diagnosi.

5.18 Tenere conto, continuando ad offrire informazioni e sostegno, anche delle persone che hanno rifiutato in precedenza.

Continuità delle cure

- 5.19 I coordinatori di cura nominati devono assumersi la responsabilità di:
- dare gli anziani e ai loro accompagnatori informazioni su cosa fare e chi contattare in un momento di crisi, a qualsiasi ora del giorno e della notte;
 - assicurare una risposta efficace in momenti di crisi;
 - coinvolgere i servizi sanitari e di assistenza sociale locali, incluso il settore del volontariato;
 - assicurare che gli anziani e i loro accompagnatori abbiano informazioni sulla loro particolare condizione, e su come gestirla;
 - sapere dove accedere a supporto specialistico, per particolari condizioni di salute
 - coinvolgere gli accompagnatori e sostenitori.



PREVENIRE L'ISOLAMENTO SOCIALE

Tutte le persone anziane, comprese quelle con più fragilità

- 6.1 Gli operatori di assistenza sociale e sanitaria dovrebbero sostenere le persone anziane con fragilità a mantenere i legami con i loro amici, con la famiglia e, in generale, con la comunità, e di individuare se le persone sono sole o tendono a isolarsi.
- 6.2 I coordinatori di cura nominati dovrebbero aiutare le persone che stanno andando a vivere in una residenza assistenziale a sceglierla corrispondente alle proprie esigenze, per esempio, quella in cui hanno amici o legami con la comunità.
- 6.3 Gli operatori di assistenza sociale e sanitaria dovrebbero fornire consigli e informazioni sulle attività sociali e le opportunità che possono aiutare le persone ad avere diversi contatti, relazioni sociali.
- 6.4 I coordinatori di cura dovrebbero prendere in considerazione il finanziamento e la collaborazione con le imprese e servizi di comunità per aiutare le persone a rimanere attive in casa, impegnata nella comunità, anche quando le persone sono in case di cura.
- 6.5 Il settore del volontariato dovrebbe prendere in considerazione la collaborazione con le autorità locali per sviluppare nuovi modi per aiutare le persone a rimanere attive e impegnate nelle loro comunità, anche quando sono in case di cura.
- ### FORMAZIONE DEGLI OPERATORI SANITARI E DI ASSISTENZA SOCIALE
- 7.1 E' necessario garantire che gli operatori sanitari e sociali che assistono persone fragili abbiano una formazione idonea e siano valutati come competenti in materia.
- 7.2 Garantire che gli operatori sanitari e di assistenza sociale siano in grado di riconoscere:
- condizioni comuni, come la demenza e perdita di sensibilità;
 - esigenze di cura comuni, quali l'alimentazione, l'idratazione e l'integrità della pelle;
 - esigenze di supporto comuni, come il lutto e la fine del ciclo di vita;
 - peggioramento della salute di qualcuno.

Il contributo dell'Attività specialistica ambulatoriale (outpatient)

PIANO OPERATIVO REGIONALE PER IL CONTENIMENTO DELLE LISTE D'ATTESA (1)

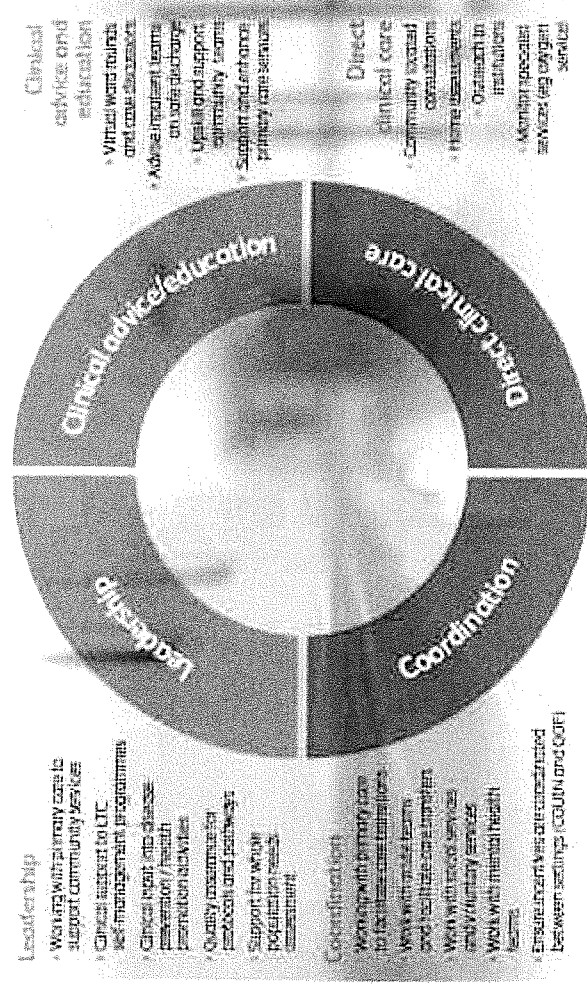
Di seguito si riportano alcuni stralci del Piano Operativo vigente in Regione Abruzzo che sono complementari e funzionali al modello organizzativo del Piano Strategico qui proposto.

L'agenda è lo strumento operativo attraverso cui viene progettata, resa disponibile e pubblicata l'offerta sanitaria ambulatoriale. La gestione operativa è affidata al sistema di prenotazione e alla funzione di accettazione, da prevedersi con modalità esclusivamente elettroniche.

Una delle principali criticità individuate finora è la mancata separazione tra le richieste generate nell'ambito del primo contatto del cittadino col sistema sanitario e quelle originate a seguito della presa in carico del paziente, nel caso in cui il problema di salute sia conosciuto (per esempio, cronicità) e vi sia la necessità di seguirlo nel tempo (follow up) o per eventuali approfondimenti e controlli successivi al primo contatto.

Le agende dovranno essere distinte in due tipologie:

- agenda di primo contatto o primo accesso
- agenda di presa in carico o secondo accesso e follow up. Questo è il canale privilegiato per la presa in carico proattiva delle fragilità e gestire le prestazioni richieste dal medico specialista per le condizioni croniche che hanno la necessità di essere seguiti nel tempo, con certezza di programmazione dei tempi di erogazione (P accesso programmato).



Integrated care in practice: extended roles for physicians in the community.

CCIN = Commissioning for Quality and Innovation; LTC = long term conditions; MDT = multidisciplinary team; QoI = quality outcome framework.

Linea di Azione 3: Applicazione delle Classi di Priorità

La classificazione utilizzata dalla Regione Abruzzo viene di conseguenza articolata nelle seguenti quattro classi:

U = urgente; prestazione da eseguire nel più breve tempo possibile o, se differibile, entro 72 ore;

B = breve; prestazione da eseguire entro 10 giorni;

1. DCA n. 60 del 25/06/2015 "Recepimento e avvio del Piano Operativo Regionale per il contenimento delle Liste di Attesa di cui alla Delibera n.9 del 03/02/2015 dell' Agenzia Sanitaria Regionale".

D = differita; prestazione da eseguire entro 30 giorni per le visite, entro 60 giorni per gli accertamenti specialistici;

P = programmata; prestazione da eseguire entro 180 giorni.

Linea di Azione 5: Visite e prestazioni di controllo. CUP di II livello

Al fine di gestire in modo separato le prestazioni di controllo, si deve programmare in via prioritaria di istituire apposite agende dedicate per le prestazioni di follow up intese come visite/esami successivi al primo accesso e programmati dallo specialista che ha già preso in carico il paziente anche mediante l'istituzione di CUP di II livello. L'attivazione dei CUP di II livello, presso gli ambulatori delle Unità Operative Ospedaliere e delle sedi distrettuali.

Nello specifico il CUP di II livello deve essere in grado di gestire le agende appositamente costituite attraverso una rete intranet che collega i terminali (client) dai quali gli utilizzatori dei reparti ospedalieri, dei distretti sanitari di base e delle strutture convenzionate, interagiscono mediante interfaccia informatica per le prenotazioni di prestazioni di follow up.

Linea di Azione 12: Percorsi Assistenziali

I Percorsi Assistenziali (P.A.), intesi come modelli organizzativi multidisciplinari e multiprofessionali relativi ad una specifica condizione patologica riferita ad uno specifico contesto locale, rappresentano modalità operative utili a regolamentare l'accesso dell'utenza e la gestione delle attività sanitarie in relazione ai bisogni accettati.

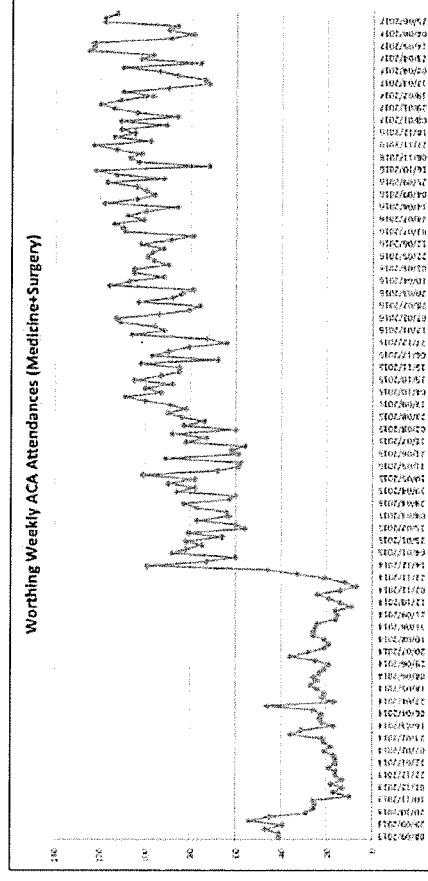
In particolare, devono rappresentare un utile strumento di gestione del paziente cronico e complesso, specie per le patologie per le quali si registrano, all'interno di ciascuna Azienda, le maggiori criticità nell'accesso alle prestazioni. In tal senso, considerando le problematiche assistenziali legate alla popolazione anziana e al maggior carico assistenziale collegato a questa fascia di popolazione, si rende necessario, in via prioritaria, l'attivazione di specifici P.A. che focalizzino l'attenzione sull'utilizzo degli esami strumentali

maggiormente richiesti da questa fascia di popolazione ed in particolare: ecografie, elettrocardiogrammi e ecocolor Doppler.

I percorsi assistenziali dovranno essere adottati con provvedimento formale dal Direttore Generale di ciascuna ASL e dovranno prevedere, in modo dettagliato, le modalità di relazione fra MMG, PLS, Specialisti Ambulatoriali e singole Unità Operative nonché un Professionista responsabile dell'attuazione e delle revisioni periodiche anche alla luce delle migliori evidenze scientifiche disponibili e del contesto di riferimento.

L'ipotesi presentata in questo Piano Strategico è che il contributo dell'Assistenza Ambulatoriale Specialistica dovrà adottare l'approccio ambulatoriale su programma (vedi ACA ed esperienza di Weekley in seguito), che ha dato i risultati mostrati in figura (grafico), dove è evidente che, alla data di adozione della procedura su programma, sono aumentate le visite ambulatoriali, parallelamente alla riduzione dei ricoveri ospedalieri e degli accessi al Pronto Soccorso.

Delivering the future hospital



Successes and challenges

Future Hospital Program

Il Future Hospital Program (FHP) ⁽¹⁾ è stato istituito dal Royal College of Physicians of London per attuare le raccomandazioni della Future Hospital Commission dal 1 settembre 2013. Queste raccomandazioni si basano sulle migliori performance dei servizi ospedalieri, prendendo esempio dai servizi innovativi e centrati sul paziente esistenti e sviluppano un modello di assistenza completo. Il Programma Nazionale Esiti (PNE)⁽²⁾ dell'AGENAS segue la stessa metodologia. Il PNE ha avviato dal 2011 un sistema di "valutazione a supporto di programmi di audit clinico e organizzativo" al fine di valutare l'impatto reale delle raccomandazioni. Per entrambi i programmi, al centro c'è la necessità di cambiare e migliorare i servizi per i pazienti attraverso il loro coinvolgimento nella riprogettazione dei servizi.

Con le stesse modalità il "progetto" di FHP sta già applicando un approccio standardizzato per misurare l'impatto di nuovi modi di lavorare attraverso la metodologia di miglioramento della qualità, ha supportato otto (8) ospedali di sviluppo sperimentale per migliorare i servizi un forte lavoro di squadra multi professionale, nell'ambito delle risorse locali esistenti senza ulteriori finanziamenti.

