



Deliberazione del Direttore Generale N. 936 del 23/12/2021

**Proponente: Il Direttore UOC APPROPRIATEZZA ED EPIDEMOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA,
FORMAZIONE QUALITA' E PERFORMANCE**

**Oggetto: DCA N° 57/2019 LINEE PROGETTUALI A FONDI VINCOLATI DELIBERAZIONE N° 618/2020 –
REGIONE CAMPANIA – PRESA ATTO.**

PUBBLICAZIONE

In pubblicazione dal 23/12/2021 e per il periodo prescritto dalla vigente normativa in materia (art.8 D.Lgs 14/2013, n.33 e smi)

ESECUTIVITA'

Atto immediatamente esecutivo

TRASMISSIONE

La trasmissione di copia della presente Deliberazione è effettuata al Collegio Sindacale e ai destinatari indicati nell'atto nelle modalità previste dalla normativa vigente. L'inoltro alle UU. OO. aziendali avverrà in forma digitale ai sensi degli artt. 22 e 45 D.gs. n° 82/2005 e s.m.i. e secondo il regolamento aziendale in materia.

**UOC AFFARI GENERALI
Direttore Eduardo Chianese**

ELENCO FIRMATARI

Gaetano Gubitosa - DIREZIONE GENERALE

Tommaso Sgueglia - UOC APPROPRIATEZZA ED EPIDEMOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE QUALITA' E PERFORMANCE

Angela Anecchiarico - DIREZIONE SANITARIA

Amalia Carrara - DIREZIONE AMMINISTRATIVA

Eduardo Chianese - UOC AFFARI GENERALI

Oggetto: DCA N° 57/2019 LINEE PROGETTUALI A FONDI VINCOLATI DELIBERAZIONE N° 618/2020 – REGIONE CAMPANIA – PRESA ATTO.

**Direttore f.f. UOC APPROPRIATEZZA ED EPIDEMIOLOGIA CLINICA E VALUTATIVA,
FORMAZIONE QUALITA' E PERFORMANCE**

A conclusione di specifica istruttoria, descritta nella narrazione che segue e i cui atti sono custoditi presso la struttura proponente, rappresenta che ricorrono le condizioni e i presupposti giuridico-amministrativi per l'adozione del presente provvedimento, ai sensi dell'art. 2 della Legge n. 241/1990 e s.m.i. e, in qualità di responsabile del procedimento, dichiara l'insussistenza del conflitto di interessi, ai sensi dell'art. 6 bis della legge 241/90 e s.m.i.

Premesso che

- l'art.1, comma 34 della legge 23 dicembre 1996, n. 662, prevede che il **CIPE**, su proposta del Ministero della Sanità d'intesa con la conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, possa vincolare quote del Fondo Sanitario Nazionale alla realizzazione di specifici obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale indicati nel Piano Sanitario Nazionale, da assegnare alle Regioni per la predisposizione di specifici progetti;
- il comma 34 bis del predetto articolo 1 prevede che per il perseguimento degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale indicati nel comma 34 le regioni elaborano specifici progetti sulla scorta di linee guida proposte dal Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali ed approvate con accordo in sede di conferenza permanente per i rapporti tra lo stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano. La conferenza permanente per i rapporti tra lo stato, le Regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, su Proposta del Ministro della sanità, individua i progetti ammessi a finanziamento utilizzando le quote a tal fine vincolate del Fondo sanitario nazionale ai sensi del comma 34. Le regioni impegnate nei piani di rientro individuano i progetti da realizzare in coerenza con gli obiettivi dei programmi operativi;
- gli allegati A e B dell'Accordo, sancito in conferenza Stato-Regioni in data 01/08/2018. Rep. Atti n.150/CSR. Anno 2018 tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano individuano le Linee progettuali ed i vincoli economici specifici per l'utilizzo da parte delle Regioni e delle province autonome di Trento e Bolzano, dei fondi di cui al menzionato art.1 comma 34 della legge 23 dicembre 1996, n. 662;
- con nota 6255/E del 23/02/2021, la Direzione Sanitaria trasmette a questa unità operativa nota della Regione Campania n°0067864 DEL 08/02/2021, nella quale è contenuto l'elenco delle attività programmate dalla Regione Campania, con deliberazione n°618 del 29/12/2020, ritenute conformi e che possono immediatamente avere inizio;

