



REGIONE ABRUZZO
Azienda Sanitaria Locale n. 2 LANCIANO-VASTO-CHIETI
Via Dei Vestini s.n.c. – Chieti “Palazzina N”
C.F. e P. Iva 02307130696

**DELIBERAZIONE
DEL
DIRETTORE GENERALE**

N. 1296 del 30 NOV. 2021

DELIBERA IMMEDIATAMENTE ESECUTIVA

OGGETTO: PROGETTI PER LA REALIZZAZIONE DEGLI OBIETTIVI EX ART.1, C. 34 E 34 BIS, DELLA LEGGE 662/96. APPROVAZIONE RELAZIONI FINANZIAMENTO ANNO 2019

IL DIRETTORE GENERALE

Thomas Schael, nominato con delibera della Giunta Regionale d'Abruzzo n. 543 del 110 Settembre 2019 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 della U.O.C. Governo Assistenza Sanitaria di Base, datata 30.11.2021;

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

ACQUISITO il parere espresso ed attestato in calce dal Direttore Amministrativo Aziendale;

D E L I B E R A

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**
(Giovanni Stroppa)

Parere favorevole _____ **Il Direttore Sanitario Aziendale**
(Angelo Muraglia)

IL DIRETTORE GENERALE

(Thomas Schael)



Proposta di deliberazione
per il
Direttore Generale

OGGETTO: PROGETTI PER LA REALIZZAZIONE DEGLI OBIETTIVI EX ART.1, C. 34 E 34 BIS, DELLA LEGGE 662/96. APPROVAZIONE RELAZIONI FINANZIAMENTO ANNO 2019

Il Direttore dell'U.O.C. Governo Assistenza Sanitaria di Base e Specialistica previa istruttoria e attestazione di legittimità e regolarità tecnica del provvedimento,

Premesso

- Che con DGRA n.738 del 23 novembre 2020 la Regione Abruzzo prendeva atto dell'Accordo Governo, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano Rep. Atti n.91/CSR del 06.06.2019 e Rep Atti 191/CSR del 28.11.2019 per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2019 con l'individuazione delle linee progettuali e dei relativi vincoli economici e procedeva ad approvare i progetti obiettivo regionali ai sensi dell' art.1, commi 34 e 34 bis della legge n.662/96:
 - *Linea Progettuale 1 - Percorso diagnostico terapeutico condiviso e personalizzato per pazienti con multi cronicità;*
 - *Linea Progettuale 2 - Promozione dell'equità in ambito sanitario;*
 - *Linea Progettuale 3 – Costituzione ed implementazione della rete della terapia del dolore e sviluppo delle cure palliative e della terapia del dolore in area pediatrica;*
 - *Linea Progettuale 4 – Piano nazionale Prevenzione e supporto al PNP;*
 - *Linea Progettuale 5 – La tecnologia sanitaria innovativa come strumento di integrazione ospedale territorio;*
- Che nella citata DGRA n.738/2020, si dava atto “...che la linea Progettuale n.4 – Piano Nazionale della prevenzione e supporto al Piano Nazionale della Prevenzione, verrà gestita dal Servizio Prevenzione e Tutela della Salute - DPF 010, in ragione delle specifiche competenze ad esso ascritte..., e quindi, sono oggetto di separata e specifica relazione;

Viste le relazioni dei risultati raggiunti per le Linee Progettuali di cui alla citata DGRA n.738/2020, che si allegano al presente atto quale parte integrante e sostanziale, **Allegato “A”** (LP1 –LP5), **Allegato “B”** (LP2) e **Allegato “C”** (LP3);

Ritenuto di conferire al presente atto l'immediata esecutività, stante la necessità di procedere nell'immediato all'approvazione delle relazioni progettuali, di cui in oggetto;

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 approvare** le relazioni dei risultati raggiunti per le linee progettuali LP1, LP2, LP3 ed LP5, ex art.1, c. 34 e 34 bis, della legge 662/96, finanziamento anno 2019, di cui alla DGRA n. n.738 del 23 novembre 2020;
2. **di conferire** al presente atto l'immediata esecutività, per i motivi espressi in narrativa;
3. **di trasmettere** copia del presente atto al Dipartimento Sanità della Regione Abruzzo, alla U.O.C. Governo Assistenza Sanitaria di Base e Specialistica, alla UOC Contabilità e Bilancio, alla UOC Programmazione e Controllo di Gestione, alla UOC Affari Generali , Gestione documentale e Convenzioni, al Collegio Sindacale;
4. **di disporre** che il presente atto venga pubblicato nell'Albo Pretorio on-line di questa ASL ai sensi dell'art.32, comma 1, della Legge 18.06.2009 n.69;

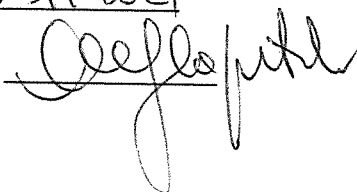
La presente deliberazione consta di n.05 pagine e di n. 03 allegati.

IL Direttore della U.O.C.
G.A.S.BeS. che attesta la
legittimità e la regolarità dell'atto

(Dr.ssa Maria Grazia Capitoli)

Data 20.11.2021

Firma





SCHEDA CONTABILE DDG

PRIMA PARTE (a cura della UOC proponente*)

Il costo/investimento di cui al presente atto è già previsto all'interno della programmazione approvata con Deliberazione n. _____ del _____

costo/investimento disposto col presente atto (iva inclusa)	Aliquot a IVA	conto di COGE di imputazione	conto di COGE di previsione	Importo eccedente la programmazione approvata	Codice fonte di finanziamento	Descrizione fonte di finanziamento

Il Direttore della U.O. proponente _____

Data 30.11.2021

SECONDA PARTE (A CURA DELLA UO BILANCIO**)

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

Si attesta, previa verifica, che il costo derivante dal presente atto NON TROVA capienza all'interno del budget assegnato sul C.E. del bilancio _____ (indicare anno). Si riporta di seguito l'imputazione corretta qualora l'atto venisse comunque proposto e approvato.

costo/investimento disposto col presente atto (iva inclusa)	Aliquot a IVA	conto di COGE di imputazione	conto di COGE di previsione	Importo eccedente la programmazione approvata	Codice fonte di finanziamento	Descrizione fonte di finanziamento

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



Della suesesa deliberazione viene iniziata
la pubblicazione il giorno

30 NOV. 2021 con prot. n. 85 7 8 2

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

- ✓ La suesesa deliberazione è stata
dichiarata "immediatamente
eseguibile".

Il Funzionario preposto

ALLEGATO "A"



REGIONE ABRUZZO

Azienda Sanitaria Locale n. 2 LANCIANO-VASTO-CHIETI

Via dei Vestini snc Palazzina N - 66100 Chieti

C.F. e P. Iva 02307130696

Relazione Linee progettuali LP1-LP 5

In esecuzione della delibera di G.R. n. 421 del 18.06.2018 e della delibera ASL n. 1305 del 29.10.2018 è stata attivata l'Unità di Cure Primarie (U.C.C.P.) con decorrenza 3 dicembre 2018 presso il PTA di Casoli e 1 marzo 2019 nelle sedi erogative di servizi distrettuali di Lama Dei Peligni e Torricella Peligna.

Superate le difficoltà iniziali tecniche e organizzative, per una attività che non avendo precedenti nella nostra ASL, non ha potuto attingere da esperienze pregresse, grazie alla volontà di procedere e alla collaborazione dei Medici e delle Professioni Sanitarie, è andata via via crescendo. Siamo orgogliosi dei gratificanti e numerosi risultati già ottenuti e della constatazione che il Servizio appaia ormai indispensabile per le necessità dei nostri assistiti per una vera sanità del territorio.

L'U.C.C.P. (Unità Complessa di Cure Primarie) affida un ruolo fondamentale all'assistenza sul territorio, coinvolgendo i Medici di Medicina Generale e Medici di Continuità Assistenziale (Guardie Mediche) per essere più vicini alla salute dei cittadini ed evitare il ricorso improprio in ospedale. La sede unica dell'U.C.C.P. di Casoli con le due sedi satelliti ubicate presso le sedi erogative di Lama dei Peligni e Torricella Peligna ha consentito di offrire sul territorio un luogo riconoscibile ai cittadini per le loro necessità assistenziali. Una forma organizzativa complessa, multi professionale e strutturata come un sistema integrato di servizi che prende in carico la comunità di riferimento garantendo: l'accoglienza, la collaborazione e l'integrazione tra professionisti e operatori socio-sanitari, la condivisione e l'applicazione dei percorsi assistenziali, l'autonomia e la responsabilità professionale, la valorizzazione delle competenze con chiara definizione dei ruoli e delle responsabilità. Un approccio proattivo di iniziativa nei confronti dei pazienti con patologie croniche con la partecipazione responsabile dei MMG nel governo della domanda, nell'organizzazione dei servizi e nella sostenibilità economica.

Il progetto ha avuto come principali obiettivi quelli di:

- partire dai reali e corretti bisogni rilevati fra i malati cronici dell'Area Distrettuale del Sangro-Aventino realizzando in ambito territoriale un nuovo modello organizzativo finalizzato alla presa in carico del paziente con malattie cronico degenerative e fragile, con una modalità di identificazione di ciascun assistito fragile, valutazione del suo bisogno, offerta di servizi e personalizzazione del Piano di Assistenza Individuale (PAI), secondo Percorsi Diagnostici Terapeutici e Assistenziali (PDTA) predefiniti per ciascuna patologia, ponendo un'alta attenzione all'individuo, centro della programmazione del percorso socio-sanitario. Gli aspetti maggiormente qualificanti sono rappresentati dall'introduzione del ruolo unico volto a facilitare la continuità dell'assistenza quotidiana;

- adeguare lo strumento del PAI-PDTA nel valutare il loro percorso integrato ospedale-territorio riducendo e limitando gli eventi critici e le complicanze dei pazienti (misurati in termini di riduzione dei ricoveri per acuti e accessi in Pronto Soccorso), oltre che fornire risposte assistenziali puntuali e appropriate a pazienti cronici noti.

Descrizione progetto

Gli ambulatori dell'U.C.C.P. di Casoli sono aperti dal lunedì al venerdì dalle 8.00 alle 20.00 e il sabato dalle 8.00 alle 14.00 nelle sedi periferiche di Lama e Torricella l'ambulatorio è attivo tutti i giorni dalle 9 alle 13.

Presso l'ambulatorio Infermieristico è stato inoltre, attivato un call center dove il paziente, già in carico all'ambulatorio, qualora ritenga di aver bisogno di una risposta immediata e/o di un chiarimento tempestivo, può chiamare.

Il percorso di presa in carico dei pazienti ritenuti idonei al percorso può avvenire per accesso diretto del cittadino residente nell'area distrettuale di Casoli all'U.C.C.P., o a seguito della segnalazione diretta del Medico di Medicina Generale e/o del Medico Specialista, segnalazione delle strutture territoriali quali PPI, Ospedale di Comunità, segnalazione del Comune, degli Enti Sociali.