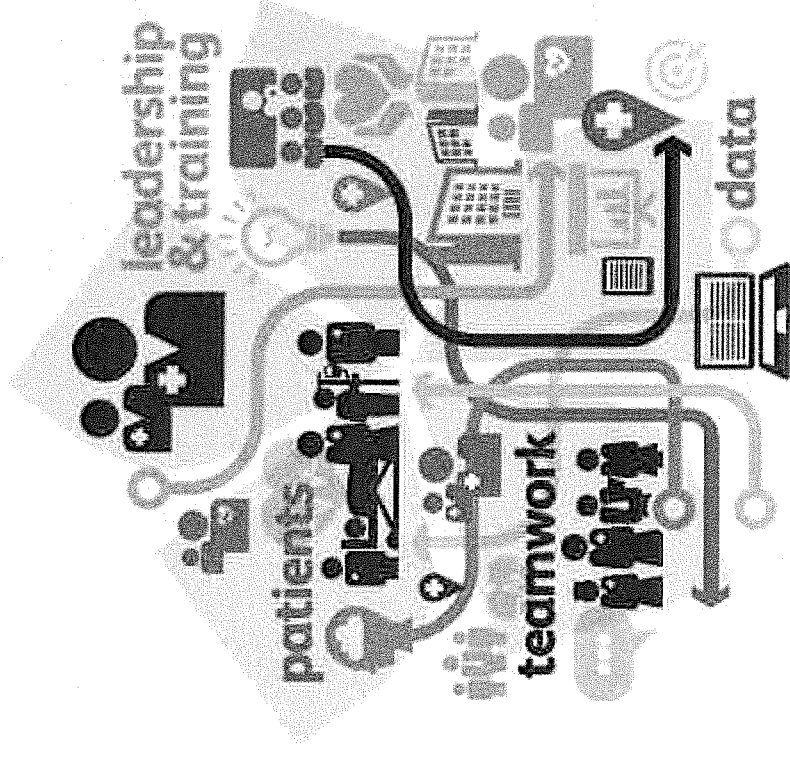
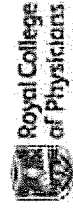
Il rapporto del novembre 2017⁽³⁾ del FHP ha descritto la visione per l'assistenza ai pazienti stabilendo un nuovo modello di cura radicale progettato intorno ai bisogni dei pazienti, con chiare linee di responsabilità tra le professioni. Il programma si basa su 11 principi di cura intorno ai quali è stata riprogettata l'assistenza sanitaria:

- Gli standard di cura fondamentali devono sempre essere soddisfatti
- Viene valutata l'esperienza del paziente allo stesso livello dell'efficacia clinica

1. Royal College of Physicians of London (GB) <https://www.rcplondon.ac.uk/projects/future-hospital-programme>

2. <http://pne2017.agenas.it/>

3. Future Hospital Programme – Delivering the Future hospital – Full report – November 2017
The Royal College of Physicians www.rcplondon.ac.uk



Delivering the future hospital

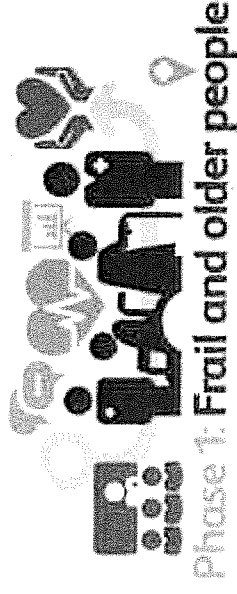
November 2017 Full report

U.O.C. Integrazione Ospedale Territorio

- La responsabilità per l'assistenza di ciascun paziente è comunicata chiaramente
- I pazienti hanno un accesso efficace e tempestivo all'assistenza
- I pazienti non vengono trasferiti tra i reparti a meno che ciò non sia necessario per la loro assistenza clinica
- Sono previste disposizioni restrittive per il trasferimento delle cure
- Una buona comunicazione con e sui pazienti è la norma
- La cura è progettata per facilitare auto-cura e la promozione della salute
- I servizi sono personalizzati per soddisfare le esigenze dei singoli pazienti, in particolare i pazienti fragili
- Tutti i pazienti hanno un piano di assistenza che riflette le loro esigenze individuali di supporto clinico
- Il personale è supportato per offrire un'assistenza compassionevole e impegnata a migliorare la qualità.

I successi della sperimentazione della istituzione dell'Area di Cura Ambulatoriale (ACA) con il progetto Future Hospital⁽¹⁾, negli ultimi 5 anni in Gran Bretagna, sono elencati di seguito:

- Riduzione della durata media del soggiorno, in particolare per i pazienti chirurgici.



Worthing Hospital

Aim

To dissolve traditional boundaries within the hospital and between primary and secondary care to improve the experience for patients.

Outline

The Worthing emergency/accident and trauma medical unit, an acute frailty unit and a surgical assessment unit in a medium-sized district general hospital. The teams set out to:

1. improve patient flow and experience
2. reduce length of stay in hospital and limit readmission rates
3. improve patient and staff satisfaction
4. improve the training environment for staff
5. increase the use of ambulatory care.

Key messages

- Co-location of acute admission units delivers significant benefits to patients and the system.
- Having all new admissions in one area makes transfers of care easier.
- Regular feedback to staff on patient experience is essential.
- Reporting on waiting times in hospital and referral process, experience and outcomes.
- An organisational culture of continuous improvement is essential to achieving change.
- Regular multidisciplinary team meetings help to build new processes.

- Nessun aumento della mortalità o dei tassi di riammissione.
 - Un buon feedback da parte di amici e familiari, nonostante le significative pressioni del servizio.
 - Eccellente comunità di professionisti impegnati e impegnati che lavorano
1. dove ha giocato un ruolo importante la programmazione nell'organizzazione del personale infermieristico per il paziente fragile, e ha rappresentato una sfida per i coordinatori che gestiscono posti letto e si mettono in contatto con i servizi della comunità.

insieme, con lo scopo comune di fornire la migliore esperienza e cura per ogni paziente.

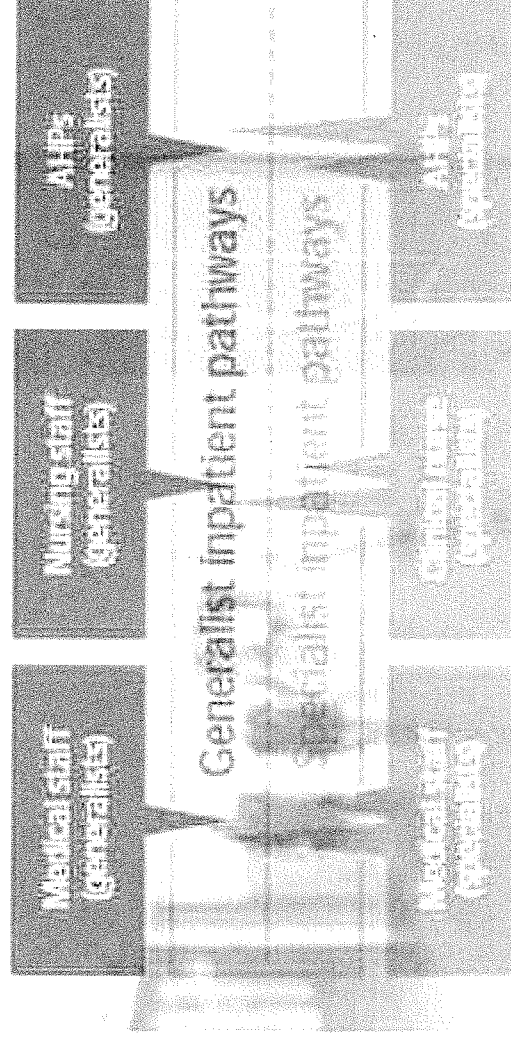
- La transizione culturale verso un chiaro coinvolgimento con il processo di miglioramento, apprendimento, adattamento e revisione.
- Esiti clinici ed esperienza del paziente misurati, evidenziati e rafforzati regolarmente.
- Successi e insuccessi dimostrati nella segnalazione periodica di un insieme concordato di indicatori.
- Qualsiasi paziente che richiede una valutazione geriatrica completa ha questo il giorno dell'ammissione.
- Tutti i tirocinanti di fondazione ruotano come "dottore di emergenza" nel loro primo anno; un'eccellente opportunità per sviluppare una vasta gamma di competenze generaliste e pratiche che abbracciano la medicina, la chirurgia e la cura delle persone anziane.

Come per il Decreto n. 70 del 2015 ⁽¹⁾ del Ministero della Salute il FHP va ben oltre l'ospedale, considerando come l'assistenza medica specialistica si estenda alla comunità e si interfaccia con l'assistenza primaria, comunitaria e sociale, con l'obiettivo di dissolvere i confini tradizionali all'interno dell'ospedale e tra l'assistenza primaria e secondaria..

1. Decreto n. 70 del 02/04/2015 Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera. G.U. n. 127 del 04/06/2015

2. Chris Salisbury et al. Management of multimorbidity using a patient-centred care model: a pragmatic cluster-randomised trial of the 3D approach *The Lancet* Volume 392, No. 10141, p41-50, 7 July 2018 [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31308-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31308-4)

The Medical Division unified clinical, operational and financial management 7 days / week by trained doctors using SOPs



Specialist procedures, clinics, ambulatory care, and community support, specialist education, training and research

Approccio 3D centrato sul paziente

Un recente studio pubblicato sul *Lancet* ⁽²⁾ dimostra che la gestione delle persone con più condizioni croniche è una sfida per i sistemi di assistenza sanitaria progettati attorno a singole condizioni. Esiste un consenso internazionale sul fatto che la cura della multimorbilità dovrebbe essere incentrata sul paziente, concentrarsi sulla qualità della vita e promuovere l'autogestione verso obiettivi concordati. Tuttavia, ci sono poche prove sull'efficacia di questo approccio. Il cosiddetto approccio 3D centrato sul paziente (basato su dimensioni di salute, depressione e farmaci) per i pazienti con multimorbilità migliora

la loro qualità di vita correlata alla salute. L'intervento 3D si basa su un modello di assistenza centrato sul paziente e cerca di migliorare la continuità, il coordinamento e l'efficienza delle cure sostituendo le revisioni incentrate sulla malattia di ogni condizione di salute con una revisione multidisciplinare completa di 6 mesi. Il nome 3D ricorda ai medici di prendere in considerazione le dimensioni della salute in senso lato, la depressione e le droghe, alludendo anche all'approccio olistico multidimensionale.

Ciascuna valutazione in 3D consiste di due appuntamenti (prima con un infermiere e poi con un medico responsabile del caso) e una revisione dei farmaci basata su record da parte di un farmacista.

La lettera di appuntamento chiede al paziente di pensare ai problemi di salute che li infastidiscono di più. L'infermiera si concentra sull'identificazione dei problemi di salute più importanti per il paziente; chiedendo del dolore, delle funzioni e della qualità della vita; screening per la depressione e la demenza; e quindi affronta l'assistenza specifica per la malattia richiesta dal paziente. I risultati vengono stampati come ordine del giorno tenuto dal paziente per informare la successiva consultazione con il medico.

Il farmacista utilizza le cartelle cliniche elettroniche del paziente per rivedere i farmaci e formula raccomandazioni per semplificare e ottimizzare il trattamento.

Il medico prende in esame le recensioni di infermiere e farmacista, discute l'aderenza al trattamento e concorda un piano di salute in collaborazione con il paziente. Al paziente viene consegnata una copia stampata del piano, che specifica in che modo il paziente e i medici affronteranno gli obiettivi concordati nei successivi 6 mesi attraverso consultazioni di routine.

Tutte e tre le fasi della revisione 3D sono basate su un modello elettronico integrato nel sistema di cartelle cliniche elettroniche, che rafforzano l'approccio centrato sul paziente ed è interattivo, con suggerimenti presentati ai medici che cambiano in base alla combinazione di condizioni croniche del paziente.

- Practice-level change**
- Flag patients with multimorbidity in electronic medical records system
 - Promote continuity of care
 - 3D wallet card for patients, naming their responsible doctor
 - Encourage patients to ask for longer appointments when needed
 - Train clinicians and receptionists
 - Replace separate disease-focused reviews with one 6-monthly whole-person 3D review
 - Interactive 3D electronic data entry template; structures the 3D review, facilitates sharing of information between nurse, pharmacist, and physician

3D reviews

- Nurse review**
- Identify the health problems the patient considers most important
 - How do these problems affect their life? Pain, function, daily activities, mobility
 - Screen for depression and dementia
 - Enquire about social situation, carers, and other services involved
 - Record routine health parameters: blood pressure, body-mass index, smoking, and alcohol
 - Disease-specific questions vary (automated) according to patient's conditions
 - Health promotion advice; immunisations if needed
 - Print agenda document for patient; summarises findings of the consultation

Pharmacist review

- Any drugs that are inappropriate or of low priority and might be stopped?
- Any drugs the patient should be taking for their condition that should be started?
- Any ways of simplifying drug regimen (eg, once-daily dosing)?

Physician review

- Review agenda from nurse consultation and pharmacist recommendations
- Review automated template prompts about guidelines for patient's conditions
- Discuss medication adherence
- Agree most important priorities and goals
- Agree how the doctor can help and how the patient can help themselves
- Agree specific actions and timeline for follow-up
- Print health plan which summarises the review
- Includes clinical findings and test results to enhance shared responsibility

Reinforcing implementation

- Each practice has a nominated 3D champion to support implementation
- Automated monthly feedback about completion of 3D reviews by comparison with peers
- Financial incentives for completed reviews

Schema organizzativo dell'offerta di prestazioni specialistiche (CUP II livello)

Nella tabella seguente è riportata l'ipotesi del numero di ore mensili di prestazioni specialistiche, che ciascun Dipartimento dell'Azienda Sanitaria Lancia-Vasto Chieti potrebbe mettere disposizione per i residenti dei 33 Comuni dell'Area Interna, in un CUP di II livello, prenotabile unicamente su Programma (P) dai Distretti nelle Discipline indicate, per i soggetti fragili "protetti". Il numero di ore mensili sono riferite per ogni 100 pazienti fragili per ciascuna Area Distrettuale ed è stata calcolata sulla base alla prevalenza attesa desunta dal Registro della Fragilità dell'Area Interna Basso Sangro Trigno, tenendo conto delle indicazioni della Linea Guida del Nice⁽¹⁾.