Considerato che

- con DCA n°57/2019 è stato approvato il riparto delle risorse vincolate assegnate alla Regione Campania, per l'elaborazione di specifici progetti nell'ambito delle linee prioritarie individuate dall'accordo Stato-Regioni:
 1. Linea 1- Pazienti cronici € 49.000.000,00;
 2. Linea 2- Equità in ambito sanitario € 6.000.000,00;
 3. Linea 3-Costituzione e Implementazione della rete della terapia del dolore sviluppo delle cure palliative e della terapia del dolore in area pediatrica € 10.827.768,00;

Deliberazione del Direttore Generale



REGIONE CAMPANIA
AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE
"SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO"
CASERTA

- 4. Linea 4 - Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione € 25.986.643,00;
- 5. Linea 5 - Tecnologia Sanitaria € 27.570.827,00;
- ai sensi dell'Accordo 01.08.2018. Rep. Atti n° 150/CSR. Anno 2018, per ogni linea progettuale ciascuna Regione deve presentare un unico specifico progetto;

Viste

- La Nota Regionale con cui le varie Aziende del Sistema Sanitario Regionale sono chiamate a predisporre, nei modi e nei tempi indicati dalla Regione stessa, il piano delle attività necessarie, per ogni singola linea progettuale, al raggiungimento degli obiettivi in esse previsti;
- La nota n° 0067864 del 08/02/2021 di assegnazione in parte delle risorse economiche stabilite dalla Regione Campania e dei progetti e/o linee progettuali, per le quali si richiede la pianificazione delle attività propedeutiche al raggiungimento degli obiettivi preposti, giacente agli atti;

Valutate

- La necessità di dover implementare a livello aziendale tutte le attività previste dalle predette linee progettuali secondo i modi e i tempi stabiliti dalla regione;
- L'opportunità di individuare formalmente gli operatori che seguiranno operativamente la realizzazione delle azioni previste dalle varie linee progettuali;
- L'utilità di disporre di un coordinamento che, sotto la guida del Referente Linee Progettuali Regionali Aziendale, fornisce rispettivamente, ognuno per competenza, il supporto operativo ed il sostegno organizzativo indispensabili alla effettiva realizzazione delle attività programmate;

Accertate

- Le condizioni di ammissibilità e sussistenza di tutti i presupposti giuridico-amministrativi rilevanti per l'adozione dell'atto che si propone, in base ai documenti detenuti e conservati dalla struttura proponente;
- Il Regolamento "LEGGE 662 DEL 23 DICEMBRE 1996 – ART.1, COMMA 34": PROGETTI LINEE PRIORITARIE INDIVIDUATE DALL'ACCORDO "26 OTTOBRE 2017. REP. ATTI N°150/CSR ANNO 2018".
- Il regolamento Aziendale per la realizzazione dei Progetti Regionali a Fondi Vincolati, deliberazione C.S. n° 339 del 23/12/2019;

Attestata

- La legittimità della presente proposta e la regolarità giuridico-amministrativa del procedimento che ne è alla base, a seguito dell'istruttoria effettuata dalla UOC "Appropriatezza ed Epidemiologia clinica e valutativa, Formazione, Qualità e Performance";

Deliberazione del Direttore Generale

PROPONE

- 1) di prendere atto delle Linee Progettuali, ritenute conformi dalla Regione Campania, in elenco, sottostante, riportante, i responsabili e la rispettiva ripartizione dei finanziamenti, per singola linea progettuale, come da Allegato n° 5 del DCA 57/2019, parte integrante e sostanziale del presente atto:

LINEA PROGETTUALE	RESPONSABILI	FINANZIAMENTO ASSEGNATO CON DCA 57-2015 ALLEGATO 5
Linea 1- Pazienti cronici	Prof. Cuomo Rosario/ Dott. Fusco Michele	€ 326.726,00
Linea 2- Equità in ambito sanitario;	Dott.ssa Simonova Zuzana / Dott.ssa Agresti Margherita	€ 252.963,00
Linea 3-Costituzione e Implementazione della rete della terapia del dolore sviluppo delle cure palliative e della terapia del dolore in area pediatrica;	Dott. Nunziata Felice / Dott. De Negri Pasquale	€ 229.650,00
Linea 4 - Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione;	Dott.ssa Greco Rita	€ 129.284,00
Linea 5 - Tecnologia Sanitaria;	Prof. Calabrò Paolo / Ing. Romallo Vittorio Emanuele	€ 634.654,00

- 2) di trasmettere copia del presente atto alla Giunta Regionale della Campania, Dipartimento 50, Uff./Strutt.4, Direzione Generale per la tutela della Salute, al Collegio Sindacale, ai sensi di legge, nonché, alla UOC Gestione Risorse Umane, alla UOC Gestione Economico Finanziaria, alla UOC Provveditorato ed Economato, al Responsabile della Prevenzione della corruzione e trasparenza, alla UOC Affari Generali e alle UU.O.O. interessate;
- 3) di rendere l'atto immediatamente eseguibile per l'avvio delle attività.