L'ambulatorio del MMG oltre all'attività ordinaria si avvale dell'ambulatorio infermieristico per le così dette prestazioni di particolare impegno professionale, e per l'attività specialistica:

- del CUP di secondo livello con la gestione diretta di posti riservati ai pz dell'U.C.C.P.;
- del teleconsulto con varie specialistiche tra cui la vulnologia del Dott. Trulli;
- la refertazione in via telematica degli ECG;
- le ecografie ginecologiche eseguite dalla dott.ssa Ventura, MMG del gruppo.

L'ambulatorio infermieristico in stretta collaborazione con i MMG effettua:

- Anamnesi e valutazione dei bisogni;
- Terapia educativa finalizzata all'autocura/autogestione della propria malattia e all'adozione di comportamenti sui corretti stili di vita che possono ridurre o prevenire i fattori di rischio, rivolti ai pazienti e ai loro familiari/caregiver con specifiche patologie cronico degenerative;
- Programmazione/remind delle visite/esami di controllo (anche attraverso teleconsulto);
- Contatti periodici, secondo un calendario prestabilito, che si integra con quello specifico per patologia;
- Monitoraggio telefonico per verificare lo stato di compenso;
- Monitoraggio dei pazienti in teleassistenza;
- Consulenze infermieristiche ambulatoriali su appuntamento per il controllo dei parametri monitorati e verifica adesione al Programma Assistenziale;
- Nell'Ambulatorio vengono assicurate attività assistenziali quali: medicazioni semplici, rilevazioni e monitoraggio dei parametri vitali (pressione arteriosa, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria), gestione cateteri vescicali, educazione all'autocura, prelievo di sangue venoso e capillare, terapia iniettiva (endovenosa, intramuscolare, ipodermica, sottocutanea);
- Esami di diagnostica di base.



Risultati progetto periodo dicembre 2018/ 2019

L'età media degli assistiti presi in carico nel periodo è di 73,5 anni.

Al fine di avviare un approccio proattivo di iniziativa, la selezione dei pazienti con patologie croniche da contattare è stata effettuata, in parte, tramite il Registro Epidemiologico della Fragilità (che deve essere implementato e potenziato) che ha individuato più di 800 soggetti fragili nell'area, sottoposti al vaglio dei Medici di Medicina Generale (19 quelli che hanno aderito all'UCCP di Casoli/Lama/Torricella) tra i loro assistiti altri sono stati invece individuati attraverso i ricoveri avvenuti presso l'Ospedale di Comunità del PTA di Casoli. Con la condivisione ed approvazione dei Medici di Medicina Generale sono stati esaminati i soggetti fragili ed individuati i candidati da prendere in carico presso l'UCCP. L'attività rilevata è stata svolta dagli infermieri della fragilità (n.3 le unità assegnate all'UCCP di Casoli) i quali hanno contattato telefonicamente i pazienti selezionati, programmando le visite in ambulatorio per il monitoraggio dell'aderenza al piano di cura prescritto (terapia/controlli, esami, visite programmate nel corso dell'anno) e l'educazione sui corretti stili di vita e self-care.

In seguito all'intervista e alle compilazione delle schede di valutazione assistenziale, è stato possibile classificare i pazienti secondo il grado di fragilità assistenziale, distinguendo tra bassa, media, alta, molto alta fragilità assistenziale. Le azioni messe in campo hanno previsto strategie di interventi e percorsi assistenziali stratificati per tipologie di bisogni di salute con elaborazione, per ogni singolo paziente, di un Piano Assistenziale Individualizzato. In generale i problemi clinici attivi ricorrenti (segnalati anche dai medici di medicina generale in base alla lista) rilevati sono stati: l'ipertensione, il diabete, BPCO, depressione ansia, scompenso, mobilità, artralgie altre cardiopatie, neoplasie, Tao, demenza, Parkinson e Alzheimer.

Dai dati rilevati sono emerse diverse evidenze: il 31,3% dei pazienti presi in carico non aderisce alla terapia farmacologica prescritta dal medico e il 37,5% risulta non adottare gli stili di vita consigliati. Risulta evidente l'importanza di un supporto infermieristico, considerando che circa il 28,2% dei pazienti vive solo, con il sostegno di familiari o conoscenti, e per il 71,9% risultano non essere autonomi.

Nell'ambito della multi cronicità, promuovendo la medicina di iniziativa, ***sono stati presi in carico proattivamente N. 81 pazienti, N. 35 identificati come potenzialmente Fragili, inoltre, sono state compilate presso l'ospedale di Comunità N. 785 schede BRASS per l'intercettazione tempestiva dei pazienti fragili ricoverati al fine di garantire la continuità assistenziale alla dimissione dei pazienti.***

Gli ambulatori dell'UCCP sono stati attrezzati anche per eseguire prestazioni sanitarie quali medicazioni, terapie iniettive intramuscolo e tutte le piccole urgenze che al Pronto Soccorso sarebbero classificate, secondo i criteri definiti dal decreto del Ministero della Sanità del 15 maggio 1992, come codici verdi o bianchi. Questo ha consentito di disincentivare l'uso inappropriato dei Pronto soccorso ospedalieri evitando di dover ricorrere a queste strutture, peraltro espressamente dedicate alle emergenze, anche nei casi meno urgenti.

Attività UCCP e ambulatorio Fragilità 2019

Prestazioni sanitarie eseguite	Numero
ECG	268
Medicazioni semplici	277
Medicazioni complesse	321
Rimozione punti di sutura	65
Prelievo di sangue venoso	32
Gestione cateteri vescicali	21

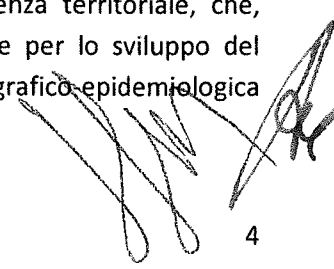
Monitoraggio parametri vitali	120
Monitoraggio glicemie	42
Educazione terapeutica strutturata paziente diabetico	45
Avvio gruppo di ascolto e terapia di gruppo (Conversation map)	5
Telefonate periodiche programmate	87
Ecografie	162
Tele monitoraggio	47
Teleconsulto/ televisita	14
Asportazioni chirurgiche	15
Emotrasfusioni	27
Terapie i.m., s.c., e.v.	394
Tampone colturale	11
EGA	12
Esecuzione fasciature rigide	7
Artrocentesi	3
Controlli periodici pazienti fragili in ambulatorio	236

Dal 01 settembre 2019 è stata avviata un'indagine di customer satisfaction per misurare il grado di soddisfazione sia da parte dei pazienti che dei caregiver e migliorare le performance degli operatori. È stato attivato il monitoraggio della aderenza alla terapia con un sistema informatizzato (prima con Carepy, poi con Epifrail) essenzialmente in carico all'ambulatorio infermieristico, che prevede la stretta collaborazione dei MMG con le Farmacie territoriali al fine di fornire al paziente un supporto immediato e costante. Con questo sistema sono stati presi in carico 128 pazienti.

Progetti Obiettivi LP1 e LP5

Le Azioni n. 1, n. 2 dei Progetti Obiettivo LP1 (DGR n. 209 del 23.04.2019), sono incardinate nel raggiungimento dell'obiettivo di promuovere e tutelare la qualità della vita delle persone a rischio di esclusione nel loro contesto attraverso la creazione di una rete di risorse e di interventi a sostegno delle persone e della famiglia che si fa carico della cura all'interno del loro ambiente di vita.

Anticipando gli indirizzi del nuovo Patto della Salute 2019-2021, approvato dalla Conferenza Stato-Regioni il 18 dicembre 2019, che nella scheda n. 8 promuove: "la valorizzazione delle professioni sanitarie, in particolare di quella infermieristica, finalizzato alla copertura dell'incremento dei bisogni di continuità dell'assistenza, di aderenza terapeutica, in particolare per i soggetti più fragili, affetti da multi-morbilità", l'Asl2 ha elaborato un nuovo modello proattivo per la fragilità, approvato nel "Programma triennale strategico salute 2018-2020 dell'Area Interna Basso Sangro Trigno". Il Piano prevede la valorizzazione e il coinvolgimento diretto degli infermieri quali professionisti competenti dell'assistenza territoriale, che, affiancati alle competenze medico-cliniche, rappresentano un punto fondamentale per lo sviluppo del sistema e per una risposta puntuale e completa alle necessità della transizione demografico-epidemiologica che stiamo vivendo.



Il Piano altresì ha previsto l'implementazione presso il PTA di Casoli, quale Hub delle Aree Interne, di innovazioni tecnico-organizzative, in fase di avanzata sperimentazione, che ora si vogliono implementare nei Distretti Sanitari dell'Asl2. In estrema sintesi gli interventi innovativi sono:

1. L'istituzione degli ambulatori infermieristici della fragilità, dove operano gli Infermieri di Famiglia e Comunità;
2. la costituzione di una Centrale operativa di Coordinamento Cure Transazionali (CCOCT), 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;
3. il Servizio di Tele Monitoraggio Domiciliare che consente di controllare e gestire in remoto i parametri clinici e assistenziali dei pazienti fragili da parte dei MMG e degli infermieri degli Ambulatori della Fragilità;
4. il Sistema Informativo Sociale e Sanitario Territoriale (SISST), che rappresenta il punto di snodo del passaggio dalla clinica (diagnosi e terapia) all'assistenza sanitaria, in grado di assicurare la presa in cura e la continuità dell'assistenza attraverso la condivisione delle informazioni sanitarie e sociali di ogni cittadino/persona con medici, farmacisti, infermieri, assistenti sociali e strutture erogatrici delle prestazioni specialistiche e residenziali, nel rispetto della normativa sulla privacy.
5. l'avvio di un programma formativo per gli infermieri di Famiglia e Comunità e gli operatori socio-sanitari dedicato allo sviluppo delle competenze di affiancamento della famiglia e della comunità, per il quale si intende definire questo accordo di collaborazione con CittadinanzAttiva.