Questo approccio ha registrato, come si è visto, notevoli successi per la presa in carico effettiva dei soggetti fragili ed è strategico per il Piano 2018-2020. Tutti e due gli approcci centrati sul paziente citati⁽²⁾ impiegano:

- un termine che ricorda ai medici di prendere in considerazione la dimensione olistica di salute (come il termine "fragilità" nel contesto abruzzese);
- pongono l'infermiere come pro-

1. NICE guideline - Multimorbidity: clinical assessment and management Published: 21 September 2016 of National Institute for Health and Care Excellence www.nice.org.uk/guidance/ng56

2. Future Hospital Program (pag. 49) e Approccio 3D centrato sul paziente (pag.51)

- motore e co-ordinatore principale con il Medico responsabile clinico;
- applicano un processo di revisione della durata di pochi mesi come nel modello delle cure transazionali (CCOT)

- si appoggiano ad un servizio di secondo livello e specialistico non a domanda, ma a programma, unicamente per i controlli periodici, prestabiliti dalle stesse richiedeste specialistiche (le richieste per fenomeni acuti o aggravamenti della patologia rientrano nei percorsi ordinari di richiesta ulteriore di prestazioni specialistiche, ospedaliere o emergenza).

Condizioni a lungo termine individuate dal Piano Nazionale Cronicità(#)	Prevalenza su 100 soggetti fragili	Percorsi assistenziali specialistici (CUP II livello su Programma)					Laboratorio Analisi (*)
		Cardiologia	Diabetologia	Medicina interna - Geriatria	Specialisti specifici	Diagnostica per immagini	
Malattie renali croniche e insufficienza renale	16,6%	2	2	4	5	2	2
Rettocolite ulcerosa e malattia di Crohn	2,0%	2	2	4	2	3	2
Insufficienza cardiaca cronica	23,6%	7	2	4	2	4	2
Malattia di Parkinson e parkinsonismi	1,7%	2	2	2	2	2	2
BPCO e insufficienza respiratoria cronica	15,1%	2	2	2	5	2	2
Diabete mellito tipo II	22,5%	2	7	2	2	2	2
Deterioramento cognitivo e Demenza	18,5%	2	2	6	2	2	2
Totale ore mensili		19	19	24	16	17	14

(#) escluse le cronicità in età evolutiva (*) ore di prelievo venoso

Il contributo della professione infermieristica della Asl2 Lanciano-Vasto-Chieti

Il territorio è inevitabilmente destinato a divenire sempre più il “centro” del Sistema Sanitario e della presa in carico dei bisogni di assistenza dei cittadini.

Le azioni programmatiche e gli investimenti dovranno indirizzarsi a sostenere maggiormente le cure primarie, garantendo l’integrazione e il supporto delle competenze sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali necessarie.

La funzione primaria dell’infermiere sul territorio è quella di assicurare la continuità assistenziale sia in ambito domiciliare, sia in quello ambulatoriale e residenziale.

L’infermiere potrà diventare un punto di riferimento per la comunità anche per quanto attiene

l’informazione sanitaria, la promozione della salute e l’accesso ai servizi a disposizione dei cittadini. Va evidenziato il punto sull’evoluzione del ruolo infermieristico nel contesto socio sanitario e l’inevitabile impatto sull’organizzazione dei servizi territoriali.

I principi di riferimento comprendono l’appropriatezza delle cure in base alle effettive necessità assistenziali di ciascuno, l’accessibilità ai servizi sanitari per tutte le persone presenti sul territorio, l’eticità nell’assistenza quale garanzia della qualità delle prestazioni infermieristiche erogate e la diretta assunzione di responsabilità dei professionisti sanitari a tutela della salute dei cittadini assistiti nella gestione dei percorsi di continuità assistenziale.



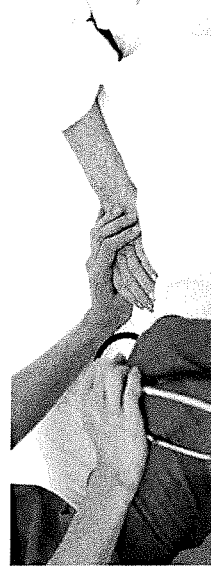
Da questi principi generali discendono la centralità del paziente nel processo di cura quale presupposto per l’innovazione organizzativa dei servizi ed il miglioramento continuo della qualità dell’assistenza.

Muovendosi nel rispetto delle indicazioni fornite dal Piano Nazionale delle Cronicità e in continuità con gli “indirizzi regionali per la presa in carico della cronicità e della fragilità”⁽¹⁾, sono stati in primo luogo costruiti i fondamenti a preparare l’avvio del nuovo percorso di presa in carico dei pazienti cronici e fragili: “Governo delle Domanda” e “Riordino della rete di offerta”.

Alla luce del nuovo contesto assistenziale che vede l’Ospedale come hub principale e i percorsi clinico assistenziali condivisi tra ospedale e territorio come luogo in grado di dare risposte assistenziali, è apparso necessario individuare nuovi modelli organizzativi al cui centro devono essere collocati i bisogni del paziente.

A tale scopo la professione infermieristica della ASL Lanciano-Vasto-Chieti ha proposto la costruzione e l’implementazione di relazioni stabili orientate agli obiettivi di facilitazione della dimissione, consentendo alle diverse figure che agiscono all’interno della struttura ospedaliera di interloquire con le diverse figure professionali presenti in ambito territoriale, permettendo così il decongestionamento dei reparti e la possibilità di rinforzare l’attuale percorso di dimissione e, nella logica della continuità assistenziale, migliorare il coordinamento e l’integrazione fra il sistema delle Cure Ospedaliere ed il sistema delle Cure Territoriali.

Il paziente al centro del sistema di cura questa è la vera sfida del futuro. Garantire la presa in carico globale dei



1. Recentemente riassunti nel DGR n. 421 del 18 giugno 2018 “Presa d’atto e recepimento dell’Accordo Stato Regioni sul Piano Nazionale della Cronicità (CSR 82/2014). Prime disposizioni attuative del punto 1.1 del Piano di riqualificazione del SSR abruzzese 2016-2018”

malati cronici complessi, creare reti assistenziali per favorire l'integrazione ospedale-territorio, incoraggiare il potenziamento dell'assistenza domiciliare ricorrendo anche alla telemedicina. La strategia messa in atto dal Piano della cronicità è dunque quella di fornire strumenti operativi e suggerire modelli organizzativi tesi a supportare le Regioni durante questo profondo cambiamento socio sanitario.

Armonizzare a livello nazionale le attività di gestione delle patologie croniche proponendo un disegno strategico condiviso con le Regioni che, compatibilmente con la disponibilità delle risorse economiche, umane e strutturali, promuove interventi basati sulla univocità di approccio, centrato sulla persona ed orientato ad una migliore organizzazione dei servizi e a una piena responsabilizzazione di tutti gli attori dell'assistenza.

Questo è il vero obiettivo del Piano Nazionale delle cronicità che, richiamando autorevoli modelli internazionali, fornisce indicazioni strategiche per favorire:

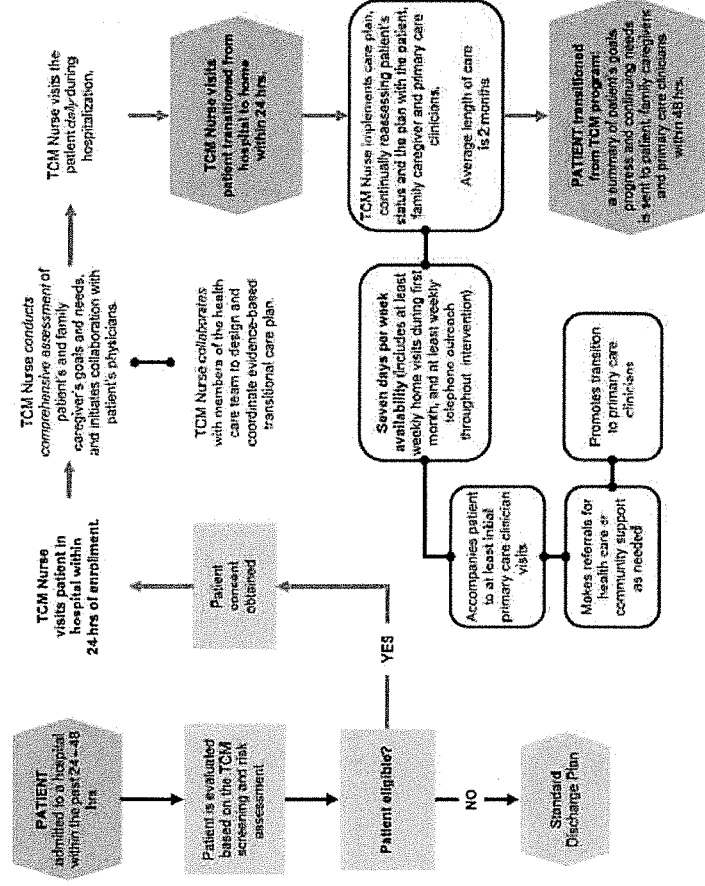
- Il buon funzionamento delle reti assistenziali, con una forte integrazione tra l'assistenza primaria, centrata sul medico di medicina generale, e le cure specialistiche;
- La continuità assistenziale, modulata sulla base dello stadio evolutivo e sul grado di complessità della patologia;
- L'ingresso quanto più precoce della persona con malattia cronica nel percorso diagnostico-terapeutico multidisciplinare;
- Il potenziamento delle cure domiciliari e la riduzione dei ricoveri ospedalieri, anche attraverso l'uso di tecnologie innovative di "tecnico-assistenza";
- Modelli assistenziali centrati sui bisogni "globali" del paziente e non solo clinici.

In riferimento a quanto sopra esposto l'istituzione della **Centrale di Coordinamento e Operativa di Transitional Care** si configura come una infrastruttura tecnico-operativa a forte inte-

grazione sociale e sanitaria, attrezzata a garantire il supporto tecnico operativo al monitoraggio, valutazione e misura della efficacia socio-epidemiologica dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali che si avvalgono delle tecnologie della tele salute per mantenere i soggetti fragili al proprio domicilio, composto dai migliori professionisti sanitari e sociali individuati dalla Conferenza stessa fra le istituzioni che vengono in essa rappresentate.

La Centrale CCOT si ispira e mette in pratica il **modello della Transitional Care (TCM)**, un modello rigorosamente sperimentato negli Stati Uniti che ha costantemente dimostrato l'efficacia nell'affrontare le esigenze della popola-

Transitional Care Model

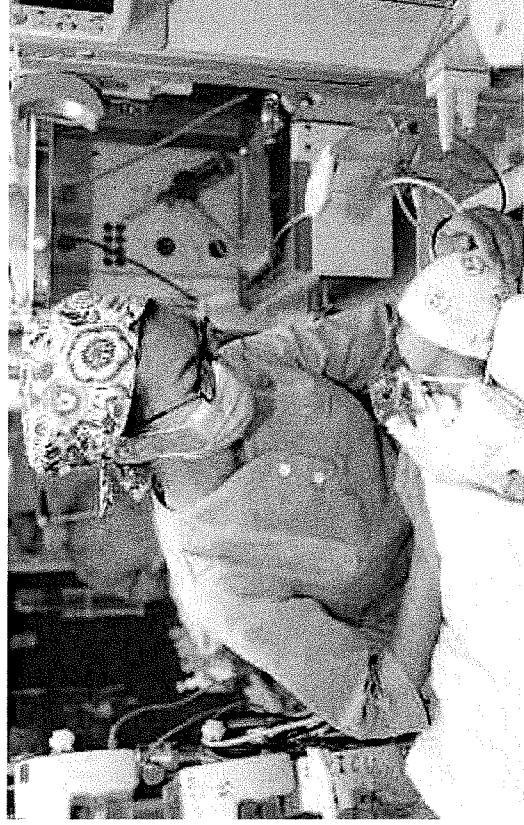
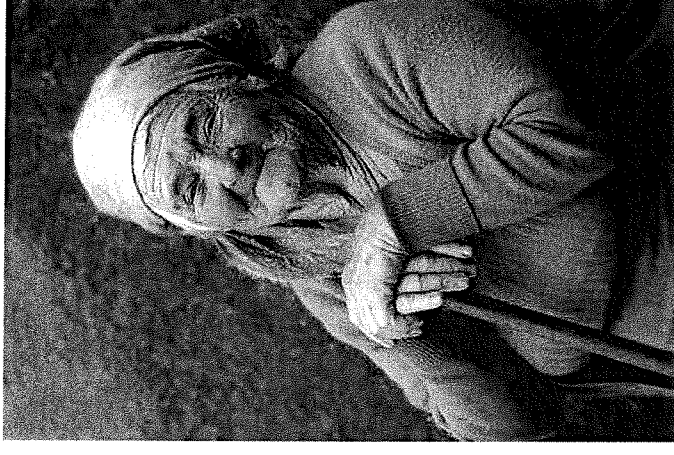


zione fragile, riducendo al contempo i costi sanitari. Il TCM è un intervento guidato dagli infermieri, rivolto agli anziani fragili, a rischio di esiti sanitari negativi, mentre si spostano da una struttura sanitaria all'altra e tra i diversi specialisti medici. I pazienti sono seguiti per circa due mesi dopo la transizione di setting assistenziale. La diffusione degli ambulatori infermieristici della fragilità, due oggi quelli istituiti nella nostra Azienda a Casoli e Gissi, rappresenta un nodo strategico del sistema delle cure primarie, le criticità sono ancora tante e si cercano soluzioni utili per creare una stretta connessione funzionale con i MMG e la rete dei servizi, consentendo il monitoraggio dei fattori di rischio nella popolazione e la gestione dei soggetti con patologie cronico-degenerative, oltre a fornire risposte assistenziali adeguate nei confronti di eventi acuti. Inoltre, questo setting assistenziale costituisce uno dei luoghi privilegiati per lo sviluppo di un approccio di iniziativa (proattivo), tendente a superare l'attuale modello basato sull'attesa. Gli ambulatori della fragilità prevedono la "presa in carico" della persona attraverso la valutazione del bisogno di assistenza, l'uso di metodologie e strumenti di pianificazione per obiettivi e di adeguati strumenti informativi (cartella infermieristica fragilità). Assolvono alla funzione dell'infermieristica in ambito comunitario, in un otti-

ca di multidisciplinarietà; essi si integrano nei processi distrettuali e, qualora i bisogni dell'assistito richiedano una forte integrazione sociosanitaria, prevedono l'utilizzo di metodologie per la Valutazione Multidisciplinare, contribuendo alla stesura del Piano Assistenziale Individuale (PAI).