**IL DIRETTORE f.f. U.O.C. APPROPRIATEZZA ED EPIDEMIOLOGIA
CLINICA E VALUTATIVA, FORMAZIONE, QUALITA' E
PERFORMANCE**
Dott. Tommaso Sgueglia

Deliberazione del Direttore Generale



REGIONE CAMPANIA
AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE
"SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO"
CASERTA

IL DIRETTORE GENERALE

Dr. Gaetano Gubitosa

nominato con D.P.G.R.C. n. 76 del 10/06/2020
insediatosi giusta deliberazione n. 1 del 11/06/2020

Vista la proposta di deliberazione che precede, a firma del Direttore f.f. UOC Appropriatelyzza ed epidemiologia clinica e valutativa, formazione, qualità e performance, Dr. Tommaso Sgueglia

Acquisiti

i pareri favorevoli del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo sotto riportati:

Il Direttore Sanitario Dr.ssa Angela Anecchiarico _____

Il Direttore Amministrativo Avv. Amalia Carrara _____

DELIBERA

per le causali in premessa, che qui si intendono integralmente richiamate e trascritte, di prendere atto della proposta di deliberazione che precede e, per l'effetto, di:

1. **PRENDERE** atto delle Linee Progettuali, ritenute conformi dalla Regione Campania, in elenco, sottostante, riportante, i responsabili e la rispettiva ripartizione dei finanziamenti, per singola linea progettuale, come da Allegato n° 5 del DCA 57/2019, parte integrante e sostanziale del presente atto:

LINEA PROGETTUALE	RESPONSABILI	FINANZIAMENTO ASSEGNATO CON DCA 57-2015 ALLEGATO 5
Linea 1- Pazienti cronici	Prof. Cuomo Rosario/ Dott. Fusco Michele	€ 326.726,00
Linea 2- Equità in ambito sanitario;	Dott.ssa Simonova Zuzana / Dott.ssa Agresti Margherita	€ 252.963,00
Linea 3-Costituzione e Implementazione della rete della terapia del dolore sviluppo delle cure palliative e della terapia del dolore in area pediatrica;	Dott. Nunziata Felice / Dott. De Negri Pasquale	€ 229.650,00
Linea 4 - Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione;	Dott.ssa Greco Rita	€ 129.284,00

Deliberazione del Direttore Generale



REGIONE CAMPANIA
AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE
"SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO"
CASERTA

Linea 5 - Tecnologia Sanitaria;	Prof. Calabrò Paolo / Ing. Romallo Vittorio Emanuele	€ 634.654,00
---------------------------------	--	--------------

2. **TRASMETTERE** copia del presente atto alla Giunta Regionale della Campania, Dipartimento 50, Uff./Strutt.4, Direzione Generale per la tutela della Salute, al Collegio Sindacale, ai sensi di legge, nonché, alla UOC Gestione Risorse Umane, alla UOC Gestione Economico Finanziaria, alla UOC Provveditorato ed Economato, al Responsabile della Prevenzione della corruzione e trasparenza, alla UOC Affari Generali e alle UU.O.O. interessate;
3. **RENDERE** l'atto immediatamente eseguibile per l'avvio delle attività.

Il Direttore Generale
Gaetano Gubitosa

Deliberazione del Direttore Generale

Il presente atto, in formato digitale e firmato elettronicamente, costituisce informazione primaria ed originale ai sensi dei combinati disposti degli artt. 23-ter, 24 e 40 del D.Lgs. n. 82/2005. Eventuale riproduzione analogica, costituisce valore di copia semplice a scopo illustrativo.



*Giunta Regionale della Campania
Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il
Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale*

Il Direttore Generale

REGIONE CAMPANIA

Prot. 2021. 0067864 08/02/2021 13,03

Ritt. : 500491 STAFF - Funzioni di supporto t...

Dest. : DIRETTORI GENERALI ASSLL, RO, ROU

Classifico : 19. Fascicolo : 1 del 2020



Ai Direttori Generali delle
AA.SS.LL
AA.OO.RR.NN
AA.OO.UU.
IRCS
Loro sedi

Oggetto: Delibera di giunta regionale n. 618 del 29.12.2020

Si trasmette in allegato la delibera di giunta regionale n. 618 del 29.12.2020 ad oggetto: **“Risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, art. 1, comma 34 della legge 23 dicembre 1996, n. 662: linee progettuali prioritarie individuate dall'accordo 1° agosto 2018. Rep. atti n.150/CSR. Anno 2018.**

Con tale provvedimento la regione Campania, in attuazione **1° agosto 2018. Rep. atti n.150/CSR** che prevede la possibilità di ogni Regione di presentare un unico specifico progetto per linea progettuale comprensivo degli obiettivi qualitativi e quantitativi che si intendono conseguire, i tempi entro i quali tali obiettivi si ritengono raggiungibili, i costi connessi, gli indicatori, preferibilmente numerici, che consentano di misurare la validità dell'intervento proposto, ha approvato i progetti regionali relativi alle risorse finanziarie anno 2018 la cui attuazione è demandata alle aziende sanitarie.