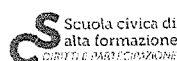
Gli elementi di apporto integrato dell'**Azione 1** sono:

- a. Presa in carico proattiva basata sul rischio di fragilità calcolato dal Registro Epidemiologico Della Fragilità Assistenziale (REFA) che contiene al suo interno i registri di patologia, in particolare dei pazienti con BPCO, diabete, scompenso cardiaco, demenza e frattura del collo del femore.
- b. Valutazione e monitoraggio dell'adesione del paziente ai trattamenti e raccomandazioni prescrittive del medico (aderenza alla terapia, autocura, stili di vita). In particolare con l'App Carepy (sistema integrato di monitoraggio dell'aderenza alla terapia) i dati dell'aderenza entrano a far parte dei registri di patologia.
- c. Le competenze assistenziali infermieristiche di integrazione con i diversi livelli di cura (Pronto Soccorso, assistenza ospedaliera, dimissione protetta, assistenza specialistica, assistenza domiciliare, assistenza sociale) saranno sviluppate con l'ausilio della App EpiFrail: un software in riuso parte integrante del REFA.
- d. Avvio della formazione dei MMG e dei Responsabili dei Dipartimenti Ospedalieri sulla: "Pianificazione delle dimissioni, cure transazionali, coordinamento e continuità delle cure: chiarire concetti e termini dal punto di vista dell'assistenza ospedaliera e territoriale".
- e. Avvio della formazione sulla fragilità (Percorso Formativo Nursing Frailty in collaborazione con CittadinanzAttiva nazionale (Convenzione apposita) e contributo alla costituzione delle competenze specifiche della figura professionale Infermiere di Famiglia e Comunità.



f. Convegno nazionale on-line sulla "Cura proattiva della fragilità" effettuato il 12 dicembre 2020, a cui hanno partecipato Cittadinanzattiva, la Federazione Nazionale delle Aree Interne e l'Associazione Nazionale degli infermieri di famiglia e comunità (AIFEC).

g. Con la sua "Scuola civica di alta formazione" di CittadinanzAttiva, la Asl2 Abruzzo ha co-organizzato il corso "Salute e Comunità. Cura delle fragilità e governo dell'epidemia da Covid 19" - Corso FAD ECM live streaming, svoltosi dal 12 marzo al 14 maggio 2021. Qui è stato proposto il nuovo modello proattivo per la fragilità, sancito dalla convenzione tra i Comuni dell'Area Interna Basso Sangro Trigno e l'ASL 2 Abruzzo, finalizzato all'organizzazione e gestione congiunta delle attività di integrazione socio-sanitaria previste dalla Strategia d'Area.



NUOVE CHI SIAMO PROPOSTA STRATEGIA DI LOG

SALUTE E COMUNITÀ. CURA DELLE FRAGILITÀ E GOVERNO DELL'EPIDEMIA DA COVID 19

Materiale Didattico

I MODULO SALUTE E COMUNITÀ. VERSO UN NUOVO PARADIGMA DI CURA

II MODULO FRAGILITÀ E COVID. STRUMENTI PER IL GOVERNO DELLA SINDERMIA

III MODULO INTEGRAZIONE DELLE RISORSE ESISTENTI SUL TERRITORIO E UTILIZZO DELLA TECNOLOGIA

IV MODULO COSTRUIRE LA COMUNITÀ. EMPOWERMENT INDIVIDUALE, FAMILIARE E DI COMUNITÀ

WORKSHOP FINALE

Documenti

CORSO FAD SALUTE E COMUNITÀ 1 EDIZIONE PROGRAMMA

Gli elementi di apporto integrato dell'**Azione 2**, diretta a ridurre i fattori di rischio nella popolazione, tramite i cambiamenti degli stili di vita ed ambientali in particolare in ambito cardiovascolare. Alcuni studi riportano come siano modesti i cambiamenti degli stili di vita e la riduzione dei fattori di rischio di consumo di tabacco, del colesterolo ematico e la pressione arteriosa e l'obesità, con gli ordinari e generici messaggi di promozione della salute. Le esperienze irlandesi e dello stato dell'Oregon, dimostrano che per ottenere una consistente riduzione dei comportamenti dannosi e un calo significativo dell'incidenza delle malattie cardiovascolari nella popolazione generale è necessario mirare le azioni di promozione e affiancamento dei soggetti selezionando le persone più a rischio e offrendo loro interventi personalizzati e adattati (conversation map).

Relazione integrativa Progetti Obiettivo LP1 e LP5 Aree Interne

Per quanto riguarda relazione integrativa per gli **obiettivi LP1 e LP5 2019** (DGR n. 738 del 23.11.2020) si allega la relazione dell'attività congiunta della ASL Lanciano Vasto Chieti, con la Strategia Nazionale per Le Aree Interne- Area Prototipo: Basso Sangro-Trigno, relativa agli interventi di integrazione sociale e sanitaria previsti dal Programma Strategico Salute 2018-2020 e dalla Convenzione tra l'Asl 2 Abruzzo e i Comuni dell'Area, (Delibera Asl2 Abruzzo n. 71 del 24 gennaio 2019), la cui conclusione operativa è stata in continuità con gli obiettivi dei Progetti Obiettivo LP1 e LP5 finanziamento 2019.

L'Area Interna Basso Sangro Trigno si trova in una fase avanzata di attuazione degli interventi innovativi per l'integrazione sociale e sanitaria, previsti dal Programma Strategico Salute 2018-2020 e dalla Convenzione tra l'Asl 2 Abruzzo e i Comuni dell'Area, (Delibera Asl2 Abruzzo n. 71 del 24 gennaio 2019) fase determinante

del percorso di inclusione sociale e sanitaria che prevede l'avvio di 11 interventi sanitari e 7 interventi sociali, integrati fra loro.

Il Programma è stato avviato nel 2018 ed ha avuto gli ovvii rallentamenti con l'insorgenza dell'epidemia da Covid-19, che peraltro ha creato le condizioni per poter confermare la lungimiranza del modello di cura individuato e, al contempo, rivedere e rafforzare alcune caratteristiche degli interventi previsti.

Il **Covid-19** si è rivelato infatti un catalizzatore per la rivoluzione dell'assistenza sanitaria territoriale. L'epidemia da Covid-19 ha riportato con urgenza al centro della discussione pubblica l'inderogabilità di un cambio di paradigma con riferimento al concetto di salute, di prevenzione e di cura, nonché l'urgenza di un investimento sulla sanità territoriale, soprattutto per le persone più fragili e soprattutto delle aree interne del Paese.

Infatti è emersa con forza l'esigenza, sopita prima dell'epidemia, di rinnovare radicalmente il sistema delle cure territoriali, e avviare un processo di cambiamento irreversibile, con lo spostamento delle cure dall'ospedale (dedicato alle acuzie) al territorio (prevenzione, sorveglianza e aderenza alla terapia delle condizioni croniche) e, soprattutto, "promozione attiva della salute" di cui le Comunità è custode essenziale. Il profondo cambiamento di assistenza in corso di discussione è testimoniato dai diversi atti normativi emanati durante il periodo Covid-19:

La Strategia per le Aree Interne - Area Prototipo: Basso Sangro-Trigno, insieme alla integrazione con **l'Azienda Sanitaria n.2 Lanciano Vasto Chieti**, ha seguito un metodo partecipato - di confronto informato Stato Regione Asl e Comuni, basato su un importante lavoro di ascolto di territorio e di focus tematici, e di costruzione di co-progettazione ha permesso di mettere a fuoco un bisogno specifico, sul territorio del Basso Sangro, di presa in cura degli Anziani e di necessità di fare un salto verso un'offerta dei servizi basata sull'integrazione socio-sanitaria.

Il rapporto tra la popolazione con almeno 65 anni sul totale della popolazione residente, restituisce una chiara fotografia di un territorio abitato prevalentemente da anziani con il valore complessivo dell'area (32,07%) che supera ampiamente la media nazionale (21%).

La presenza di una importante fetta di popolazione anziana comporta una elevata quantità di soggetti considerati "fragili" dal punto di vista socio-sanitario rispetto al resto della popolazione. Nelle piccole realtà del territorio interno i Comuni impiegano molte energie, di mezzi e risorse, a rispondere ai bisogni della popolazione, soprattutto quella anziana. L'intervento, avvalendosi di nuove metodologie e strumenti, intende fornire risposte unitarie ai bisogni socio-sanitari e assistenziali delle persone "fragili" e di attivare percorsi decisionali in modo partecipato dagli attori territoriali. Lo sviluppo della rete dell'assistenza territoriale integrata per la presa incarico pro-attiva della fragilità diventa la parte centrale della riorganizzazione del servizio sanitario per far fronte alle sfide poste dall'invecchiamento della popolazione nell'area prototipo. Le evidenze scientifiche definiscono fondamentali il controllo dell'aderenza alla terapia, ai corretti stili di vita, la riduzione dell'influenza dell'ambiente sociale, e un'ampia gamma di determinante della salute in cui le persone nascono, vivono e lavorano (approccio bio-psico-sociale). Per i pazienti più anziani con fragilità la cosa più importante è che i servizi di cure primarie e secondarie agiscano integrati in un continuo di dialogo, condivisione di informazioni, valutazione e piani di gestione dei percorsi di trattamento: si richiede una revisione e la riforma delle strutture informative, di governance, una maggiore fiducia e comunicazione tra cure primarie e secondarie.

- 1) L'enfasi è posta sulla cura centrata sulla persona, per evitare il rischio di sopravvalutare l'indipendenza e di stigmatizzare la dipendenza e l'interdipendenza, entrambi componenti della vita di molti pazienti anziani. In ultima analisi la cura deve essere orientata sulla relazione, cioè porre l'accento sulle interazioni tra paziente, famiglia, assistenti, professionisti sanitari e il personale di assistenza sociale.

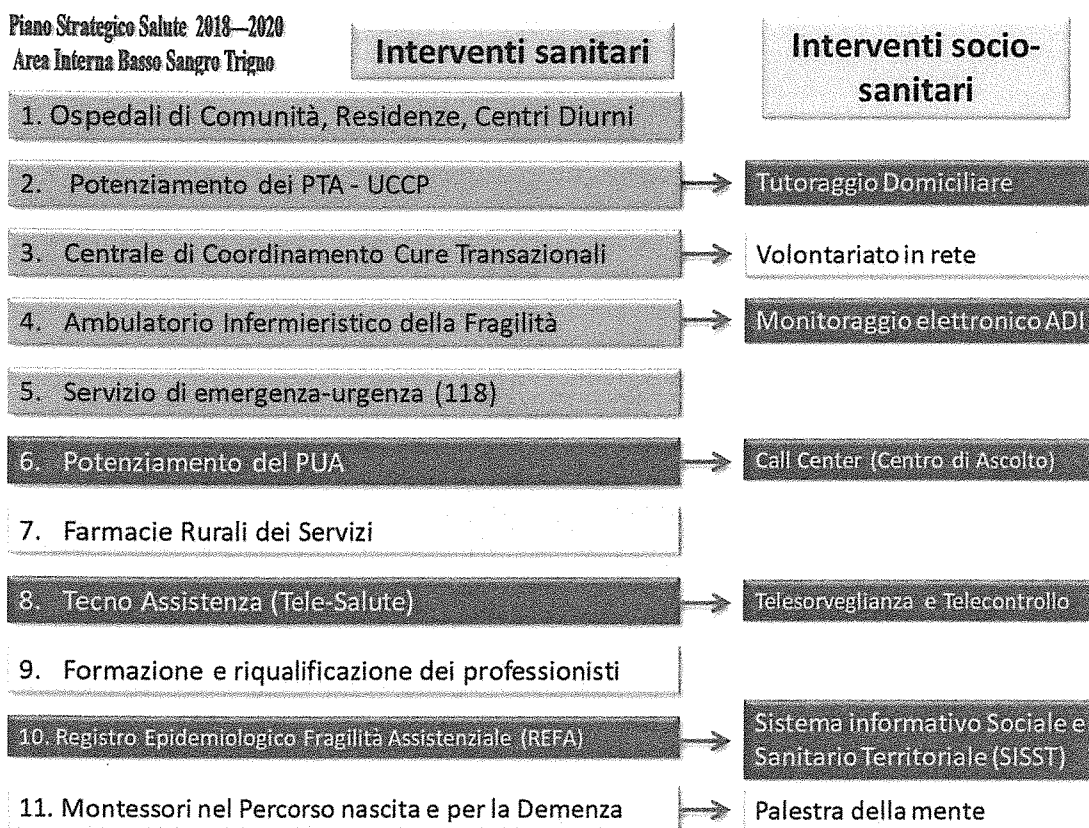


Per raggiungere tale obiettivo sono state attivate azioni integrate sanitarie e sociali di carattere preventivo, proattivo e individuale sul gruppo di popolazione fragile (circa 3.500 persone con alta e media fragilità), individuata con un modello epidemiologico predittivo.