Prendere in carico significa letteralmente "farsi carico dei problemi dell'altro". Nel nuovo percorso, quindi, un Gestore (COCT) programma e organizza annualmente tutti i servizi necessari a dare risposta ai bisogni di ciascun paziente, affiancandolo e garantendogli un'assistenza continuativa. Il nuovo modello di presa in carico prevede che l'attività di coordinamento della COCT organizza tutti i servizi sanitari e sociosanitari necessari al paziente in relazione alle patologie croniche di cui soffre e che sono stati inseriti nel suo "Piano di Assistenza Individuale" di validità annuale. Supporta quindi il cittadino programmando le prestazioni che devono essere erogate, emettendo le prescrizioni, fissando gli appuntamenti, verificando i referti, ecc.

Il PAI (Piano di Assistenza Individuale) è lo strumento che raccoglie la programmazione e la pianificazione personalizzata annuale del percorso di cura di ciascun paziente cronico. Al suo interno sono dettagliate tutte le prestazioni (visite ed esami) e le prescrizioni farmacologiche che il paziente deve effettuare nell'arco di un anno relativamente alle specifiche patologie croniche.



Nell'intervallo di validità (in corso d'anno) il PAI è integrabile in base alle necessità (analogamente a ciò che avviene, in sede di ricovero, per una cartella clinica). La Centrale di Coordinamento territoriale dispone di una "filiera erogativa", cioè di un ampio elenco di strutture erogatrici alle quali indirizzare i pazienti per effettuare le prestazioni necessarie, come previste dal Piano di Assistenza Individuale. Prima di sottoscrivere il Patto di cura, in ogni caso, il paziente prende visione della "filiera erogativa". Il paziente può naturalmente decidere di rivolgersi ad altri erogatori non inseriti nella filiera erogativa, ma in questo caso non gli vengono garantite le prenotazioni e le tempistiche che ritiene adeguate alle sue necessità.

Attraverso il Patto di Cura, la CCOT si impegna formalmente a garantire a ciascun cittadino l'erogazione delle prestazioni e dei servizi necessari e appropriati, con modi e tempi predefiniti. Il Patto di cura è quindi lo strumento attraverso il quale tra il Paziente e CCOT viene sancito l'accordo di fiducia.

Sottoscrivendo formalmente il Patto di Cura il cittadino esprime il proprio consenso formale ad avviare il percorso di cura. Il Patto di Cura ha validità annuale e non prevede rinnovo automatico.

Molto spesso si parla di tutela della fragilità riferendosi ad anziani e disabili che non hanno un riferimento territoriale col quale potersi confrontare, non vanno dal medico di famiglia, ma poi quando la situazione diventa ingestibile vanno a intasare i Pronto Soccorso.

Il modello operativo proposto è fondato sulla figura del generalist nurse anglosassone.

Le consulenze assistenziali sono una componente fondamentale per la riuscita di una adeguata presa in carico, ad esempio intervenire per organizzare il domicilio in occasione di una dimissione programmata, recarsi in ospedale o presso le strutture prima della dimissione allo scopo di prendere le consegne dal personale ospedaliero e accordarsi riguardo la migliore soluzione da adottare per garantire la continuità assistenziale. Inoltre, collaborare sistematicamente con MMG con-

sente di evitare ricorsi al Pronto soccorso, lì dove la situazione è gestibile e risolvibile a domicilio.

INFERMIERE DI FAMIGLIA E COMUNITÀ (IFeC)

Partendo dalla consapevolezza di dover sviluppare nuovi modelli organizzativi territoriali che rispondano sempre più alla gestione della cronicità e al sostegno all'autocura, è risultato fondamentale consolidare alcune linee di sviluppo ed innovare il modello assistenziale infermieristico territoriale.

In questo contesto si inserisce l'IFeC una figura professionale formata per dirigere e incoraggiare la famiglia, identificando i suoi bisogni di salute e indicando la strada migliore nell'utilizzo dei servizi sanitari. Gli obiettivi principali che l'Infermiere di Famiglia e Comunità persegue sono quello di promuovere e proteggere la salute dell'individuo e della popolazione per tutto l'arco della vita insieme a quello di ridurre l'incidenza delle malattie e degli incidenti più comuni, alleviando le sofferenze che questi causano.

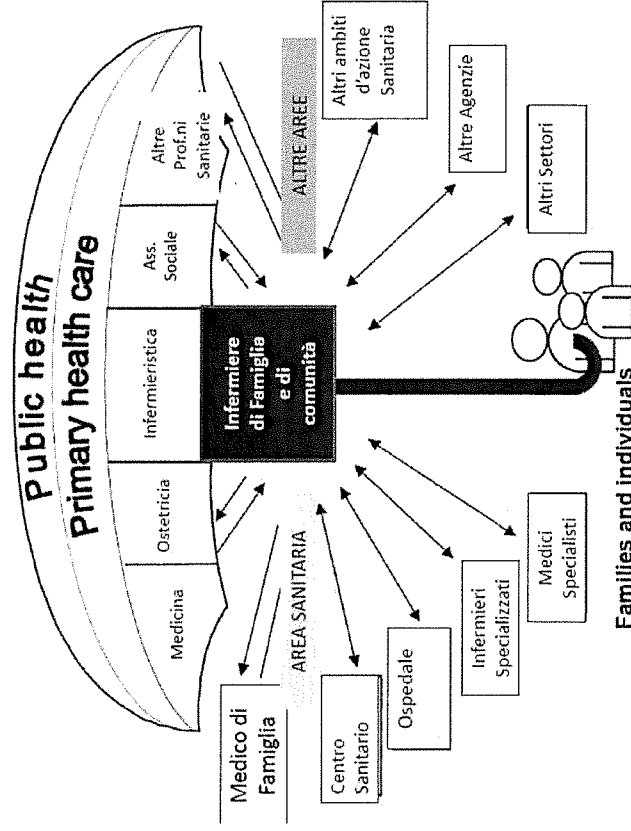


Elementi fondamentali dell'area delle cure primarie sono dunque:

- l'estensività ed equità nell'assistenza e nell'accesso alle cure
- la prossimità delle cure ai luoghi di vita dei cittadini
- l'integrazione tra attività sanitaria e sociale
- valorizzazione del capitale umano e sociale a disposizione dell'individuo
- la partecipazione della comunità locale e dei cittadini alla programmazione dei servizi e alla valutazione delle attività e dei risultati di salute.

Quello dell'IFeC è quindi un ruolo fondamentale per garantire la continuità assistenziale dove devono combinarsi i diversi elementi già propri dell'infermiere di sanità pubblica e di comunità, migliorando e facilitando l'accesso alle cure primarie, integrandoli con gli aspetti dell'infermieristica di comunità.

L'IFeC deve possedere le competenze per gestire i processi infermieristici in



ambito familiare e comunitario.

Per garantire una presa in carico globale l'IFC deve possedere delle "competenze estese" che dovranno rappresentare il normale patrimonio di tutti gli infermieri delle cure primarie. L'IFeC nell'assistere individui e famiglie mostra abilità in vari ambiti, fornisce "risposte" ad alta complessità in ambiti specifici e riconosce la necessità di richiedere consulenze/attività infermieristiche, attingendo sia da risorse ospedaliere che da pool territoriali.

Questo nuovo approccio spinge l'organizzazione al superamento dell'attuale sistema delle competenze organizzato per "silos" cioè aree assistenziali delimitate (cure palliative, sanità di iniziativa, cure domiciliari integrate e prestazioni) verso un modello orientato alle persone e alla globalità dei loro bisogni.

Le competenze richieste sono le seguenti ⁽¹⁾:

- Consultare sistemi informativi e documenti per conoscere i problemi di salute e fattori di rischio prevalenti nel territorio di competenza;
- Identificare fattori di rischio prioritari e bisogni di salute dell'individuo nelle diverse fasi della vita (adulta, infanzia, adolescenza) della famiglia/comunità;
- Identificare e gestire le priorità assistenziali in pazienti con diversi livelli di complessità;
- Partecipare alla pianificazione, alla realizzazione del piano assistenziale individuale nell'ambito dell'equipe multi professionale e contribuire al monitoraggio;
- Collaborare alla redazione, conoscere ed utilizzare i PDTA pertinenti;
- Conoscere il panorama dell'offerta dei servizi territoriali e le modalità di accesso;
- Conoscere ed utilizzare gli strumenti atti a garantire la continuità assistenziale.

1. Silvia Marcadelli, Paola Obbia, Cesarina Prandi - Assistenza domiciliare e cure primarie. Il nuovo orizzonte della professione infermieristica - Edra, 2018

ziale;

- Elaborare e realizzare progetti educativi rivolti a singoli e gruppi e orientare le persone verso i programmi di autocura (cronicità);
- Partecipare alla gestione di interventi di educazione alla salute che si fondano sullo sviluppo di abilità di vita (fragilità);
- Lavorare in stretta collaborazione con i MMG ed i PLS in particolare per le situazioni di fragilità, cronicità e complessità.

Le milestones del modello organizzativo sono ^(1, 2):

Estensività e prossimità

L'estensività richiama il concetto di comprensione, ovvero: comprendere bisogni diversi per organizzare risposte diversificate e operare in diversi setting assistenziali. L'estensività necessaria di un'ampia area di competenze trasversali e, in rete con colleghi esperti per settori, consente l'identificazione delle fragilità, la stratificazione del rischio di malattia e la personalizzazione del caring.

Territorialità

L'ambito di riferimento territoriale dell'Infermiere di Famiglia e Comunità è importante elemento a supporto dell'organizzazione e prevede, nello specifico, l'affidamento all'infermiere di Famiglia e di Comunità di gruppi di popolazione identificati e geograficamente delimitati. La conoscenza del territorio di riferimento e dei suoi abitanti è elemento fondamentale per l'espressione del modello.

Accessibilità ed equità

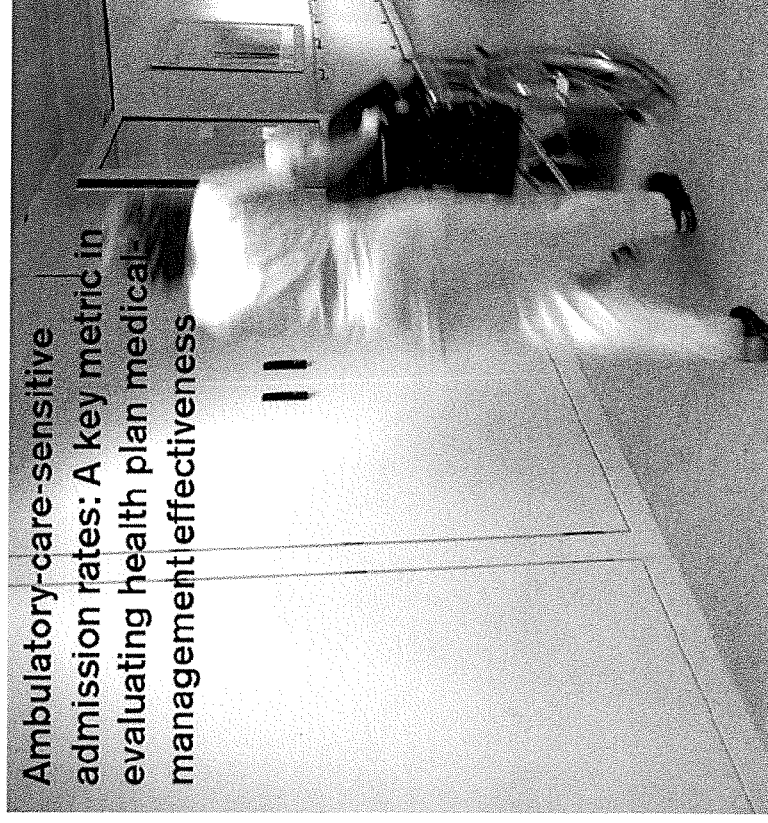
L'infermiere di famiglia e comunità è in grado di orientare e facilitare l'accesso appropriato e tempestivo dell'utente ai vari servizi presenti in uno

1. Gennaro Rocco, Silvia Marcadelli, Alessandro Stievano, Costantino Cipolla - Infermiere di Famiglia e di Comunità. Proposte di policy per un nuovo welfare - Franco Angeli, 2017
2. DGR n. 597 del 04/06/2018 Regione Toscana "Indirizzi per lo sviluppo del modello assistenziale infermiere di Famiglia e di Comunità. Approvazione e destinazione delle risorse.

specifico territorio di riferimento. In tal modo permette a tutti gli utenti, e in particolare a quelli con difficoltà socio-economico-culturali, di accedere facilmente ai servizi socio-sanitari territoriali, contribuendo così all'equità del sistema di cure.