Si invita, pertanto, a predisporre per ogni singolo progetto e/o linea progettuale il piano delle attività aziendale per il raggiungimento degli obiettivi previsti nei progetti stessi, anche al fine dell'utilizzo delle risorse assegnate a tal fine con il DCA n. 57 del 04/07/2019 e già in parte trasferite a Codeste aziende.

Al fine di consentire il monitoraggio e coordinamento delle attività si invita a trasmettere detti piani alla scrivente Direzione entro il 10 marzo 2021.

Si rappresenta inoltre che per progetti approvati con la predetta delibera n. 618 del 29.12.2020 la Regione è tenuta a relazionare al competente Ministero rispetto alla attuazione degli obiettivi definiti nei progetti stessi, per cui la realizzazione da parte di codeste aziende determinerà, anche l'erogazione da parte del Ministero delle restanti risorse assegnate ai sensi dell'art. art. 1, comma 34 della legge 23 dicembre 1996, n. 662.

Si confida in una fattiva collaborazione per la realizzazione delle attività nei modi e tempi previsti.

II DIRIGENTE DI STAFF

Tecnico Operativo
Dott. Pietro Buono

II DIRETTORE
Avv. Antonio Postiglione



Capitoli di Spesa a valere sul FSN vincolato 2018

RIPARTO FSN 2018 FONDI VINCOLATI	QUOTE VINCOLATE										OBIETTIVI DI CARATTERE PRIORITARIO					TOTALE RIPARTO FSN 2018 VINCOLATO
	BORSE DI STUDIO MMG 39/45 e U07216	ESCLUSIVITA' DI RAPPORTO	EXTRACOMUNI TARI	VETERINARIA	MEDICINA PENITENZIARIA	EMERGENZA AVICOLA e U07255	SUPERAMENT O OPG	TARIFE TERMALI	ONCOLOGICI C.403 LEGGE 232/16	INNOVATIVI C.400 LEGGE 232/16	L1 - POTA PAZIENTI CRONICI	L2 - EQUITA' AMBITO SANITARIO	L3 - CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE	L5 - TECNOLOGIA SANITARIA	L4 - PIANO PREVENZIONE	
Descrizione	Cap. U0702/33/37/ 39/45 e U07216	CAP U07306	CAP U07046	CAP U07608	CAP U07140	Cap. U07253 e U07255	CAP U07145	CAP U07248	CAP U07115	CAP U07115	CAP U07114	CAP U07114	CAP U07114	CAP U07114	CAP U07072	
ASL AVELLINO	-	160.723,00	22.071,00	-	2.063.278,00	-	1.129.998,00	-	396.366,00	3.110.679,00	237.744,00	660.546,00	1.012.779,00	1.727.428,00	12.161.079,00	
ASL BENEVENTO	-	108.167,00	57.240,00	-	904.543,00	-	152.487,00	-	6.430,00	2.059.851,00	149.424,00	364.453,00	670.649,00	1.140.774,00	7.253.112,00	
ASL CASERTA	-	359.037,00	1.002.729,00	-	4.567.728,00	-	1.684.131,00	-	7.155.906,00	6.814.671,00	560.294,00	1.196.839,00	2.218.730,00	3.910.451,00	36.121.386,00	
ASL NAPOLI 1	-	475.451,00	692.326,00	-	10.765.380,00	-	519.756,00	-	15.727.747,00	7.233.981,00	580.869,00	1.390.055,00	2.355.250,00	4.124.016,00	51.952.100,00	
ASL NAPOLI 2	-	287.668,00	776.431,00	-	635.881,00	-	539.549,00	-	4.748.061,00	7.755.174,00	656.189,00	1.661.785,00	2.524.940,00	4.531.550,00	36.300.717,00	
ASL NAPOLI 3	-	322.058,00	153.089,00	-	-	-	558.350,00	-	19.063.420,00	7.895.055,00	648.731,00	1.388.652,00	2.570.483,00	4.544.578,00	45.093.052,00	
ASL SALERNO	-	506.324,00	150.210,00	-	1.815.475,00	-	592.253,07	-	10.846.766,00	8.130.590,00	648.736,00	1.541.862,00	2.647.169,00	4.585.076,00	45.470.326,07	
AO CARDARELLI	-	182.727,00	60.668,00	-	-	-	-	-	-	310.663,00	252.963,00	229.650,00	603.452,00	129.284,00	1.769.407,00	
AO SANTOBONO	-	89.839,00	704.365,00	-	-	-	-	-	-	137.389,00	122.346,00	499.685,00	266.873,00	129.284,00	1.949.781,00	
AO DEI COLLI	-	124.981,00	1.441.903,00	-	-	-	-	-	-	594.327,00	371.963,00	286.711,00	1.154.459,00	129.284,00	4.103.628,00	
AOU S.G. e RUGGI SA	-	165.926,00	340.866,00	-	-	-	-	-	-	626.452,00	252.963,00	229.650,00	1.216.862,00	129.284,00	2.962.003,00	
AO MOSCATI	-	99.923,00	106.328,00	-	-	-	-	-	-	419.002,00	252.963,00	229.650,00	813.897,00	129.284,00	2.051.047,00	
AO RUMMO	-	77.004,00	-	-	-	-	-	-	-	177.375,00	252.963,00	229.650,00	344.545,00	129.284,00	1.210.821,00	
AO SAN SEBASTIANO	-	98.393,00	184.364,00	-	-	-	-	-	-	326.726,00	252.963,00	229.650,00	634.654,00	129.284,00	1.856.034,00	
AOU VANVITELLI	-	2.142,00	1.352,00	-	-	-	-	-	-	136.705,00	252.963,00	229.650,00	265.545,00	129.284,00	1.017.641,00	
AOU FEDERICO II	-	11.919,00	332.040,00	-	-	-	-	-	-	271.360,00	252.963,00	229.650,00	527.108,00	129.284,00	1.754.324,00	
IRCCS PASCALE	-	66.002,44	87.663,00	-	-	-	-	-	-	2.000.000,00	252.963,00	229.650,00	172.605,00	129.284,00	2.938.167,44	
ALTRI ENTI - GSA	7.739.252,40	-	-	107.445,50	-	185.749,00	-	186.026,00	-	1.000.000,00	-	-	7.570.827,00	129.930,00	16.919.229,90	
Totale	7.739.252,40	3.118.284,44	6.113.645,00	107.445,50	20.752.285,00	185.749,00	5.176.524,07	186.026,00	57.944.696,00	49.000.000,00	6.000.000,00	10.827.768,00	27.570.827,00	25.986.643,00	272.883.855,41	