I risultati prevedono la riduzione del tasso di ospedalizzazione evitabile e gli accessi al pronto soccorso dei codici bianchi e verdi dei soggetti fragili per anno.

- 2) La fase di progettazione si è articolata in diversi momenti quali ascolto e individuazione dei bisogni, degli ambiti di intervento e azioni, tramite focus group, e la progettazione esecutiva, tramite gruppi di lavoro specifici. Sono stati effettuati diversi Focus che hanno visto la partecipazione di Sindaci e Amministratori comunali, responsabili della Regione Abruzzo e della ASL, Medici di Medicina Generale, Ambiti sociali, Federfarma, Associazioni varie e Cittadinanza Attiva oltre ai cittadini che volevano intervenire. I gruppi di lavoro, coordinati dal dott. Falasca della ASL, erano costituiti da tecnici dell'area sanitaria e sociale e si sono riuniti più volte e hanno definito un progetto esecutivo dettagliato.
- 3) Nell'ottica perseguita dalla Strategia si è costruita una progettazione basata su due schede:

la **2.1 Laboratorio di Presa in carico della Fragilità** con soggetto attuatore ASL 2 Lanciano Vasto Chieti; le azioni sanitarie previste traggono la parte consistente delle proprie risorse dai progetti obiettivi del Fondo Sanitario Nazionale "per il riassetto organizzativo e strutturale della rete dei servizi di assistenza



primaria". 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:

1. Potenziamento dei Presidi Territoriali Assistenziali (PTA)
2. Apertura di 5 ambulatori distaccati delle UCCP per le urgenze a bassa complessità di tutta la comunità di riferimento e la presa in carico dei soggetti fragili.

3. 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
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 rimuoverne i fattori ostacolanti integrato con l'ADI sociale
5. Il Servizio di emergenza-urgenza (118) per le risposte immediate e il trasporto tempestivo presso il PS/DEA
6. Potenziamento del PUA come sede di integrazione socio-sanitaria coordinato con il 118 e il Call center sociale
7. Le farmacie rurali dell'Area, con un'apposita convenzione, sosterranno l'aderenza alla terapia, limitando errori e danni di una cattiva gestione dei farmaci (Farmacia dei Servizi).
8. Le nuove tecnologie e programmi di tele-salute saranno attivati a supporto dell'UCCP coordinato con il sociale.
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 anche per l'ottimizzazione delle risorse.
11. Offerta della consulenza educativa Montessori (comprensiva dei materiali) alle donne che partoriscono contestualmente alla formazione delle ostetriche, praticata rivolgendo a 160 madri-neonati della Area un servizio di aiuto alla nascita prima e dopo il parto.
12. Rete Territoriale di Servizi Socio Sanitari, Soggetto Attuatore Unione Montana dei Comuni del Sangro Ente capofila dell'Ambito Distrettuale Sociale n. 12 Sangro Aventino

L'intervento si articola in 6 azioni:

1. Call Center
 - Creazione di un coordinamento dei processi di servizi tra sociale, sanitario e assistenziale sia front line che back office.
2. Palestra della mente
 - Intervento a rilevanza socio-sanitaria per offrire assistenza relazione e aiuto ai soggetti anziani affetti da demenza e/o a rischio di malattie neuro-degenerative e alle loro famiglie, per mezzo del metodo educativo Montessori.
3. Sistema informativo sociale e socio-sanitario
 - Condivisione delle informazioni sociali e sanitarie per creare un osservatorio permanente delle politiche socio-sanitarie che possa favorire l'efficienza e l'efficacia dei processi clinici.
4. Tutoraggio Domiciliare
 - Assicurare un sostegno domiciliare con l'obiettivo di evitare l'allontanamento del minore dalla famiglia e di promuovere un processo di cambiamento reale della famiglia di appartenenza.
5. Volontariato in rete
 - Creare un servizio di vigilanza attiva sul territorio, rivolto agli anziani fragili, favorendo la loro permanenza all'interno della famiglia e della loro abitazione.
6. Telesorveglianza e Telecontrollo
 - Assicurare la continuità assistenziale sociale tra i diversi livelli, partendo da percorsi assistenziali integrati.
7. Monitoraggio elettronico ADI
 - Realizzare un sistema di rilevazione delle attività di assistenza svolte a domicilio.

Modello di Fragilità della Salute

Tutti gli interventi seguono un nuovo modello di assistenza territoriale innovativo, che ha l'obiettivo di favorire un "accompagnamento domiciliare" delle persone già conosciute come fragili e intercettare il loro bisogno emergente, prendere in cura proattivamente la fragilità e su iniziativa (prevedibile e programmabile) sorvegliare la corretta esecuzione delle prestazioni assistenziali prescritte.

L'attività ha previsto l'individuazione, la valutazione e la presa in cura di un gruppo specifico di persone, in modalità proattiva dal punto di vista clinico (MMG) e assistenziale (infermieri) secondo protocolli predefiniti (PDTA) offrendo loro una gamma ulteriore di servizi.

Si è partiti dalla domanda rivolta innanzitutto agli operatori sociali e sanitari: "Come utilizziamo gli anni di vita guadagnati in più per l'aumento della sopravvivenza? Ci sentiamo e viviamo in buona salute?".

La definizione di salute dell'OMS del 1948 che identificava un benessere individuale, non corrisponde più all'epidemia di malattie croniche e delle fragilità (che sono condizioni permanenti, coesistenti con la vita).

La definizione di salute che si adatta al modello della fragilità è "la capacità di adattarsi all'ambiente e mantenere l'autocura"

La fragilità quindi si definisce come la mancanza (temporanea o permanente) di adattamento alle variazioni dell'ambiente fisico e bio-psico-sociale (ad esempio un lutto per il coniuge, una malattia, la transizione di cura dall'ospedale a domicilio, o da questo in una residenza).

La prevenzione e l'assistenza socio-sanitaria assume in questo caso una direzione e una luce completamente diversa: orientate alla osservazione delle capacità conservate e al sostegno per il loro potenziamento, cercando il più possibile di rispettare l'autonomia e la libertà di scelta della persona, che porta al un livello di adattamento sostenibile.

Da questo modello le azioni per migliorare l'empowerment delle persone fragili passa dal coinvolgimento attivo della loro comunità (familiare e sociale).

Il primo passo è quello di calcolare a priori il rischio di fragilità con un modello epidemiologico predittivo sulle basi dati sanitari e sociali. Il punteggio rischio calcolato a priori viene fornito all'operatore che contatta la persona. Tenendo conto delle condizioni cliniche (MMG) e assistenziali l'Infermiere di Famiglia e Comunità osserva e propone alcune domande alla persona per concordare con lui (o il caregiver) le capacità conservate e le strategie per superare le difficoltà (adattamento) tenendo conto delle raccomandazioni e della terapia (aderenza).

Questo processo viene tracciato dall'App EpiFrail.

Attraverso la prima definizione concordata di fragilità si possono esaminare le soluzioni di supporto o di adattamento che saranno perlustrate dal soggetto o dalla propria comunità di vita con l'accompagnamento dell'IFC.

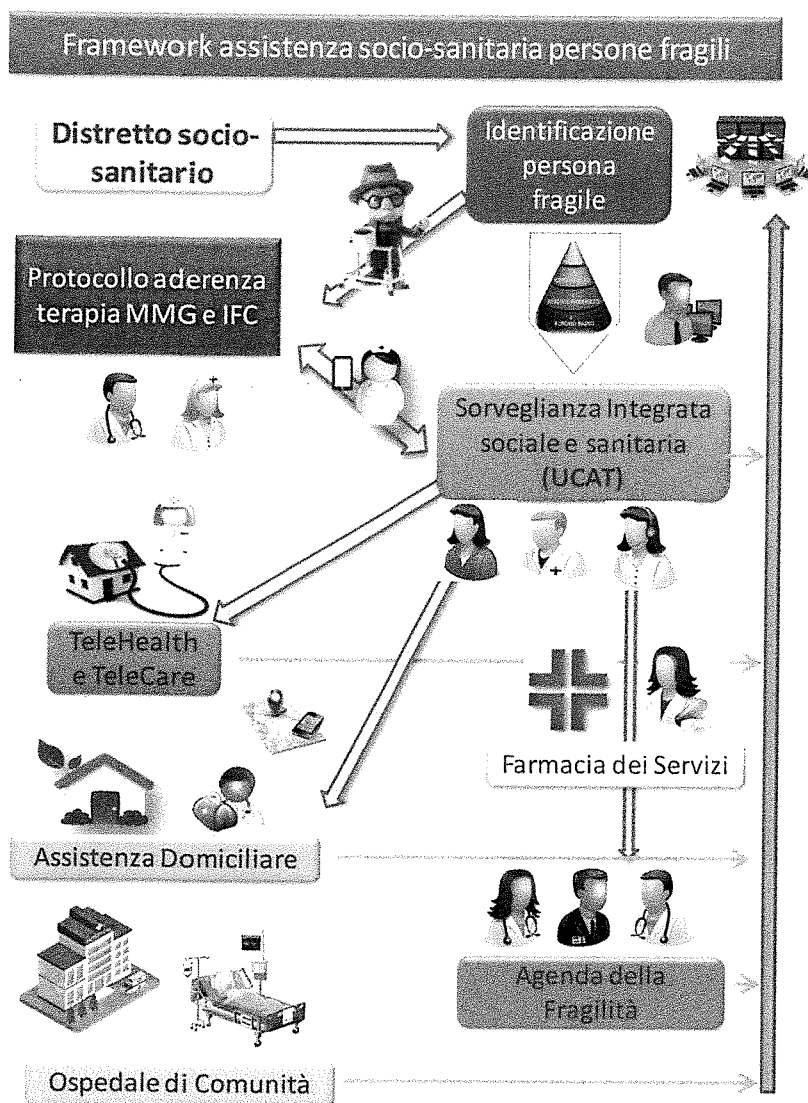
Questo processo richiede soprattutto un sostanziale cambio del paradigma di cura (basato sull'attesa e sulla sostituzione dell'operatore delle incapacità) che viene implementato con corsi di formazione (in corso un corso rivolto agli operatori delle Aree Interne Abruzzesi in collaborazione con CittadinanzAttiva) in particolare sul "campo" per orientare nella direzione del modello in maniera educativa gli atteggiamenti usuali degli operatori e della comunità).