Proattività, intercettazione del bisogno

La conoscenza della rete di servizi socio-sanitari, della comunità e del profilo di salute del territorio di riferimento permetterà all'infermiere di Famiglia e di Comunità di intervenire con azioni di promozione della salute, monitoraggio degli assistiti assegnati, presa in carico tempestiva, follow up.



REGOLAMENTO ATTIVAZIONE UNITÀ DI DEGENZA MULTIDISCIPLINARE TRANSIZIONE DELLE CURE

E' apparso necessario, nell'ultimo triennio, per il raggiungimento degli obiettivi sovraesposti, riqualificare la rete dell'offerta ospedaliera e territoriale in senso orizzontale secondo differenti livelli di intensità di cura/complessità assistenziale in funzione del bisogno di assistenza richiesto dalla persona in carico.

Al fine di definire e assicurare un percorso di continuità assistenziale (Piano Nazionale Cronicità, 2016), si è proposto di sperimentare, un modulo di degenza di transizione delle cure a bassa intensità clinica dotata di posti letto funzionali e flessibili integrati a quelli dell'Area OBI, con l'obiettivo di garantire una risposta appropriata a bisogni di assistenza sulla base di oggettivi criteri clinico – assistenziali (Regolamento attivazione Unità di Degenza Multidisciplinare Transizione delle Cure). L'Unità di Degenza Multidisciplinare T. C. è un'area di cure a bassa intensità clinica di tipo intermedio dotata di posti letto funzionali. Per migliorare il flusso dei pazienti, evitare letti vuoti e ridurre così l'attesa nei corridoi del Pronto Soccorso si è proposto, inoltre, di attivare una figura di Bed manager che si rende possibile a completamento del riordino dei ricoveri per intensità di Cura e Assistenza.

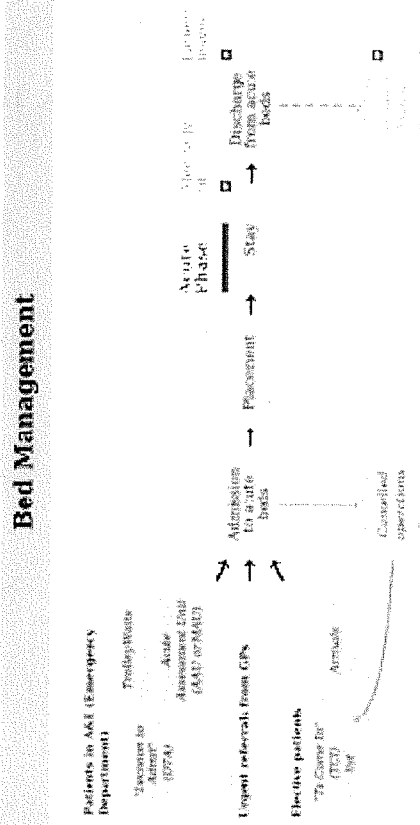
Di fatto, il Bed Manager crea le condizioni per usare al meglio tutti i posti letto disponibili nella struttura attraverso la programmazione di tutta l'attività di ricovero, l'attività chirurgica, l'attività ambulatoriale e pianificando in modo dinamico la logistica dei pazienti in base alle fasi della degenza. L'obiettivo del management in sanità è assicurare il coordinamento e l'integrazione tra logistica, aree produttive ospedaliere e percorsi diagnostico-terapeutici, garantendo efficaci processi clinico-assistenziali senza spreco di risorse. Infatti, il percorso di cura dei pazienti attraverso una serie di aree "produttive", che è importante saper programmare e gestire nel modo più efficace possibile al fine di ottimizzare i flussi fisici dei pazienti. Il patient flow è inteso come la movimentazione del paziente all'interno della struttura sanitaria dall'ammissione alla dimissione e molti dei problemi tipici delle moderne realtà ospedaliere sono proprio legati ad una cattiva gestione di questi flussi tra le varie aree dell'ospedale.

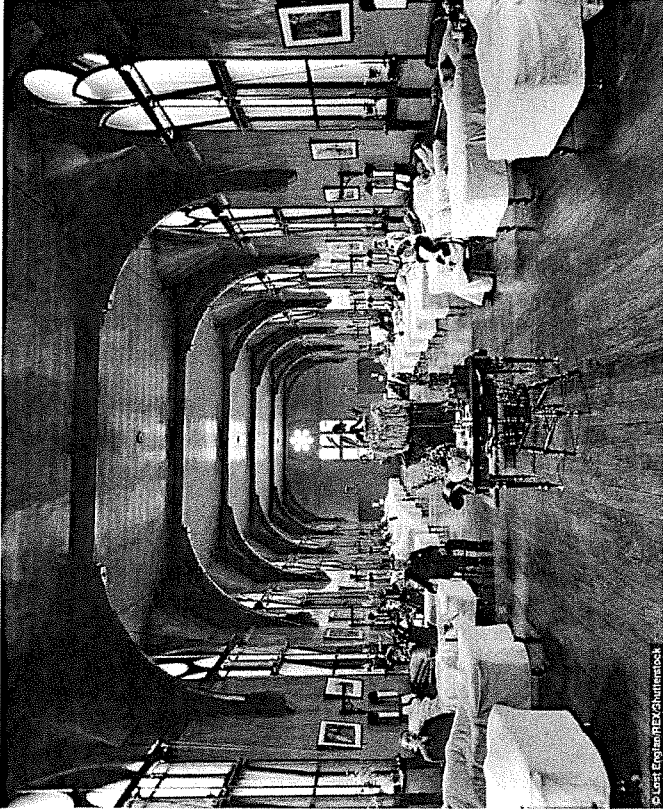
Il **Bed manager** diviene di fatto:

- il centro di coordinamento dell'intero flusso dei pazienti in entrata ed uscita dai percorsi di ricovero;
- tutte le richieste di posti letto di ricovero giungono a tale figura (e non più ai singoli reparti) la quale, dispone della situazione dei posti letto al momento disponibili in tutto l'Ospedale in tempo reale;
- monitorizza quotidianamente le dimissioni verso il territorio e collabora in modo sinergico, per dare risposta a bisogni socio-sanitari complessi, con il PUA/Nucleo Operativo Distrettuale per facilitare la continuità del percorso del paziente anche fuori dell'Ospedale.

La necessità di un **Bed Manager** nasce anche per rispondere ad alcune importanti criticità verificatesi negli ultimi anni, in concomitanza con il cambiamento demografico della popolazione residente e con la riduzione del numero dei posti letto. Il fenomeno dell'anzianità risulta particolarmente rilevante: le persone ultra-sessantacinquenni costituiscono ormai il 20-25% della popolazione e l'indice di vecchiaia è elevato. A questo allungamento della vita non sempre corrisponde un effettivo miglioramento della sua qualità: con l'aumento dell'età cresce il problema della mancata autosufficienza aggravata dalla presenza di pluripatologie e dall'isolamento sociale dell'anziano.

Si registra in genere un incremento del numero degli anziani con problemi





sanitari importanti che crea un aumento del bisogno di sostegno delle famiglie per il reinserimento dell'anziano dimesso e non autosufficiente presso il proprio domicilio. In queste condizioni risulta a volte difficoltoso organizzare un percorso clinico che consenta al paziente il rientro a domicilio o in struttura; e spesso i caregiver trovano difficoltà nell'integrazione dell'aspetto clinico con le problematiche sociali. La dimissione "protetta" non viene identificata all'ingresso e spesso non vengono attivate le procedure corrette (assistente sociale, UVM) creando così difficoltà alla dimissione del paziente che necessita di supporto. Per stabilire l'effettiva eleggibilità nella degenza Multidisciplinare Transitional Care e per quantificare il bisogno assistenziale del paziente si procede ad una valutazione con opportuni criteri clinico assistenziali del sistema di valutazione ICA, IDA/MEWS e BRASS.

Il ricovero nella degenza **Multidisciplinare T.C.** è sempre programmato e finalizzato alla risoluzione di un problema attraverso interventi a bassa complessità assistenziale; il trasferimento nella degenza viene richiesto dal Medico Ospedaliero del reparto di provenienza specificando la diagnosi, i giorni di ricovero effettuati e l'unità operativa da cui proviene il paziente.

L'accettazione dell'utente nella degenza Multidisciplinare T.C. avviene a cura del responsabile infermieristico e/o dell'infermiere della degenza, previa definizione del Progetto di assistenza individuale (PAI) in collaborazione con il Medico di riferimento.

La dimissione è concordata tra l'infermiere responsabile della Degenza M.T.C. e Medico Ospedaliero del reparto di provenienza, previa consegna all'utente ricoverato di una relazione sintetica contenente informazioni sul programma eseguito durante la degenza e la terapia in atto alla dimissione.

Nella Degenza M.T.C. saranno seguiti anche i pazienti in procinto di uscire dall'ospedale, quelli che stanno per tornare a casa in assistenza domiciliare e quelli che stanno per essere trasferiti in un'altra struttura sanitaria territoriale; all'interno della degenza è dedicata un'area (Discharge Room) ai pazienti che stanno per essere dimessi. Grazie a quest'area possiamo ottimizzare e ridurre i tempi di dimissione dei pazienti e liberare più velocemente i posti letto per chi è in attesa.

Nella Discharge Room i pazienti e i loro familiari potranno ricevere assistenza per tutte le loro esigenze dalla documentazione sanitaria a tutte le informazioni utili sulle



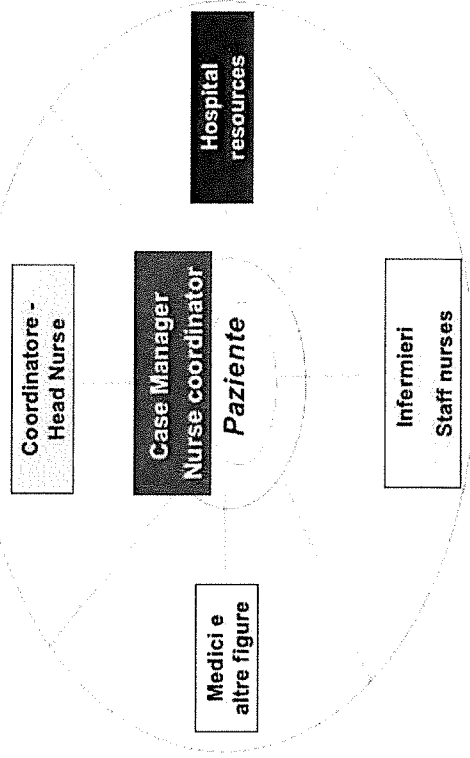
modalità di dimissione fino alla consegna dei farmaci prescritti da parte del medico e alle dovute indicazioni sulla somministrazione.

L'uscita dei pazienti dall'Unità di Degenza Multidisciplinare T.C. avviene previo colloquio informativo eseguito dal Responsabile Infermieristico per la presa in carico da parte dei servizi territoriali e/o della famiglia.

All'assistito viene consegnata la lettera di dimissione per il Medico di Medicina Generale o per le Strutture Territoriali comprendente il ricovero nell'Unità di Degenza per Acuti e quella di Degenza Multidisciplinare T.C.

Il modello assistenziale dell'Unità di Degenza Transizione delle Cure deve stabilire stretti collegamenti di tipo dipartimentale con le altre discipline interne al presidio ospedaliero, collegarsi funzionalmente con l'area OBI, Pronto Soccorso e con le varie strutture territoriali della rete distrettuale dei servizi.

Struttura del Case Management



Nel futuro da protagonisti: la ricerca, la clinica e l'organizzazione del wound care di domani
VII CONGRESSO NAZIONALE

I due modelli l'Ambulatorio Infermieristico di fragilità e la Degenza per continuità assistenziale/transitional care, rispondono all'esigenza di:

- migliorare l'accessibilità e la fruibilità da parte dei cittadini dei servizi sanitari e delle prestazioni di assistenza sanitaria primaria (livello di primary care), anche in stretta collaborazione funzionale con il Punto Unico di Accesso sociosanitario (PUA);
- costituire una cerniera tra i servizi ospedalieri, territoriali (di assistenza domiciliare, salute mentale, geriatria, materno-infantile, specialistica ambulatoriale e Medici di Medicina Generale) al fine di assicurare la continuità assistenziale;
- garantire risposte appropriate ai bisogni di assistenza infermieristica della popolazione attraverso l'uso di metodologie e strumenti di pianificazione per obiettivi e la definizione di percorsi assistenziali integrati;
- identificare strategie efficaci per migliorare le transizioni di cura e ottimizzare gli esiti sulla salute delle attività sanitarie per i pazienti fragili con più condizioni croniche, complicate da altri fattori di rischio, come i deficit nelle attività della vita quotidiana o le barriere sociali;
- promuovere nelle persone i processi di autocura (self care), anche al fine di realizzare una partecipazione attiva e consapevole alle scelte di natura assistenziale (Empowerment del Cittadino);
- promuovere l'attività di prevenzione ed educazione alla salute;
- ridurre la degenza ospedaliera.