SCHEDA PROGETTO				COSTO	FINANZIAMENTO
LINEA PROGETTUALE	LINEA 1. PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO PER PAZIENTI CON MULTICRONICITA'				
TITOLO DEL PROGETTO	La gestione della multi cronicità nell'Azienda Ospedaliera di Caserta: il modello del Case Management per l'ottimizzazione del percorso ospedaliero in ottica di transitional care				
RESPONSABILI DEI PROGETTI	PROF. CUOMO ROSARIO	DOTT. FUSCO MICHELE			
ARTICOLAZIONE DEI COSTI - DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO					
Tipologia dei costi					
Costi risorse umane	Costi per n. 9 Infermieri/fisioterapista con competenze nella gestione del paziente cronico; 2 data manager				327.726,00 €
Costi per la formazione	Accreditamento Corso di Formazione Aziendale sui PDTA				
Costi gestione del progetto	n. 9 pc per riunioni on line sui casi clinici e teleconsulto; licenze software gestione questionari (es. SF-36 e EQ-5D); fee orari per comunicazione con paziente e caregiver				
Costi	Bioimpedenziometro per valutazione stato nutrizionale				
Ricorse necessarie per la realizzazione del progetto					
Disponibili					
Da acquisire					
ANALISI DEL CONTESTO DI RIFERIMENTO	<p>Le malattie croniche sono definite come patologie di lunga durata con un decorso caratterizzato da periodi di remissione, in cui i sintomi migliorano o sono meglio tollerati, e periodi di riacutizzazione. Tali condizioni richiedono un trattamento continuo che non porta a guarigione ma può determinare un rallentamento della progressione della malattia, una riduzione della sintomatologia, prevenire la disabilità e determinare un miglioramento delle condizioni di vita. Tale trattamento può richiedere speciali forme di riabilitazione, impegna l'interessato ad osservare prescrizioni e ad apprendere un nuovo stile di vita.</p> <p>In Regione Campania la prevalenza dei pazienti cronici è pari al 37,4% della popolazione e il 20,4% soffre di almeno due malattie croniche. I pazienti che soffrono di malattie croniche possono avere fino a 9 malattie croniche concomitanti e il tasso di pazienti in politerapia farmacologica aumenta all'aumentare del numero di patologie che va dal 63,8% dei pazienti con due patologie al 100% dei pazienti con tutte le 9 patologie croniche.</p> <p>L'attuale sistema ospedaliero, organizzato in unità operative specialistiche, si rivela particolarmente valido ed efficace per il trattamento di situazioni di acuzie in pazienti privi di comorbidità e soprattutto in assenza di malattie croniche preesistenti, spesso condizionanti l'evento o la malattia che causa il ricovero. Occorre prendere atto, però, che in Italia, come nella maggior parte dei Paesi occidentali, il 70-75% dei degeni ospedalieri appartiene alla categoria dei "cronici acuitizzati con polimorbidità".</p> <p>Il riequilibrio e l'integrazione tra assistenza ospedaliera e territoriale costituisce oggi uno degli obiettivi prioritari di politica sanitaria verso cui i sistemi sanitari più avanzati si sono indirizzati per dare risposte concrete ai nuovi bisogni di salute determinati dagli effetti delle tre transizioni (epidemiologica, demografica e sociale) che hanno modificato il quadro di riferimento negli ultimi decenni portando ad un cambiamento strutturale e organizzativo. L'ospedale va quindi concepito come uno snodo di alta specializzazione del sistema di cure per la cronicità, che interagisca con la specialistica ambulatoriale e con l'assistenza primaria, attraverso nuove formule organizzative che prevedano la creazione di reti multispecialistiche dedicate e "dimissioni assistite" nel territorio, finalizzate a ridurre il dropout dalla rete assistenziale, causa frequente di riospedalizzazione a breve termine e di outcome negativi nei pazienti con cronicità. Tale orientamento è in linea con quanto previsto dal Regolamento n. 70 del 2 aprile 2015 recante la definizione degli standard ospedalieri.</p> <p>L'AORN di Caserta è ospedale per acuti, sede di DEA di II livello fortemente integrata nel sistema delle reti tempo-dipendenti secondo la programmazione regionale e, pur tuttavia, gestisce numerosi ricoveri acuti per pazienti cronici, prevalentemente nel Dipartimento di Scienze Mediche, anche in ragione della presenza di una forte connotazione specialistica. I reparti coinvolti nella presa in carico del paziente multicronico sono la Gastroenterologia, la Medicina Generale, la Geriatria, le Malattie infettive, la Nefrologia con Dialisi, la Neurologia, la Pneumologia e due unità dipartimentali: il Centro Trapianti e la Riabilitazione. Tutti questi reparti attuano una presa in carico altamente specialistica e professionale, tipica dell'approccio ospedaliero. Un approccio che si potrebbe definire "di attesa", volto ad accogliere il paziente (da PS o da percorsi di inquadramento ambulatoriale) nell'ambito specialistico di pertinenza, e utilizzando il sistema delle consulenze interne per assicurare il massimo grado di competenze professionale.</p>				
OBIETTIVO GENERALE	<p>Obiettivo generale del progetto "La gestione della multi cronicità nell'Azienda Ospedaliera di Caserta: il modello del Case Management per l'ottimizzazione del percorso ospedaliero in ottica di transitional care" è aumentare gli outcome di salute e di funzionalità dei pazienti in relazione al proprio stato di salute, prevedendo una presa in carico efficace ma sostenibile sia in termini economici ma anche in termini di valori individuali e sociali. Tale obiettivo va perseguito ponendo il paziente "al centro" del sistema di cura, trasformando l'attuale modello di attesa in un modello di iniziativa o proattivo, nel quale ciascuno dei reparti di area medica, tutti coinvolti nella gestione della cronicità, sviluppano una rete sinergica e integrata di presa in carico multispecialistica, mediante l'umanizzazione delle cure, la realizzazione di percorsi di cura partecipa e condivisi, l'equità nell'accesso ai servizi, la globalità di copertura di base alle necessità assistenziali di ciascuno. La costruzione di PDTA centrati sui pazienti è garanzia di effettiva presa in carico dei bisogni "globali" e di costruzione di una relazione empatica tra il team assistenziale e la persona con cronicità ed i suoi Caregiver di riferimento.</p>				