SNAI - Area Interna Basso Sangro Trigno Centrale Operativa Cure Transazionali Laboratorio Fragilità Indicatori dei soggetti >= 65 anni dei Distretti Interni (*) Presi in Cura	
Totale soggetti >= 65 anni	43.861
Tipologia di presa in cura	
Ambulatorio fragilità	528
Ospedale Comunità	2.364
Compilazione Brass	1.730
Dimissione programmata	204
Palestra della Mente Montessori	82
Telemedicina	142
Telesorveglianza (Carepy)	64
Telesorveglianza (EpiFrail)	44
Telesorveglianza (e-Card)	144
Centro di Ascolto (chiamate dal 1/10/20)	152
Totale azioni di presa in cura	5.454
Totale persone prese in cura (**)	545

Il laboratorio della presa in cura della fragilità ha come obiettivo l'analisi dei fattori critici, gli ostacoli e i determinanti che favoriscano questa transizione di paradigma, studiando in concreto e sul campo l'impatto delle innovazioni sul Sistema organizzativo e di contesto (che include gli aspetti strutturali, culturali e funzionali del sistema di governance, politico e sociale). Il lavoro fin qui condotto ha offerto i servizi elencati in precedenza e riassunti nello schema precedente, a cui si sono aggiunti i servizi di Telesorveglianza Attiva durante la pandemia Covid-19.

Il laboratorio ha generato la presa in carico di 545 fragili riportato in tabella, declinata nei vari sotto gruppi di servizi offerti e studiati. I risultati dell'analisi di contesto hanno prodotto alcuni schemi che descrivono la presa in carico proattiva delle persone fragili dal MMG – IFC e dalla rete dei servizi territoriali coordinati da una Centrale di Servizi (che nell'esperienza del Basso Sangro è chiamato Unità di Coordinamento Assistenza Territoriale).





Il laboratorio/progetto innovativo ha l'ambizione di modificare il pensiero tecnocratico e superare l'ottica a silos, che non mette a fuoco la persona da curare. Si tratta di un piccolo progetto finalizzato a "modellizzare" un Nuovo Approccio (poi evidentemente trasferibile).

La selezione e la formazione di Infermieri di Famiglia e Comunità è stata particolarmente difficile per ostacoli (spesso non dichiarati) tendenti a orientare l'impiego delle risorse Covid verso gli ospedali. Nonostante questo è stato realizzato un corso con l'aiuto della Scuola Civica di Alta Formazione di CittadinanzAttiva da marzo a maggio 2021¹

Al fine di proporre percorsi e temi inediti di formazione sulla cura delle persone con fragilità, l'ASL 2 Abruzzo e Cittadinanzattiva – per mezzo della sua Scuola civica di alta formazione, organizzano un percorso di formazione dal titolo: Salute e comunità. Cura delle

fragilità e governo dell'epidemia da Covid 19.

- I Modulo (12 e 13 marzo) – Salute e comunità. Verso un nuovo paradigma di cura
- II Modulo (19 e 20 marzo) – Fragilità e Covid. Strumenti per il governo della sindemia
- III Modulo (9 e 10 aprile) – Integrazione delle risorse esistenti sul territorio e utilizzo della tecnologia
- IV Modulo (23 e 30 aprile) – Costruire la comunità. Empowerment individuale, familiare e di comunità.

In particolare sono qui rendicontate alcune innovazioni predisposte nell'ambito degli interventi socio-sanitari:

1. Centro di ascolto (Call center)
2. Monitoraggio elettronico ADI
3. Telesorveglianza e telecontrollo
4. Volontariato in Rete
5. Palestra della mente Montessori

¹ Corso SALUTE E COMUNITÀ - Cura delle fragilità <http://salute.bassosangrotrigno.it/index.php/2021/03/05/salute-e-comunita-corso-di-formazione-per-infermieri-di-famiglia-e-comunita/>

1. **CENTRO DI ASCOLTO** della fragilità: *strumento di coordinamento sociale e sanitario e punto di ascolto per le persone fragili in cura, l'obiettivo è quello di decodificare il bisogno dell'utente fragile e illustrare e indirizzare l'utente al servizio più appropriato fornendo tutte le informazioni utili affinché la sua richiesta sia evasa.*

N. circa 1500 telefonate da metà agosto 2020. L'intervento ha visto il coinvolgimento diretto di una Assistente Sociale con 24 ore, aumentate a 36 ore settimanali da novembre 2020, con sede di riferimento presso la sede Centrale di Coordinamento Cure Transazionali, individuata all'interno del Centro Servizi "Sangro Aventino", per il servizio di coordinamento ed integrazione delle attività e del Centro d'Ascolto. Quest'ultimo è stato attivato con il numero telefonico +39 377 555 3978 dal lunedì al venerdì dalle 9:00 alle 13:00 e dalle 13:30 alle 17:30, e svolge attività di sorveglianza centralizzata dell'uso delle app: E-card, Carepy, EpiFrail, supportando gli IFC, gli Oss impegnati nel servizio domiciliare e gli utenti stessi.

Gli sportelli d'ascolto attivati nel periodo ante-Covid presso gli istituti scolastici di Torricella P., Montenerodomo, Palena, Gessopalena, Roccaspinalveti e Celenza sul Trigno sono sospesi e si sta pensando nel riorganizzare le attività di progetto attraverso l'attivazione di uno sportello di ascolto online per ogni plesso ricompreso nel territorio dell'area e la realizzazione di interventi di educativa domiciliare in presenza o a distanza.

2. **MONITORAGGIO ELETTRONICO ADI e. card:** *sistema di telecontrollo dei servizi ad alta integrazione socio-sanitaria, erogati a domicilio. Il tutto attraverso la geolocalizzazione delle residenze degli assistiti e sistemi elettronici che permettono la rilevazione elettronica dei dati in tempo reale.*

L'app e.card è uno strumento ottimale per la riduzione del tempo nel riempire schede firma e dedicare maggiore tempo alle prestazioni erogate all'utente fragile. Un ulteriore vantaggio della adozione dell'App e.card è stato identificato nella facilitazione del processo di valutazione e revisione periodica del Piano Assistenziale (PAI) in funzione delle esigenze assistenziali della persona rilevate dall'app in modo preciso.

L'avvio del monitoraggio elettronico ADI con l'app e.card è avvenuto ad agosto 2020, con 4 incontri formativi rivolti a 20 Operatrici Socio Sanitarie impegnate nel servizio ADI, sia dell'Alto Vastese (comprendente i comuni: Schiavi d'Abruzzo, Castelguidone, San Giovanni Lipioni, Torrebruna, Celenza sul Trigno, Fraine e Roccaspinalveti) che per i comuni dell'Unione Montana dei Comuni del Sangro (Civitaluparella, Roio del Sangro, Colledimezzo, Montazzoli, Monteferrante, Gessopalena, Pennadomo, Torricella Peligna, Montenerodomo, Pizzoferrato, Quadri, Rosello, Villa Santa Maria, Palena e Lama dei Peligni). Al mese di settembre 2021, dopo l'imperversare dell'epidemia Covid, il servizio risulta funzionante per 4 operatrici ADI 10 utenti dei comuni: 1 Fraine, 7 Roccaspinalveti, 1 Montenerodomo e 1 Villa Santa Maria.

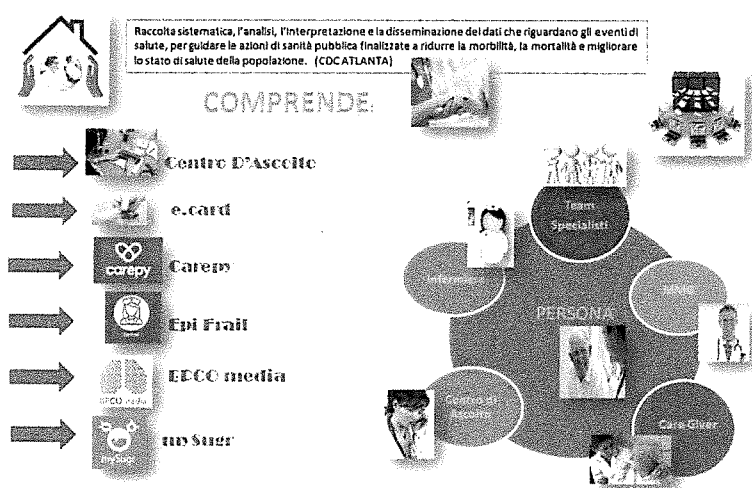
3. **TELESORVEGLIANZA E TELECONTROLLO Epi Frail:** *l'intervento ha come soggetto la persona seguita a domicilio, prevalentemente croniche degenerative, consente la raccolta di dati e informazioni sociali e sanitarie nel domicilio dell'utente rendendo immediata la valutazione dello stato di salute della persona da parte dei diversi professionisti coinvolti.*

Da novembre 2020, l'App è in via di sperimentazione presso il PTA e l'ospedale di comunità di Casoli, il PTA e ospedale di comunità di Gissi, per le persone fragili incaricate dai servizi sociali individuate all'ECAD 12,14 e MOVA e per i fragili individuati durante le visite di controllo post covid presso il DSB di Lanciano e Gissi. Quattro Oss Monitor, con un totale di 46 ore settimanali e diverse sedi di riferimento sul territorio: DSB di Castiglione M.M., PTA Casoli, DBS Lama dei Peligni e prossimamente anche presso il DSB di Villa Santa Maria, con il compito di supervisionare le attività di Telesorveglianza agli utenti fragili in ADI sociale, nelle RSA di Santa Maria del Monte (Castiglione M.M.), RSA Cicala (Bomba), RSA e Ospedale di Comunità di Casoli, in

collaborazione con le IFC della Asl02 Abruzzo per il servizio Carepy (monitoraggio della aderenza alla terapia e dei sintomi precoci da Covid-19) e EpiFrail (calcolo della fragilità della persona).