PROCEDURA GENERALE ORGANIZZAZIONE ASSISTENZIALE DEGLI OSPEDALI DI COMUNITÀ

E' stato, inoltre, definito il modello organizzativo degli Ospedali di Comunità dell'ASL2 Abruzzo Lanciano – Vasto – Chieti (Procedura PGSQA89) al fine di:

- Favorire un'appropriata gestione del ricovero ospedaliero fornendo un'alternativa di cura e assistenza per pazienti post acuti o per soggetti con patologie cronico-degenerative in fase di riabilitazione.
- Ridurre giornate di degenza ospedaliera inappropriate, attraverso il moni-

toraggio dello stato clinico generale dei pazienti con patologie cronico-degenerative e consolidando i risultati terapeutici ottenuti nel reparto ospedaliero per acuti, prevenire le complicanze e favorire il recupero dell'autonomia, in un'ottica di rientro a domicilio, o di ricorso a forme assistenziali territoriali e/o residenziali.

- Ritardare gli ingressi a carattere definitivo in strutture residenziali, legati all'insorgenza di difficoltà familiari e sociali o alle difficoltà di gestione delle mutate condizioni fisiche e funzionali dell'anziano dopo un'evenienza acuta.
- Favorire l'integrazione tra strutture ospedaliere e rete territoriale dei servizi al fine di assicurare la continuità assistenziale.
- Favorire la presa in carico proattiva delle condizioni di fragilità assistenziale non limitate all'episodio di ricovero presso l'Ospedale di Comunità.

Quest'obiettivo è ottenuto garantendo al paziente un'assistenza personalizzata che consideri oltre agli aspetti specifici della sua malattia, anche un'assistenza globale su tutti gli aspetti della persona:

- attuando interventi rivolti allo sviluppo di competenza e/o abilità di autocura,
- supportando l'aderenza del paziente alla terapia e alle raccomandazioni mediche valutando nel dettaglio i fattori di ostacolo,
- promuovendo l'adozione di corretti stili di vita.

Il personale infermieristico è il principale protagonista del nuovo modello assistenziale, nonché il riferimento operativo nella gestione



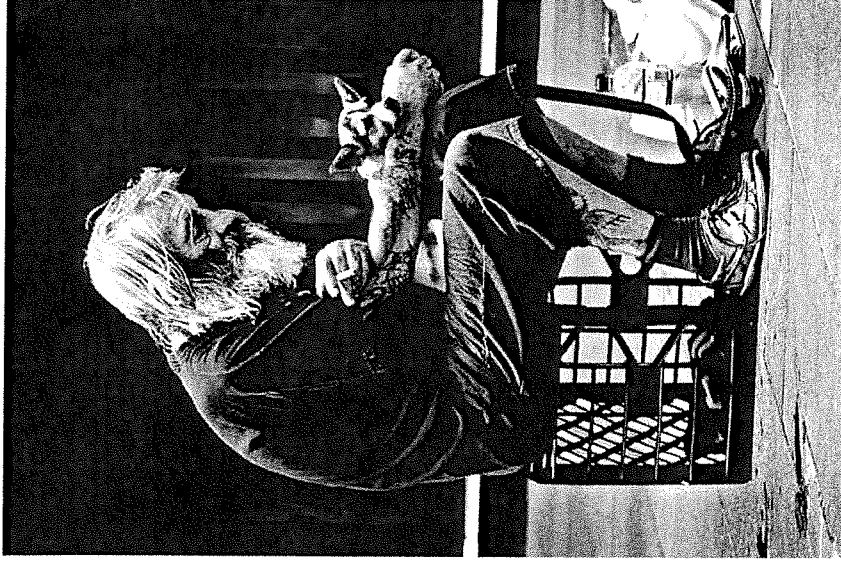
del reparto nel corso delle 24 ore. In questo contesto la responsabilità clinica del paziente è affidata al MMG mentre la responsabilità organizzativa dell'assistenza è a carico del personale infermieristico, che gestisce direttamente il paziente assumendo come modello il case-management. Per stabilire l'effettiva eleggibilità dei pazienti e per quantificare il bisogno assistenziale dei pazienti si possono utilizzare, con opportune modifiche, i criteri clinico assistenziali del sistema di valutazione ICA e BRASS.

Le scale di valutazione sono strumenti in grado di individuare i bisogni del paziente e se ripetute nel tempo possono dare indicazioni sull'andamento dello stato generale, permettendo di qualificare i miglioramenti o i peggioramenti, possono, inoltre, essere utilizzate per la trasmissione di informazioni permettendo di conoscere in tempo reale l'esistenza e la dimensione di un fenomeno, valutare l'efficacia dei piani assistenziali ed esprimere giudizi sui carichi di lavoro. Il PAI individua gli obiettivi di cura e assistenza che l'équipe multidisciplinare intende perseguire, tali obiettivi sono soggetti a verifica e adeguamento periodico e devono essere quindi misurabili e quantificabili.

Laddove le condizioni del paziente risultano modificate, la valutazione assistenziale deve essere ripetuta dall'Infermiere Case Manager attraverso l'utilizzo delle scale validate (ICA, BRASS) ed utilizzate come proposta motivata da presentare all'UVM per la rivalutazione del PAI. E' stata predisposta la registrazione dei parametri assistenziali basati sulla popolazione che comprende:

- profilo fragilità;
- valutazione socio-educativa (VASE);
- indicatori di degenza Ospedale di Comunità;





- Scala MMAS-8 (Aderenza alla terapia);
- Scala ADL;
- ICA/BRASS.

E' sempre più frequente la difficoltà di **d i m e t t e r e** dall'Ospedale, tempestivamente, con percorsi adeguati, soggetti con elevati bisogni assistenziali, difficoltà che genera distrofie tali per cui il paziente permane impropriamente nel contesto ospedaliero con un aumento del rischio ed una riduzione dell'efficienza. Il fenomeno riguarda tutte le UU.OO. ma principalmente quelle del Dipartimento Medico, per cui sempre più numerosi risultano gli "appoggi" di pazienti in altri Reparti con conseguenti disagi all'utente e diffusa diminuzione dell'efficienza organizzativa e produttiva.

Si è posta, pertanto, la necessità di integrare l'attuale percorso della dimissione protetta nella logica della continuità assistenziale, migliorando il coordinamento e l'integrazione fra il sistema delle Cure Ospedaliere ed il sistema delle Cure Territoriali.

Condizione indispensabile affinché il riequilibrio ospedale-territorio possa

realizzarsi è che esso abbia, come premessa, una vera integrazione e comunicazione tra le parti, nella condivisione di percorsi diagnostico-terapeutici con specifico riconoscimento professionale.

DIMISSIONE PROGRAMMATA DEL PAZIENTE FRAGILE

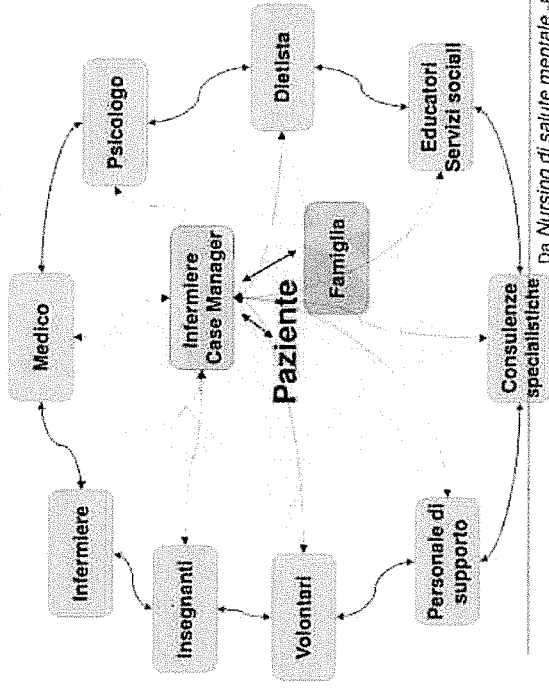
Per "Dimissione programmata del paziente fragile" si intende la dimissione del soggetto che, non sussistendo ulteriormente la necessità della degenza ospedaliera, deve essere accompagnato nella dimissione garantendo l'adeguata risposta ai suoi bisogni assistenziali. Una volta superata la fase post-acuta e ottenuta la stabilizzazione clinica del paziente, nell'ottica di garantire la continuità delle cure e favorire forme di assistenza alternative al ricovero ospedaliero, si rende necessario realizzare un nuovo modello organizzativo mirato alla pianificazione, già in fase di presa in carico, della dimissione programmata di pazienti portatori di alcune patologie definite (Scopenso cardiaco, BPCO, Diabete) nelle UU.OO. di Clinica Geriatrica, Medicina, Neurologia, Ortopedia e Lungodegenza del Presidio Ospedaliero e definizione del percorso extra-ospedaliero, al fine di identificare il setting più idoneo in base alla prevalenza sanitaria o sociale che caratterizza il paziente. La dimissione del paziente fragile deve avvenire in modo programmato cosicché all'assistito vengano fornite le prestazioni ed i servizi sanitari, socio-sanitari e sociali integrati necessari, appropriati ed erogabili a livello territoriale.

La dimissione programmata del paziente fragile, presuppone una continuità assistenziale e richiede che la dimissione sia pianificata fin dall'inizio dell'ammissione in Ospedale mediante lo stretto coordinamento tra:

- U.O. Ospedaliera di dimissione;
- Medico di Medicina Generale;
- P.U.A.;
- Infermiere di Fragilità;
- Servizi Sociali del Comune di residenza del paziente (laddove necessario);
- il paziente e la sua famiglia.

L'intero processo prevede pertanto vari protagonisti con funzioni, competenze ed attività proprie che vengono definite nella procedura Dimissione programmata paziente fragile PSQA71.

Approccio metodologico Team e progetto terapeutico - Approccio integrato



Da *Nursing di salute mentale* - P. Baroffi - E. Spagnoli
adattato Emanuele Bascelli

appropriate ai complessi bisogni psichici del paziente e della sua famiglia, e, a garantire interventi efficaci richiede la definizione di un nuovo modello organizzativo- assistenziale relazionale (case management) in grado di fornire risposte efficaci ai bisogni complessi degli utenti che accedono al servizio.

Tale organizzazione mira al miglioramento dei processi assistenziali attraverso una gestione interdisciplinare e multi professionale al fine di promuovere sinergie di qualità fra gli operatori infermieristici consentendo una ottimale utilizzazione delle risorse, la continuità dei trattamenti riabilitativi, il coordinamento dei diversi interventi, il collegamento con i servizi psichiatrici e gli altri servizi, siano essi sanitari o sociali e l'integrazione funzionale del personale interessato al fine di garantire la tempestività degli interventi diagnostico terapeutici, educativi-assistenziali.

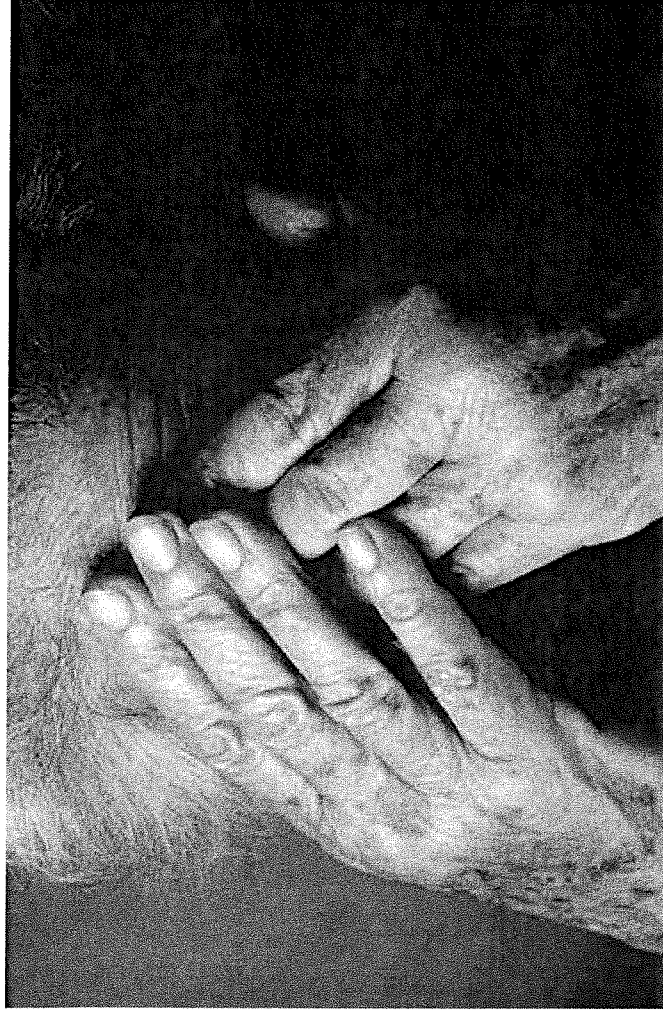
La funzione infermieristica, per la presa in carico proattiva del paziente (case management), comprende:

- aiuto all'organizzazione delle attività in applicazione del PAI;
- catalizzare sul paziente i compiti collaborativi dei vari professionisti;
- abilitare i sistemi remoti di tele salute e teleassistenza, compresa la rilevazione di dati e informazioni da remoto;
- coordinare la transizione tra diversi setting assistenziali (es. ospedale-territorio);
- rendere il caregiver consapevole e in grado di contribuire alle decisioni circa il mantenimento della salute del paziente;
- assistere il paziente e il caregiver alla gestione della propria salute (educazione terapeutica, self care e consigli);
- far fronte agli alert e ai reminders per facilitare l'aderenza al PAI.