OBIETTIVI SPECIFICI	<p>Creare un modello assistenziale integrato, ottimizzando la gestione dei percorsi aziendali per pazienti multicronici che afferiscono all'area medica, superando funzionalmente l'organizzazione tradizionale per reparti mono-specialistici attraverso l'identificazione di un case manager per ciascun reparto specialistico del Dipartimento di Scienze Mediche che si raccordi sistematicamente e proattivamente con gli altri reparti nell'elaborazione del progetto terapeutico e assistenziale degli assistiti dal momento del ricovero alla dimissione</p> <p>Favorire lo sviluppo di un approccio per percorsi assistenziali integrati mediante l'implementazione di PDTA e di strumenti /scale di valutazione condivisi e trasversali ai diversi profili di cronicità</p> <p>Riorganizzare il modello di presa in carico del paziente e del caregiver ottimizzando la fase di dimissione attraverso il raccordo con il MMG, con i percorsi ambulatoriali post-ricovero e con le strutture intermedie (transitional care)</p>			
RISULTATI ATTESI				
A breve termine (indicano i miglioramenti apportati al termine del progetto)	<p>A) Implementazione e diffusione degli 8 PDTA previsti</p> <p>B) Individuazione e formazione degli 8 case manager</p> <p>C) Individuazione dei 2 data manager</p> <p>D) Definizione e classificazione della popolazione studiata mediante Charlson Index</p> <p>E) Riduzione della mortalità e delle complicanze intraospedaliere (dato parziale)</p> <p>F) Riduzione delle riammissioni ospedaliere a 30gg (dato parziale)</p> <p>G) Riduzione del 10% della durata della degenza dei pazienti cronici</p> <p>H) Miglioramento della qualità di vita misurato con SF-36 e EQ-5D (dato parziale)</p> <p>I) Consolidamento dei flussi informativi</p> <p>J) Realizzazione di percorsi formativi specifici</p>			
A lungo periodo (non direttamente raggiungibili al termine del progetto)	<p>A) Valutazione globale della riduzione della mortalità, delle complicanze intraospedaliere, delle riammissioni ospedaliere a 30 giorni e miglioramento della qualità di vita</p> <p>B) Riorganizzazione delle procedure aziendali sulla base dei risultati ottenuti</p> <p>C) Riorganizzazione della rete ospedale-territorio sulla base dei risultati ottenuti</p>			
PUNTI DI FORZA				
Indicare i punti di forza				
Verifica periodica delle performance	<p>a. Organizzazione di incontri periodici di confronto all'interno delle singole UO tra il case manager, personale medico, coordinatore infermieristico, CPSI e OSS ed ove presenti, fisioterapisti; b. Organizzazione di incontri periodici di confronto del team multidisciplinare e dei case manager delle singole UO; c. Revisione del modello organizzativo sulla base dei bisogni rilevati</p>			
Analisi dei flussi informativi	<p>a. Analisi periodica delle caratteristiche dei pazienti (Charlson Index); b. Analisi periodica dei DRG; c. Analisi periodica dei piani assistenziali (dimissione a domicilio, attivazione ADI, ricovero in hospice,</p>			
Organizzazione ed utilizzo dei PDTA	<p>a. Affidamento dell'organizzazione dei PDTA a personale formato; b. Utilizzo dei PDTA per realizzazione di approcci assistenziali individuali (PAI)</p>			
PUNTI DI DEBOLEZZA				
Indicare i punti di debolezza				
Assenza di modelli organizzativi o presenza di metodologie diverse tra le diverse aree specialistiche (da superare mediante):	<p>a. Istituzione di modelli organizzativi uniformi nelle varie aree specialistiche; b. Monitoraggio degli obiettivi delle singole aree; c. Confronto continuo dei case manager delle diverse aree per correggere ed uniformare i modelli organizzativi</p>			
Ridotta comunicazione con il territorio (da superare mediante)	Confronto periodico con le istituzioni territoriali che governano l'assistenza primaria (MMG) e distrettuale, l'assistenza domiciliare integrata, il trasferimento negli hospice e nelle RSA			
DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO				
FASE	AZIONI	BREVE DESCRIZIONE DEI CONTENUTI	INDICATORI DI VERIFICA	