Al mese di settembre 2021 il servizio registra circa 80 persone fragili che vengono contattate maggiormente una volta al mese dall'IFC e/o Oss Monitor, i quali offrono una chiamata relazionale socio-sanitaria. La Tele-Sorveglianza attiva usa la tecnologia digitale, sia dei pazienti guariti dal Covid-19 che delle persone fragili (prevalentemente anziani, con più condizioni croniche, soli a casa o in residenza assistenziale): è la strategia principale adottata dalla Asl2 Abruzzo e dalle Aree Interne, di contrasto all'epidemia, per proteggere la fascia di popolazione maggiormente a rischio di esiti gravi, usando, tra le altre cose, le App Carepy e BPCO Media per la sorveglianza in remoto dello stato di salute e della aderenza alla terapia dei soggetti a rischio di Covid-19 (integrata con l'App EpiFrail che sorveglia lo stato di fragilità).

TELE-SORVEGLIANZA-ATTIVA



Modello di integrazione socio-sanitaria delle risorse attivate nella pratica della tele-sorveglianza attiva

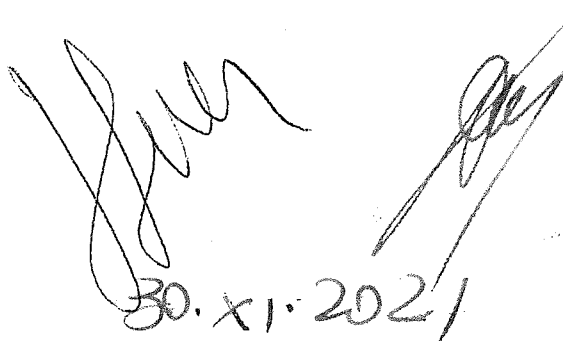
4. **VOLONTARIATO IN RETE:** servizio di vigilanza attiva domiciliare sul territorio: supportare e facilitare l'integrazione sociale degli anziani del territorio e promuovere l'inclusione lavorativa e sociale di quelle persone che vivono situazioni di grave marginalità a fronte di problematiche diverse.

Attualmente nel mese di settembre 2021 sono impegnati quattordici volontari e 41 anziani dell'Ecad 12 dieci volontari e 38 anziani dell'Ecad 14 e cinque volontari e 22 anziani del Mova. In data 15 marzo 2021, dopo aver selezionato i volontari ed effettuato il corso di formazione i volontari dei 33 comuni dell'area interna del Basso Sangro Trigno sono stati impegnati nel progetto a sostegno degli anziani fragili, offrendo loro servizio di compagnia, passeggiate, disbrigo commissioni, ecc. Attualmente sono impegnati circa 30 volontari per un centinaio di persone con fragilità confinate a domicilio.

5. **PALESTRA DELLA MENTE:** l'approccio Montessori applicato alle persone fragili mira al recupero delle abilità residue e/o ad apprendere nuove abilità concentrandosi sulla persona ed impegnandola in attività personali utilizzando capacità proprie.

La Palestra della Mente Montessori è stata avviata il 13 novembre 2019 come Centro diurno itinerante, con la formazione di una équipe di 32 professionisti, che adotta i metodi educativi ispirati a Maria Montessori, adattati ai familiari dei soggetti fragili con deterioramento cognitivo (5 infermieri, 4 psicologi, 14 Oss, 4 pedagogiste, 3 Assistenti sociali e 2 educatori). A causa del Covid l'intervento è stato ri-orientato verso 6 RSA. L'attività di formazione sul metodo Montessori applicato ai soggetti anziani fragili, ancora in corso, a cui stanno partecipando operatori socio-sanitari preliminarmente selezionati. Si è raccolto l'interesse alla sperimentazione delle attività di progetto, da parte delle strutture socio-assistenziali per anziani e per soggetti psichiatrici, ricadenti sul territorio di alcuni Comuni dell'area (Borrello, Castiglione Messer Marino, Montenerodomo, Rosello, Torricella Peligna) o comuni limitrofi a quelli della strategia (Atessa, Casoli, Bomba) ospitanti utenti residenti nell'area prototipo. Inoltre sono stati selezionati alcuni soggetti affetti da demenza e/o rischio di malattie neuro-degenerative, al fine di garantire a domicilio prestazioni riabilitative di stimolazione cognitiva, mirate a potenziare le abilità deficitarie (memoria, attenzione, linguaggio, ragionamento) e a fornire alle famiglie strategie di compensazione per sostenere le capacità residue della persona all'interno del proprio contesto di vita, in linea con quanto previsto nel progetto "Palestra della Mente".

Tutti i Facilitatori hanno già acquisito alcune competenze circa l'uso di alcuni strumenti, elaborati da Cameron Camp nell'ambito del "The Original Montessori for Dementia Training®", finalizzati ad identificare e ad accompagnare operativamente le attività personalizzate per le persone fragili con deterioramento cognitivo e disagio mentale della Palestra della Mente.



30. XI. 2021



ALLEGATO "B"

Azienda Sanitaria Locale 2

Lanciano – Vasto – Chieti

(L.R. 10.03.2008, n. 5)

66100 CHIETI - Via dei Vestini snc Palazzina N

Linea progettuale 2 Annualità 2019 – Promozione dell'equità in ambito sanitario

Il progetto analizza gli strumenti ed i processi attraverso cui la ASL 02 Lanciano Vasto Chieti promuove il principio di equità, integrandolo nell'ambito della programmazione aziendale. Affrontare e contrastare le disuguaglianze di salute è un tema prioritario a livello sia di politiche pubbliche, sia di interventi aziendali. In particolare, le aziende sanitarie hanno una responsabilità fondamentale nell'attivare processi programmatici ed attuativi volti alla riduzione delle disuguaglianze di salute, anche tramite l'applicazione di specifici strumenti di analisi e valutazione dell'equità.

L'obiettivo è quello creare uguali opportunità di salute e di ridurre le differenze in salute riducendo nel contempo le differenze nell'accesso ai servizi e nella qualità delle cure erogate coinvolgendo una gamma maggiormente differenziata della popolazione.

L'impegno a rendere i luoghi di assistenza ed i percorsi diagnostico terapeutici orientati quanto più possibile alla persona, considerata nella sua interezza fisica, sociale e psicologica, appartiene all'ambito del più generale tema della qualità dell'assistenza ed è al centro dell'attenzione del presente progetto.

Già da qualche decennio infatti, le normative ed i programmi per la promozione della qualità dell'assistenza indicano fra gli elementi che possono contribuire al miglioramento continuo della qualità dell'assistenza ed al governo clinico, la centralità della persona, con i suoi diritti e bisogni di salute.

L'umanizzazione dell'assistenza investe numerosi ambiti: significa prendere in carico il cittadino nel percorso di cura, curare la relazione tra professionisti sanitari e pazienti e familiari, prestare attenzione al comfort degli ambienti e ai processi organizzativi vicini alle esigenze dei cittadini, assicurare la trasparenza e l'accessibilità delle informazioni nonché la partecipazione civica quale contributo al buon andamento della qualità dei servizi e dei processi organizzativi, abbattere le disuguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari.

Da alcuni anni l'ASL 02 Abruzzo ha avviato un processo di umanizzazione, ideando ed attuando progetti di miglioramento dell'accoglienza degli utenti con un'analisi e una programmazione di interventi specifici.

Sono state elaborate ed attivate procedure ad hoc per la presa in carico di donne vittime di violenza "Codice Rosa".

Sono stati implementati i percorsi clinico organizzativi per le principali patologie tumorali (mammella, colon-retto, polmone, melanoma) che consentono ai soggetti affetti da queste patologie di accedere a dei percorsi assistenziali facilitati con una presa in carico globale multidisciplinare e multi professionale.

Nell'ambito del percorso mammella viene mantenuto da molti anni ormai il processo di certificazione del Breast Center aziendale, per il raggiungimento di standard elevati di qualità delle cure, con ottenimento della certificazione EUSOMA.

Il processo di umanizzazione in corso nella ASL02 Lanciano-Vasto-Chieti prevede il miglioramento dell'ascolto ed il riconoscimento dei bisogni dei pazienti e dei loro familiari, anche di altre nazionalità/etnie, con l'intento di migliorare la qualità dei servizi offerti ai pazienti stranieri sostenendo anche l'attività dei professionisti mediante strumenti che possano superare le barriere linguistiche. È stato pertanto acquisito un servizio di interpretariato da remoto, con disponibilità h24 durante tutto l'arco dell'anno, con possibilità di chiamate illimitate da tutte le strutture aziendali, che copre il maggior numero di lingue straniere e con la possibilità di usufruire di ore di mediazione culturale di persona, nonché di ottenere traduzioni scritte di documentazione clinica per le esigenze della ASL 02 Lanciano-Vasto-Chieti.

L'obiettivo è mettere il paziente al centro dei processi assistenziali quale esito di uno sviluppo comunicativo tra azienda sanitaria ed utente, attraverso l'informazione e l'ascolto reciproci.

A partire dagli ultimi anni la ASL 02 ha lavorato in particolar modo su quattro macro fattori che sono:

- A) l'accessibilità fisica, vivibilità e comfort della struttura
- B) l'accesso alle informazioni, semplificazione e trasparenza
- C) la cura della relazione e della comunicazione tra i professionisti e l'utente-paziente
- D) i processi assistenziali e organizzativi orientati al rispetto ed alla specificità della persona

Naturalmente per il raggiungimento degli obiettivi di cui sopra è stato necessario il coinvolgimento degli operatori sanitari. All'interno delle proprie unità organizzative, i referenti hanno avuto il ruolo di facilitatori per favorire la diffusione e lo sviluppo di valori, comportamenti, processi di assistenza e cura capaci di dare significato alla centralità del "sistema paziente", attraverso una piena e qualificata espressione di tutte le potenzialità umane e professionali presenti nell'organizzazione sanitaria.

- A) L'accessibilità fisica, vivibilità e comfort della struttura
 - ✓ miglioramento della segnaletica interna alle strutture aziendali
 - ✓ coinvolgimento delle UU.OO. nel progetto di umanizzazione al fine di far emergere delle proposte di miglioramento in tema di umanizzazione all'interno della propria area assistenziale.

- B) L'accesso alle informazioni, semplificazione e trasparenza
 - ✓ Costruzione di una rete integrata in grado di proporre un rapporto di comunicazione diretta con il cittadino, consentendo di raggiungere tutti gli obiettivi di interoperabilità ed integrazione dei sistemi informativi sanitari regionali, mediante realizzazione di un Dossier della Continuità delle Cure (DCC) che consente di raccogliere e ricomporre sul singolo cittadino tutti gli accessi e gli eventi sanitari erogati dalla Asl Lanciano-Vasto-Chieti.