MODELLO DI CASE MANAGEMENT NEI SERVIZI PSICHIATRICI

Dopo l'analisi di alcune criticità organizzative è stato, inoltre, proposto l'introduzione di un modello di case management nei servizi psichiatrici, una modalità organizzativa per la gestione dei pazienti psichiatrici che permette di "prenderci cura" dell'individuo nel suo complesso. Il modello organizzativo proposto vuole rappresentare un'importante sfida per fornire risposte ai complessi bisogni dei pazienti con disagio psichico, al sempre crescente bisogno di personalizzazione della gestione di situazioni cliniche e sociali complesse e per il miglioramento della qualità del servizio.

E' emerso che l'intervento multidisciplinare, necessario ad assicurare risposte



- soggetti che nella prima parte della presa in carico richiedono un'elevata protezione socio assistenziale, ma successivamente, attraverso progetti riabilitativi è proponibile il recupero di attività finalizzate ad una minore protezione e maggior autonomia,
- soggetti che a causa delle complicità della patologia di base o per un deficit del contesto ambientale hanno già molti interventi fallimentari alle spalle, necessitano di un elevato supporto sanitario e assistenziale con elevati livelli di protezione e corposi e prolungati interventi riabilitativi.

Lo scopo è quello di:

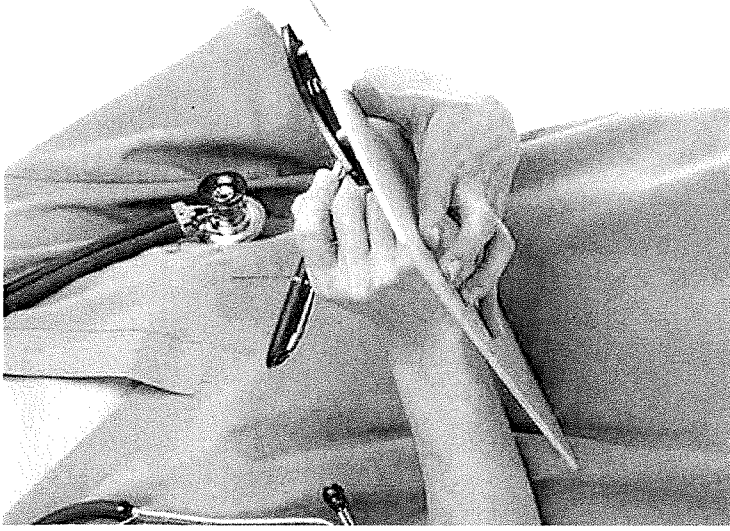
- identificare la più appropriata sequenza di azioni assistenziali (valutazione aderenza alla terapia, educazione ai corretti stili di vita e al self-care) da attuare per conseguire i migliori obiettivi di salute in relazione alle diverse fasi di malattia;
- assicurare un'organizzazione coordinata e integrata dei diversi livelli e degli atti assistenziali;
- superare le logiche prestazionali e promuovere quelle della progettazione e dell'organizzazione dei processi di assistenza, attraverso la messa in atto di interventi proattivi, a partire dalla prescrizione medica e uniformare gli interventi tenendo conto dei diversi contesti organizzativi presenti;
- attuare gli interventi secondo i principi basati sulle prove di efficacia;
- misurare e valutare l'intero processo di cura, identificando gli ambiti di miglioramento;
- contribuire ad affermare per le patologie croniche nell'adulto il modello assistenziale della gestione integrata che pone al centro dell'intero sistema di cura un paziente informato ed educato;
- supportare il paziente a svolgere un ruolo attivo nella gestione della malattia, promuovendone la prevenzione e l'auto-monitoraggio.

PROCEDURA GENERALE GESTIONE INTEGRATA DEI DISTURBI COGNITIVI E DELLE DEMENZE

Soprattutto per le patologie cronico-degenerative come le demenze, appare necessario definire un insieme di percorsi assistenziali secondo una filosofia di gestione integrata della malattia che, come è documentato in letteratura da diverse esperienze internazionali, risulta efficace ed efficiente in rapporto ad un miglioramento della storia naturale della malattia (Procedura PGSQA86).

L'intervento assistenziale dovrà essere diretto al recupero dell'autonomia compromessa, sostenendo prioritariamente la dimensione psicologica e sociale della persona, nel tentativo di riacquisire modelli comportamentali/relazionali compatibili con la vita all'interno di un contesto sociale.

L'intervento è rivolto a:



DCA N°75 del 5 luglio 2016, una rete diabetologica moderna implica l'utilizzo ottimale di tutte le forze in campo e gli attori del processo devono possedere le seguenti caratteristiche:

- parlare un linguaggio condiviso;
- non sovrapporsi per ruoli e funzioni;
- avere come centralità i bisogni del paziente nell'ottica del Disease Management;
- interagire fra loro attraverso percorsi strutturati in rete.

Il Disease Management relativo al Diabete Mellito di tipo 2 (DM2) rientra nell'ambito del programma aziendale della Gestione Integrata (GI) della malattia e deve seguire gli orientamenti e le indicazioni espresse dal PND e dai recepimenti/integrazioni regionali (vedi All. 1 del PDTA diabete Abruzzo, DCA.n 75 del 05/07/2016).

L'obiettivo 4 del PDTA Abruzzo recita "Rendere omogenea l'assistenza, prestando particolare attenzione alle disuguaglianze sociali ed alle condizioni di fragilità e/o vulnerabilità socio-sanitarie sia per le persone a rischio che per quelle con diabete". Pertanto, chi si avvicina all'assistenza della persona con



PROCEDURA GESTIONE INTEGRATA DISEASE MANAGEMENT (PROCEDURA PGSQA72)

La definizione del percorso, si realizzerà nell'ottica di garantire la continuità delle cure, al fine di identificare il setting assistenziale più idoneo per il paziente.

Tra le patologie croniche senz'altro il Diabete Mellito si configura come una malattia di grande rilievo sociale. Numerosi studi hanno dimostrato che è possibile ridurre le complicanze attraverso un programma d'interventi che comprende la diagnosi precoce, il trattamento tempestivo e lo stretto controllo del compenso metabolico e dei parametri di rischio cardiovascolare associati. Come previsto dal Piano Nazionale Diabete (PND) e dal Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) adottato dalla Regione Abruzzo con

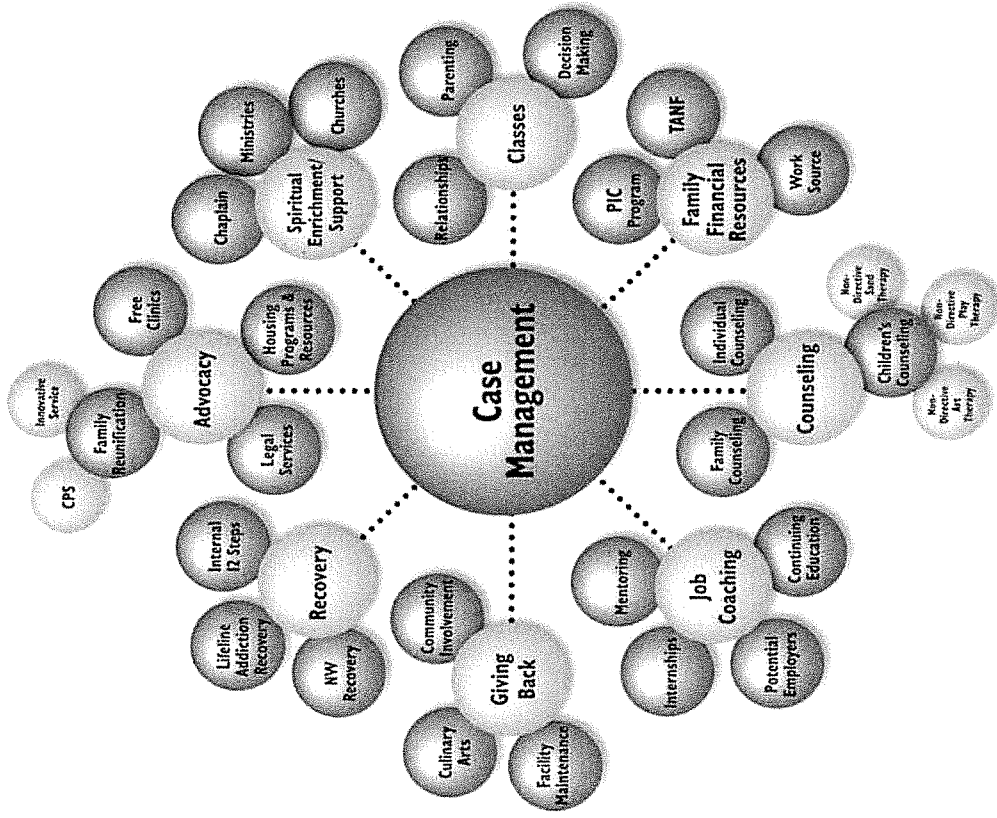
diabete, deve interrogarsi non solo sul grado di compenso della malattia diabetica o sulla presenza/assenza di complicanze, ma a quale tipo di paziente appartiene quello stato. Parliamo inoltre di “illness” (patologia vissuta) e non solo di “Disease” (patologia organica). Nel processo di cura del DM2, una delle maggiori criticità risiede nella aderenza alle terapie prescritte, spesso multiple iniettive ed orali, modulate nel tempo per il carattere peculiare della patologia (cronica, evolutiva ed ingravescente) che prevede quindi un dinamismo prescrittivo. A risentire maggiormente di tali criticità sono proprio i soggetti fragili e/o vulnerabili socialmente. Il TEAM diabetologico, dopo aver stadiato il diabete e le sue complicanze, e strutturato il miglior percorso di cura per quel paziente, spesso si imbatte nella difficoltà di empowerment del paziente che, o è vulnerabile nei suddetti domini funzionali, o rischia di diventare fragile di fronte a sfide terapeutiche assistenziali non in grado di gestire (legate alla terapia insulinica complessa o a terapie orali multiple associate, o alla necessità di automonitoraggio glicemico strutturato, e/o allo stile di vita consigliato). Il PND individua i seguenti obiettivi assistenziali strategici che diventano altrettanti capisaldi in un’ottica di rete nel PDTA del DM2:

- la diagnosi precoce del Diabete di tipo 2;
- l’aderenza alle terapie prescritte e al percorso di cura;
- il raggiungimento dei target terapeutici;
- l’aderenza agli stili di vita;
- l’utilizzo appropriato dell’automonitoraggio glicemico (anche in termini di valutazione dei dati).

PROCESSI INFERMIERISTICI NEL DISEASE MANAGEMENT DEL DIABETE DI TIPO 2

All’interno di tale premessa, sono stati individuati tre processi (Procedura PGSQL73):

- Gestione Integrata Prevenzione (GIP): processi infermieristici per la prevenzione attiva del DM2 (punti 1 e 4) (sperimentale in individuate UCCEP);
- Gestione Integrata Fragili (GIF): processi infermieristici per i pazienti fragili in carico ai Centri Diabetologici (CD) (punti da 2 a 5);



- Gestione Integrata Stabilizzati (GIS): processi infermieristici per i pazienti transitoriamente stabilizzati e affidati ai MMG (punti da 2 a 5).
L’infermiere CM acquisisce dalla cartella informatizzata i dati del pz., prende atto del PIC e del follow-up clinico assistenziale definito dallo specialista dia-

betologo e integra specifici follow-up infermieristici legati ai bisogni individuali dei casi fragili (PAI: Piano Assistenziale Individuale). La presa in carico assistenziale infermieristica si effettua essenzialmente nel periodo intermedio tra un controllo clinico diabetologico ed il successivo con l'obiettivo di monitorare l'esecuzione corretta e puntuale della terapia prescritta. La Visita Infermieristica (VI) può avvenire in occasione dell'approvvigionamento dei presidi (lancette pungidito, strisce reattive, aghi per insulina) o, in casi particolari, può essere attivato un consulto infermieristico telefonico. La VI si articola come di seguito riportato: In occasione del primo incontro per il ritiro dei presidi avviene l'accoglienza e la Presa in Carico del pz da parte dell'Infermiere CM che informerà il pz e/o familiari/tutor sulle nuove opportunità di affiancamento assistenziale al lavoro del TEAM Diabetologico denominato GIF.