Facilitare la creazione di un modello organizzativo aziendale di management del paziente con multicronicità	Formalizzazione dei protocolli operativi assistenziali di management del paziente con multi cronicità (Azione 1)	Delibera aziendale sulla costituzione di team multidisciplinari, dell'istituzione in alcune aree specialistiche del case manager e della figura del data manger aziendale	Pubblicazione della delibera aziendale		
	Attivazione team multiprofessionali e multidisciplinari di assistenza per lo sviluppo di strategie operative e gestionali di carattere proattivo nei confronti del paziente multicronico (Azione 2)	Individuazione delle figure professionali e degli specialisti nelle singole Unità operative (UOC: Gastroenterologia, Geriatria, Malattie Infettive, Medicina Interna, Nefrologia, Neurologia, Pneumologia; UOSD: Neuroriabilitazione, SATTE) per costituire il team multiprofessionale e multidisciplinare.	Costituzione dei team multiprofessionali e multidisciplinari		
	Reclutamento dei case manager (Azione 3)	Bando di concorso per il reclutamento dei case manager	Numero di case manager reclutati		
	Reclutamento dei data manager (Azione 4)	Bando di concorso per il reclutamento dei data manager	Numero dei data manager reclutati		
	Sviluppare percorsi formativi specifici (Azione 5)	Sviluppo di percorsi formativi finalizzati a consolidare le competenze dei team multidisciplinari	Numero di percorsi formativi		
Favorire lo sviluppo di un approccio per percorsi assistenziali integrati mediante l'implementazione di PDTA e di strumenti /scale di valutazione condivisi e trasversali ai diversi profili di cronicità	Elaborazione, implementazione e adozione di PDTA per almeno 8 malattie croniche (Azione 6)	Delibere aziendali sulla realizzazione dei singoli PDTA	Pubblicazione della delibera aziendale		
	Individuazione di almeno 1 operatore per UO dei PDTA (Azione 7)	Nomina del referente medico esperto nella elaborazione, implementazione e monitoraggio del PDTA specifico di ogni UO	Costituzione dell'elenco di medici esperti in PDTA		
	Organizzazione di incontro periodico del team per verifica applicazione dei PDTA (Azione 8)	Incontri periodici (1 a settimana) del team multispecialistico per discutere della corretta applicazione dei PDTA con puntualizzazione delle criticità	Applicazione dei PDTA		
	Formazione del personale dedicato (Azione 9)	Sviluppo di percorsi formativi finalizzati a consolidare le competenze dei referenti PDTA e dei case manager	Numero di percorsi formativi		
Riorganizzare il modello di presa in carico del paziente e del caregiver ottimizzando la fase di dimissione attraverso il raccordo con il MMG e con i percorsi ambulatoriali post-ricovero	Caratterizzazione dei pazienti cronici mediante score specifici (Azione 10)	Classificazione dei pazienti sulla base della Charlson Index (score di comorbidità) e questionari specifici (Qualità di vita: SF36 e EQ5D), Analisi SDO	Numero questionari compilati e SDO analizzate		
	Attivazione del team multidisciplinare per piani assistenziali individuali (PAI) (Azione 11)	Elaborazione di PAI per almeno l'80% dei pazienti multicronici dimessi.	Numero di piani assistenziali formulati		
	Analisi differenziali sul monitoraggio SDO (Azione 12)	Elaborazione dei dati delle SDO valutando le differenze tra il dato del tempo di monitoraggio (intermedio o fine progetto) ed il valore basale	Riduzione mortalità e complicità intraospedaliere; Riduzione riammissioni ospedaliere a 30 gg come proxy di esito; Riduzione durata degenza dei pazienti cronici di almeno il 15%		
	Analisi differenziali sul monitoraggio della QoL (Azione 13)	Elaborazione dei dati dei questionari di qualità di vita (SF36; EQ5d) valutando le differenze tra il dato del tempo di monitoraggio (intermedio o fine progetto) ed il valore basale	Miglioramento della qualità di vita		