- C) La cura della relazione e della comunicazione tra i professionisti e l'utente-paziente
 - ✓ Programmazione di Corsi di Formazione Continua residenziale rivolti agli operatori sanitari sullo sviluppo di strategie comunicative e sull'umanizzazione nell'ottica del miglioramento della cura della relazione operatore sanitario/paziente
 - ✓ miglioramento della gestione integrata dei reclami (URP, SAPS, SQA, DMO, UU.OO., ...)
 - ✓ Attivazione di sinergie tra operatori, pazienti, familiari, associazioni di volontariato e gruppi GAMA

- D) I processi assistenziali e organizzativi orientati al rispetto ed alla specificità della persona
 - ✓ Progettazione e sperimentazione di nuove procedure aziendali per l'integrazione ospedale-territorio al fine di favorire e facilitare l'accesso alla rete di sostegno territoriale attraverso il coordinamento con gli MMG e PLS e i Servizi socio-sanitari territoriali in funzione delle necessità e bisogni del paziente e favorire un approccio integrato tra le diverse figure professionali;

Costruzione di un sistema di prenotazione con il quale prenotare tutte le prestazioni (di I e II livello) per i pazienti afferenti ai diversi PDTA aziendali per il contenimento delle liste di attesa per prestazioni sanitarie (eco-color-doppler vasi carotidei, visite senologiche, colonscopia, etc)

Molto intensa è stata l'attività volta al rafforzamento delle competenze dei professionisti sanitari a prevenire e fronteggiare le aggressioni da parte dell'utenza.

La violenza sui luoghi di lavoro è diventata una questione di crescente preoccupazione negli ultimi 15 anni, in particolare in Europa, Australia e Nord America. La reale misura del problema è ancora sconosciuta, ma all'interno dei loro servizi, gli operatori sanitari sono particolarmente a rischio di violenza 16 volte più degli altri lavoratori degli altri settori, da parte dei pazienti/clienti (WHO 2015). In letteratura è documentato che in ambito sanitario sono aumentati gli eventi di violenza verso il personale sanitario, episodi che sono considerati "Eventi Sentinella" in quanto ci indicano la presenza di situazioni di rischio e di vulnerabilità che richiedono l'adozione di opportune misure di prevenzione e protezione dei lavoratori.

La UOC Qualità, accreditamento e risk management ha provveduto alla realizzazione di una campagna di prevenzione degli atti di violenza contro gli operatori sanitari dal nome "con...tatto", progettando e distribuendo in tutti i locali della ASL un poster con cui si invitano gli utenti a rivolgersi agli operatori con fiducia e rispetto.



E' stato inoltre elaborato il progetto "Più forti della violenza" per affrontare il fenomeno delle aggressioni verso il personale della ASL nell'ambito del quale sono stati progettati molti corsi di formazione rivolti agli operatori sanitari (come da Raccomandazione ministeriale n. 8 del 2007).

Gli obiettivi dei corsi sono stati:

- migliorare la conoscenza del fenomeno
- sensibilizzare gli addetti ai lavori
- incoraggiare il personale a segnalare prontamente gli episodi subiti ed a suggerire le misure per ridurre il rischio
- sostenere gli operatori vittime di aggressioni.

I corsi hanno fornito agli operatori indicazioni che possano aiutarli a curare le relazioni con gli utenti, a riconoscere e gestire in tempo i comportamenti aggressivi, nonché a prevenirli e mettersi in sicurezza.

Sono stati inoltre formati n. 10 Dirigenti Psicologi che hanno partecipato al corso di Formazione EMDR, tecnica specifica per la desensibilizzazione precoce dei traumi. Gli psicologi così formati sono a disposizione degli operatori dell'Azienda, che intervengono nel post-aggressione qualora il dipendente accolga l'offerta di sostegno per gestire il post evento e i vissuti post-traumatici.

Customer satisfaction - Rilevazione della "Qualità Percepita -relativa alle degenze ospedaliere e delle prestazioni ambulatoriali della ASL Lanciano Vasto Chieti

Le istituzioni sanitarie hanno la responsabilità di garantire e migliorare sistematicamente la buona qualità fornita ai pazienti/clienti, attraverso i "Sistemi di miglioramento della qualità" intesi come un insieme di attività e di misurazioni integrate e tendenti a garantire e a migliorare la qualità dell'assistenza fornita al paziente.

Il dato di partenza risiede nella consapevolezza che il livello di soddisfazione dei pazienti costituisce una risorsa importante per la riorganizzazione dei servizi in risposta alle aspettative stesse dei cittadini ma anche un Sistema Qualità centrato sulle esigenze dei pazienti, tenendo in giusta considerazione i loro pareri e considerando la capacità e gli strumenti che essi hanno di formulare un giudizio.

La rilevazione della qualità percepita è uno strumento che, seppur basato su dati ed esperienze soggettive, fornisce dati utili a conoscere ed analizzare i bisogni degli utenti dei servizi sanitari e risponde ad esigenze di conoscenza finalizzate alla pianificazione di interventi migliorativi.

Il monitoraggio della qualità percepita persegue lo scopo principale di valutare la percezione del cittadino, della qualità erogata rispetto alla qualità progettata e consentire l'avvio delle coerenti azioni di miglioramento. L'indagine di customer satisfaction rappresenta uno strumento strategico utile a favorire un cambiamento culturale, organizzativo e tecnico.

La ASL Lanciano Vasto Chieti, da tempo impegnata nella verifica della qualità percepita dai propri pazienti attraverso il monitoraggio della qualità dei servizi ospedalieri mediante la somministrazione di questionari, si pone come obiettivo proprio la rilevazione della customer satisfaction in merito alle relazioni tra cittadini assistiti e servizi sanitari aziendali. La UOC Qualità, Accreditamento e Risk Management ha realizzato un monitoraggio per la valutazione della qualità dei servizi ospedalieri utilizzando quale strumento di rilevazione un questionario di gradimento dei servizi.

Così come stabilito dalle direttive regionali (Determina DPF007/06 del 12/09/2018) e condiviso con i referenti aziendali nominati dai direttori generali delle ASL, l'intenzione è stata quella di individuare un approccio metodologico all'iniziativa di rilevazione per organizzare l'indagine della Customer Satisfaction.

La scelta del metodo di rilevazione adottato è quella della somministrazione, su base volontaria, di un questionario ai pazienti o ai caregiver, se il paziente è impossibilitato, in auto-compilazione.

I questionari, composti da domande chiuse a cui è stata aggiunta l'opzione della domanda aperta per indicare suggerimenti e/o osservazioni, utilizzati sono di due tipi: uno per il ricovero ordinario o day surgery/day hospital e l'altro per i servizi ambulatoriali.

L'indagine ha riguardato la degenza ospedaliera e le prestazioni ambulatoriali di molte UU.OO. afferenti ai PP.OO. di Chieti, Ortona, Lanciano, Vasto, Atesa e ai PTA di Casoli e Guardigliole.



I dati raccolti sono stati analizzati e sono stati predisposti dei piani di miglioramento con relativo cronoprogramma, per quegli aspetti che si rileva debbano essere migliorati.

I risultati dell'indagine sono stati pubblicati nella home page del sito aziendale, al fine di diffonderli e condividerli con operatori e cittadini.

La partecipazione dei singoli operatori sanitari alle attività di gestione del rischio clinico pone i singoli professionisti come parte attiva e partecipativa, anche per lo sviluppo di future politiche sanitarie.

La Asl Lanciano-Vasto-Chieti ha scelto da diversi anni un sistema di gestione integrato rischio clinico/governo clinico/gestione qualità ritenuto strategico per l'azienda per il raggiungimento di obiettivi quali la qualità e la sicurezza delle cure in considerazione del fatto che la sicurezza dei pazienti è una delle dimensioni in cui si articola la qualità in ambito sanitario. La ASL Lanciano Vasto Chieti da diversi anni infatti favorisce la ricerca e lo sviluppo di sinergie e integrazioni tra l'area della sicurezza delle cure e quella del rischio infettivo, al fine di favorire una coerenza di programmi e azioni per la prevenzione e controllo del rischio infettivo con l'obiettivo di ottenere risultati più efficaci ed in tempi più contenuti. Risultato di questa stretta integrazione è la capacità di generare sinergie, visione unitaria, coerenza nei processi decisionali e nell'azione dei diversi soggetti coinvolti. Questo contesto di gestione coincidente determina una collaborazione tra le funzioni che si occupano di rischio clinico e quelli che si occupano di rischio infettivo sia in termini di collaborazione e pianificazione delle attività che di sinergie tra le relative reti professionali. Negli anni, al fine di integrare le molteplici componenti che agiscono nel sistema, è stata costruita una rete di Referenti Qualità e Rischio Clinico delle varie articolazioni organizzative aziendali (Presidi ospedalieri, UU.OO., Distretti socio sanitari e strutture aziendali eroganti prestazioni sanitarie) che, coordinati dalla U.O.C. Qualità, Accreditamento e Risk Management, hanno il compito di applicare e monitorare le azioni di miglioramento all'interno delle proprie strutture di afferenza. In questo contesto, la UOC Qualità, accreditamento e risk management, grazie alla robustezza del sistema costruito negli anni, basato su una visione di integrazione tra l'area della qualità e del rischio clinico, ha facilitato l'applicazione degli strumenti propri del governo clinico (procedure, percorsi clinici ed organizzativi, audit clinici) contribuendo a far fronte a tale emergenza al fine di creare un sistema sicuro per il cittadino e per gli operatori sanitari.

Nella ASL Lanciano Vasto Chieti è attivo da anni un sistema di incident reporting attraverso il quale gli operatori, anche in forma anonima e confidenziale, segnalano gli eventi avversi e i near miss. Accanto al sistema di incident reporting, l'azienda ha attivato, in ottemperanza a quanto previsto dal Ministero della Salute, il programma per la segnalazione degli eventi sentinella (SIMES) attivo in azienda dal 2011.

La Banca dati SIMES viene alimentata regolarmente. A seguito del verificarsi di un evento sentinella, il risk management aziendale raccoglie ed analizza tutte le informazioni necessarie per effettuare una analisi sistemica articolata utilizzando lo strumento di risk management ritenuto più opportuno al fine di comprendere i fattori e le cause che hanno contribuito e determinato il verificarsi dell'evento. Se necessario avvia un audit con le parti interessate.

I piani di miglioramento scaturiti dagli audit vengono verificati alla scadenza prevista dal piano.

L'analisi globale dei risultati relativa agli eventi sentinella verificatisi nel corso degli anni consente di definire, in base alla rischiosità emersa dall'analisi degli eventi, le strategie e le linee di intervento su cui agire nonché gli obiettivi e i risultati attesi.

Tutti i dettagli relativi alla tipologia di eventi sentinella che si sono maggiormente verificati e le azioni di miglioramento messe in atto (Piano annuale di Risk Management) sono contenuti all'interno della relazione ai sensi dell'art. 2 comma 5 della legge 08 marzo 2017- regolarmente pubblicata ad inizio anno sul sito aziendale.

La ASL Lanciano Vasto Chieti attua dunque quanto disposto dalla Legge n.24/2017. Gli operatori delle UU.OO. sono stati sensibilizzati a segnalare i near miss, gli eventi avversi e gli eventi sentinella alla Direzione della U.O. coinvolta e al Responsabile del rischio clinico aziendale.