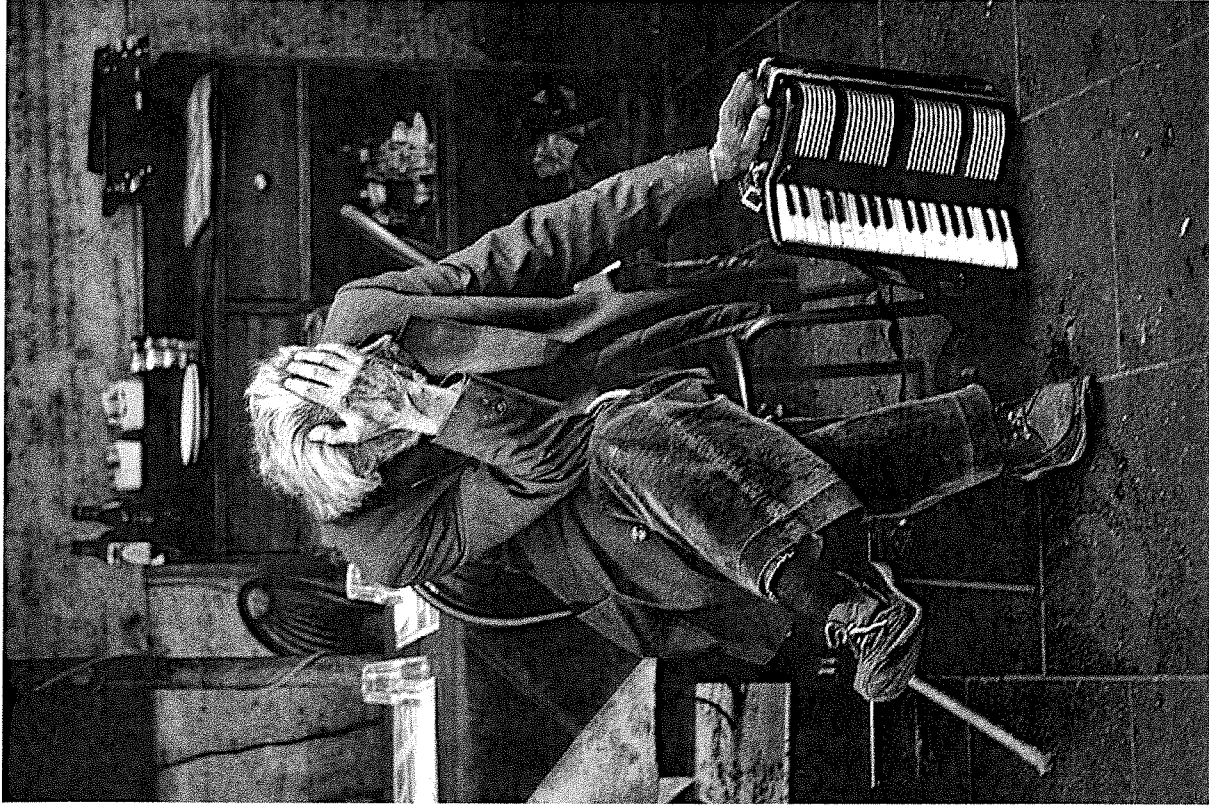
EDUCAZIONE TERAPEUTICA STRUTTURATA (ETS)

L'Educazione Terapeutica Strutturata (ETS) al Self care prevede incontri strutturati rivolti ai pazienti secondo metodiche scientificamente validate (gli operatori coinvolti dovranno possedere evidenze ECM campospecifiche). Nel paziente diabetico i capisaldi della ETS al self-care sono i seguenti:

- La corretta gestione dell'automonitoraggio glicemico: numero delle misurazioni glicemiche e scansione temporale coerenti con la prescrizione strutturata del diabetologo, con verifica delle competenze già acquisite presso il team diabetologico.

- La corretta somministrazione della terapia insulinica: modalità di utilizzo dei dispositivi e presidi, tecniche iniettive e rotazione delle sedi; capacità di ispezione da parte del pz e/o del care-giver delle sedi per la prevenzione delle lipodistrofie, causa di complicanze acute (ipo e iperglicemie severe) e croniche (cattivo compenso cronico); AMD-OSDI Consensus 2014; corretta conservazione dei farmaci con particolare attenzione agli iniettivi (insuline ed analoghi del GLP1).
- L'aderenza alla terapia ipoglicemizzante orale: si enfatizza la necessità di mantenere la continuità della terapia prescritta, dando suggerimenti facilitanti (utilizzo di sveglie, biglietti, biglietti memo, uso di portapillole numerate, delega ad un care-giver etc....).
- La cura della persona con particolare attenzione ai piedi ed ai denti: ven-





gono fornite istruzioni sulla cura della cute dei piedi e sul riconoscimento di androsi, distrofie, ipercheratosi e lesioni incipienti. Sulle modalità del pediluvio: tempi di esposizione e temperature dell' acqua, fondamentale in pazienti con neuropatia sensitiva.

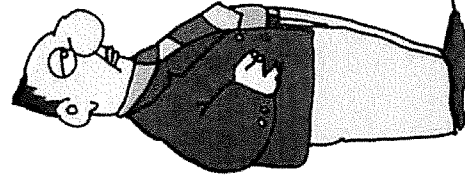
- Il riconoscimento e la capacità di giusta correzione dell' ipoglicemia (regola del 15).
- Nei pz in terapia insulinica istruiti al conteggio dei carboidrati: verifica delle operazioni registrate (dato presente o assente sul diario glicemico).
- L' aderenza ai regolari follow-up presso le SD: se il pz è impossibilitato potrà essere sostituito dal care giver che documenterà gli esami ematochimici e strumentali e i dati glicemici.
- Programmazione di Visita Infermieristica successiva in cui il CM effettuerà una rivalutazione degli obiettivi assistenziali individuali e programmati per quel paziente. (Es. verifica di migliorata abilità nelle tecniche iniettive, di migliorata gestione delle ipoglicemie, di migliorato automonitoraggio glicemico aderente al PA). In tale contesto il CM avrà totale autonomia nei tempi di programmazione e nella scelta dei contenuti da approfondire. Tutte le attività infermieristiche di ETS verranno registrate dal CM in cartella informatizzata che diviene strumento di integrazione con il Team Diabetologico di riferimento.
- In caso di non aderenza alla terapia e/o in caso di alterazione dei dati glicemici, e/o in seguito a pregressi recenti ricoveri in cui sia stata totalmente rimodulata la terapia normoglicemizzante (nuova prescrizione di insulina o sospensione di normoglicemizzanti orali) il paziente va reinviato anticipatamente al TEAM Diabetologico per una rivalutazione clinico-terapeutica.
- Il follow-up garantisce la continuità assistenziale orientata al paziente/individuo fragile, attraverso un percorso personalizzato che prevede incontri specifici a cadenza variabile volti al miglioramento dell' empowerment del paziente e del care giver.

Conclusioni

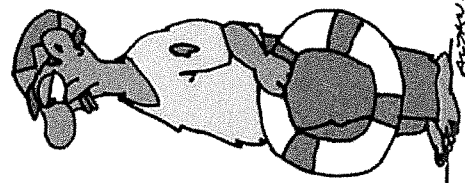
Certamente l'implementazione di tutti questi modelli presentati risulta complessa da gestire. Ma le proposte si pongono l'obiettivo di far riflettere tutte le persone che si prendono cura di qualcuno, per orientare la cura verso una maggiore flessibilità di risposta, adeguandola in relazione alla fase della condizione di fragilità e vecchiaia, mantenere l'ottimizzazione delle risorse e le competenze, nel rispetto delle esigenze intime e personali del paziente, ponendo maggiore enfasi sugli aspetti relazionali e la minor frammentazione degli interventi possibile. La verifica del processo, non può e non deve basarsi unicamente sul controllo finale dei risultati e sulla sua economicità, ma dall'attenta valutazione degli esiti di cui i processi fanno parte. Infatti i sistemi che si prefiggono il miglioramento della qualità, suggeriscono l'importanza di valutare gli esiti, intesi non solo come output (semplice risultato finale), ma

come outcome (qualità del risultato, soddisfazione dei processi, miglioramento delle condizioni di salute, ecc.). Questo, nella realtà, risulta alquanto complesso e di difficile realizzazione, un aiuto può essere dato dai comportamenti del personale, i protocolli e le procedure professionali supportati dalle evidenze scientifiche, allo scopo di aiutare il professionista nella as-

IL VERO
PROBLEMA
È L'IMMIGRAZIONE.



ACHI
LODICE!

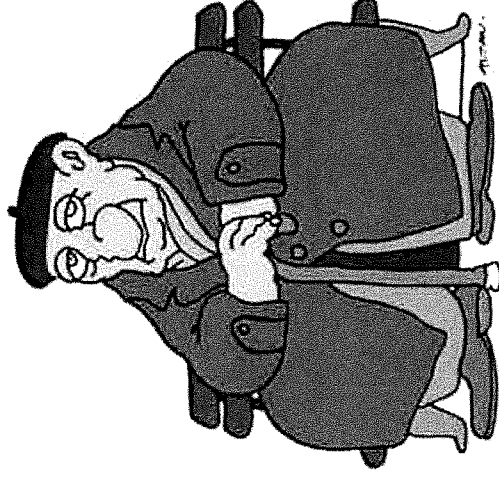


sunzione di decisioni operative giuste. Si tratta di un cambiamento da seguire con cautela. L'attenzione va rivolta non tanto sul modello quanto sul cambiamento atteso della salute e del benessere delle persone fragili, ottimizzando contemporaneamente l'uso delle risorse umane.

In conclusione possiamo affermare che il Piano Strategico proposto per l'Area Interna Basso Sangro Tri- gno rappresenta un Laboratorio per la predisposizione e implementazione di soluzioni innovative e strategiche principalmente orientate alla riqualificazione del fattore umano e professionale, che possono essere adottate in tutta la Asl e l'intera Regione Abruzzo.

Infatti la maggior parte degli esperti mondiali concorda sul fatto che, preso atto della transizione epidemiologica legata all'invecchiamento della popolazione, importanti progressi nel miglioramento della salute per i prossimi decenni non verranno da nuove scoperte mediche o cure innovative, ma piuttosto il più ampio sviluppo e applicazione di programmi di prevenzione basati sulla popolazione. In particolare lo sviluppo della salute passa da nuovi costrutti concettuali in grado di orientare la fruizione dell'assistenza socio-sanitaria da un modello basato sulla medicina di attesa (dove è il paziente che decide se e come attivare l'assistenza) ad una medicina di iniziativa, cioè

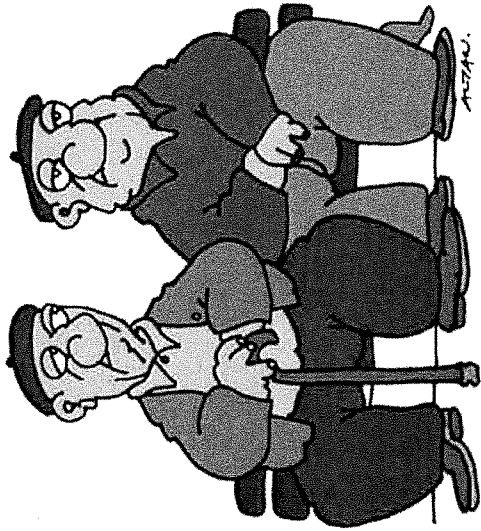
PERCHÉ LA VECCHIAIA
CI COLPISCE A NOI VECCHI
CHE SIAMO GIÀ COSÌ PATETICI?



l'adozione di modalità operative per favorire il passaggio da un'assistenza "reattiva" a un'assistenza "proattiva" (citato dal Piano Nazionale Cronicità) secondo un approccio di sanità pubblica, che prevede, con criteri espliciti e condivisi, a chi e come attivare le prestazioni assistenziali in una modalità di tipo preventivo: gratuite e aggiuntive.

Inoltre è dimostrato che gli interventi preventivi destinati alla popolazione over 64 e volti a mantenerne l'autonomia presentano un rapporto costo-efficacia nettamente inferiore dell'assistenza socio-sanitaria offerta nelle condizioni di non-autosufficienza conclamata. È ormai del tutto evidente, infine, che interventi di addestramento dei familiari o l'insegnamento di schemi di riabilitazione a breve termine siano in grado di ritardare l'ammissione in strutture residenziali in media di venti mesi e che il modello di presa in carico attiva della patologia cronica riduca le crisi, aumenti la qualità delle cure con un abbattimento dei costi.

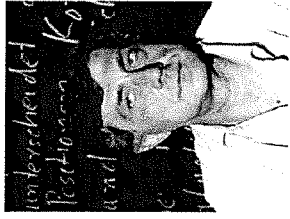
IL BRAGAZZI
È MORTO.
FINALMENTE
È AL SICURO.



ad intenderla in senso più ampio, ovvero come la branca/settore che ha il fine di erogare cure alla popolazione, cioè aiutarle durante tutto il loro tempo di vita, compreso il ristabilire un equilibrio sostenibile per vivere con le proprie malattie croniche, allora è possibile affeelscupiormare che la medicina, per garantire il conseguimento delle proprie finalità, necessita di legarsi, confrontarsi, integrarsi con altre discipline, come ad esempio la psicologia e la sociologia, in una visuale di ricerca bio-psico-sociale" (Gavino Maciocco 2017).

"Per poter veramente affrontare la "malattia", dovremmo poterla incontrare fuori dalle istituzioni, non soltanto fuori dagli ospedali psichiatrici, ma fuori da ogni altra istituzione, la cui funzione è quella di etichettare, codificare e fissare in ruoli congelati coloro che vi appartengono."

Franco Basaglia



La "Legge Basaglia" sfida la società a diventare un contesto appropriato per tutti, imponendo nelle politiche pubbliche una riflessione costante sull'identità inviolabile di ogni singola persona, e al tempo stesso sulle sue fragilità.

(Presidente della Repubblica Mattarella, in occasione dei 40 anni della legge "Basaglia")