La banca dati aziendale di near miss, eventi avversi e eventi sentinella viene alimentata sistematicamente.

Le Linee Guida Ministeriali del giugno 2011 per gestire e comunicare gli eventi avversi in sanità sono state diffuse e adottate all'interno delle UU.OO.



Al fine di diffondere le conoscenze metodologiche e di trasmettere la cultura del rischio, la ASL predispone annualmente un piano formativo con l'obiettivo di trasmettere la cultura del rischio ed attuare i programmi di prevenzione dell'errore e di gestione del rischio clinico.

L'obiettivo è quello di promuovere la cultura no blame al fine di incentivare gli operatori alle segnalazioni di eventi avversi/near miss e aumentare la consapevolezza del potenziale pericolo di alcuni eventi mediante diffusione delle raccomandazioni ministeriali e delle procedure aziendali. La qualità della formazione è garantita dal rilascio dei crediti formativi (ECM). Gli operatori partecipanti ai corsi ottengono i crediti mediante superamento di un test finale di valutazione o mediante esame pratico.

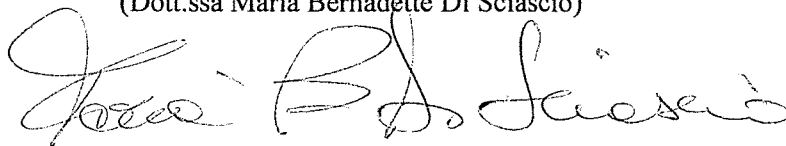
Relativamente alla misurazione ed analisi delle segnalazioni dei cittadini all'Ufficio URP, il numero totale di segnalazione ricevute e prese incarico per l'anno 2019 risulta essere pari a N=319.

Chieti 30 novembre 2021

IL DIRETTORE F.F.

UOC Qualità, Accreditamento e Rischio Clinico

(Dott.ssa Maria Bernadette Di Sciascio)

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Maria Bernadette Di Sciascio', written in a cursive style.

REGIONE ABRUZZO



ASL LANCIANO-VASTO-CHIETI
U.O.C. CURE PALLIATIVE E HOSPICE

Responsabile: Dott. Pier Paolo Carinci

ALLEGATO "C"

Lanciano, 28.09.2021

Al Direttore Generale
Dott. Thomas Schael

Al Direttore Sanitario Aziendale
Dott. Angelo Muraglia

Dott.ssa Maria Grazia Capitoli
Referente Amministrativo
Progetti Obiettivo (Area territoriale)

LORO SEDI

Oggetto: Relazione illustrativa dei risultati conseguiti con Progetti Obiettivo, art 1 cc. 34 e 34 bis della legge n.662/1996 – Finanziamento anno 2019.

PREMESSA

La presente relazione si riferisce al progetto dal titolo "COSTITUZIONE E IMPLEMENTAZIONE DELLA RETE DELLA TERAPIA DEL DOLORE E SVILUPPO DELLE CURE PALLIATIVE E DELLA TERAPIA DEL DOLORE IN AREA PEDIATRICA".

Gli obiettivi della presente linea progettuale LP3 si pongono in continuità con quelli previsti dalla linea progettuale analoga finanziata negli anni 2017 e 2018.

La impostazione del modello organizzativo su due livelli di attività delle cure palliative domiciliari, già inserito nel DCA n.51/2012 della Regione Abruzzo, è stato inserito nei nuovi LEA di relativamente recente approvazione e deve trovare piena applicazione nella Azienda ASL 02 nel prossimo triennio.

Il modello di Cure Palliative Domiciliari (art.23 del DCPM 12.01.1917), distinte dalle Cure Domiciliari-ADI (art.21 del DCPM 12.01.1917), si riferisce a cure palliative specialistiche come attività di equipe multiprofessionali dedicate e specializzate, rivolte ai malati con bisogni più complessi ed a cure palliative di base intendendo per esse l'applicazione più diffusa di un corretto approccio palliativo alle cure, rivolto ai malati con bisogni di minore complessità.

Essa si pone in continuità con le annualità precedenti e nell'ambito di essa trovano attuazione prioritariamente:

-lo sviluppo della Rete di Cure palliative e Terapia del dolore Pediatriche, mediante azioni rivolte direttamente alla Rete Pediatrica ed indirettamente alla Rete di Cure Palliative

Via Belvedere, 65 – Lanciano 66034 (Ch)
Tel. 0872.715827 Fax 0872.728809
e-mail hospice.lanciano@asl2abruzzo.it



ASL LANCIANO-VASTO-CHIETI
U.O.C. CURE PALLIATIVE E HOSPICE

Responsabile: Dott. Pier Paolo Carinci

dell'adulto, essendo quest'ultima la struttura organizzativa che deve farsi carico funzionalmente delle Cure Palliative pediatriche secondo le previsioni del DCA della Regione Abruzzo n.82/2013.

-lo sviluppo della Rete di Terapia del dolore così come individuata dalla legge 38/2010 e disegnata dalla successiva normativa regionale, rivolta al trattamento di tutte le patologie dolorose croniche in pazienti con dolore non oncologico o oncologico in trattamento precoce. Nell'ambito di questa linea progettuale 3, ed in collegamento funzionale diretto con i precedenti punti devono inoltre avere risposta le necessità di tipo:

- nutrizionale dei pazienti eleggibili a cure palliative, soprattutto nelle cure palliative non oncologiche e in quella fase precoce di malattia terminale identificata attualmente dal mondo scientifico come Early palliative care;
- organizzativo, legato alla comunicazione e introduzione dei dati in rete mediante la operatività informatica.

E' stato definito nel progetto della LP 3 che per il conseguimento degli obiettivi sarebbero state necessarie le seguenti azioni con le relative spese connesse:

Adeguamenti tecnologici:

- acquisto dei software di valutazione multidimensionale e di gestione della cartella clinica informatizzata di cui al DCA n.100 del 2016: si è in attesa della gara regionale per la dotazione del software specifico
- strumentazione hardware per la comunicazione tra operatori e tra questi ed i pazienti; linee, telefoniche mobili e linee dati per ogni gruppo operativo. Tale strumentazione in parte è già stata acquisita ed in parte è in via di acquisizione.
- acquisto n. 3 ecografi per centro Hub di Terapia del dolore di Chieti, Analgesia perioperatoria di Chieti e Hospice di Torrevicchia Teatina, richiesti ed in via di acquisizione.
- è stata inoltre confermata ed acquisita la licenza d'uso per il software di gestione dietetica dei pazienti in nutrizione artificiale;

Adeguamenti strutturali:

- completamento della area "pediatrica" nell'Hospice di Torrevicchia Teatina;
- adeguamento delle strutture mortuarie aziendali
- Adeguamento aree esterne degli Hospice

Le procedure amministrative e tecniche sono in via di esecuzione.



ASL LANCIANO-VASTO-CHIETI
U.O.C. CURE PALLIATIVE E HOSPICE

Responsabile: Dott. Pier Paolo Carinci

Fornitura di dispositivi medici:

-acquisto di dispositivi medici necessari per le infusioni, per le tecniche invasive e non di terapia del dolore per il Centro Hub di Chieti: è stata bandita gara per l'acquisto, in fase di valutazione delle offerte.

-acquisto di dispositivi medici necessari per la nutrizione dei pazienti oncologici e non, presi in carico dalla Rete di Terapia del Dolore, dalla Rete di Cure Palliative e dalla Rete di Cure Palliative Pediatriche: sono stati acquisiti i dispositivi medici necessari.

Fornitura miscele nutrizionali

Acquisto di miscele per os, per via enterale e parenterale per il trattamento della malnutrizione sia oncologica che non oncologica: sono state acquistate tutte le miscele necessarie alla nutrizione artificiale dell'adulto e del bambino con i fondi del presente progetto.

Formazione del personale specialistico delle UU.OO. coinvolte

(Cure Palliative, Terapia del dolore, Anestesia e Rianimazione, Terapia Intensiva Neonatale, Pediatrie, NOD, PTA, Geriatrie, Neurologie, Malattie infettive). La formazione interna ed esterna ha subito una flessione per il fenomeno pandemico in atto.

INDICATORI DI MISURAZIONE E VERIFICA DEI RISULTATI

-Numero di malati non oncologici eleggibili a cure palliative presi in carico dalla Rete Cure palliative / n. pazienti non oncologici segnalati eleggibili a cure palliative: 95% (Valore rif≥ 90%).

-Numero dei malati oncologici eleggibili a cure palliative presi in carico dalla Rete Cure Palliative/ numero dei pazienti eleggibili a cure palliative segnalati: 99% (Valore rif≥ 90%).

-Numero dei pazienti pediatrici presi in carico dal modello integrato di organizzazione della rete pediatrica di cui al DCA n.82 del 2013/ numero dei pazienti segnalati: 100% (Valore rif≥ 90%).

-Numero di malati nei quali il tempo massimo di attesa fra la segnalazione del caso e l'inizio della presa in carico domiciliare da parte della Rete Cure Palliative è inferiore o uguale ai 3 giorni /numero dei malati presi in carico a domicilio dalla Rete e con assistenza conclusa: 90% (Valore rif≥ 80%).

-Numero degli operatori delle UUOO coinvolte, MMG e PLS partecipanti alla formazione specialistica: Causa pandemia non ci sono stati corsi.

-Programmi formalizzati per la formazione in Cure palliative dei care giver domiciliari e/o dei volontari: Causa pandemia non ci sono stati corsi.

-Programmi finalizzati alla comunicazione ed alla informazione in Cure palliative oncologiche e non oncologiche: Causa pandemia non ci sono stati corsi.

REGIONE ABRUZZO



ASL LANCIANO-VASTO-CHIETI
U.O.C. CURE PALLIATIVE E HOSPICE

Responsabile: Dott. Pier Paolo Carinci

CONCLUSIONI

La somma stanziata relativa alla LP 3 per l'annualità 2019 è stata pari a **€ 1.469.937,02**

Dalla disamina degli obiettivi generali del presente progetto e delle azioni svolte allo stato attuale si può considerare che il progetto è in via di svolgimento con utilizzazione della somma assegnata, sia per attività istituzionale e continuativa al fine di migliorarne la erogazione, sia per gli specifici obiettivi di piano.

Il pieno conseguimento dei valori proposti dagli indicatori suddetti, cui le azioni progettuali hanno contribuito in maniera determinante, indica una buona performance della Rete di Cure palliative, della Rete di Terapia del Dolore e della Rete di cure palliative e terapia del dolore Pediatriche della nostra azienda, pur con le oggettive limitazioni legate all'evento pandemico.

A disposizione per ogni ulteriore chiarimento.

IL REFERENTE LINEA PROGETTUALE 3

Dott. Pier Paolo Carinci