	INDICATORI DI STRUTTURA	INDICATORI DI PROCESSO	INDICATORI DI ESITO		
INDICATORI	Presenza di un Case Manager per ciascuna delle 8 aree specialistiche coinvolte	Formalizzazione protocolli operativi per area medica	Riduzione mortalità e complicanze intraospedaliere (analisi SDO)		
	Presenza di due Data Manager per l'intero progetto	Attivazione team multiprofessionali e multidisciplinari di assistenza per lo sviluppo di strategie operative e gestionali di carattere proattivo nei confronti del paziente multicronico	Riduzione riammissioni ospedaliere a 30 gg. come proxy di esito (analisi SDO)		
	Presenza di almeno 1 operatore per reparto medico esperto nella elaborazione, implementazione e monitoraggio del PDTA	Elaborazione, implementazione e adozione di almeno PDTA per almeno 8 malattie croniche	Miglioramento della qualità della vita misurato con questionari specifici * #		
	Presenza di team multidisciplinari e di una unità di valutazione dei bisogni riabilitativi (UVBR)	Programmazioni di incontri periodici del team (almeno 1 a settimana)	Riduzione durata degenza dei pazienti cronici di almeno il 15% (analisi SDO)		
	Caratterizzazione dei pazienti cronici	Elaborazione di PAI per almeno l'80% dei pazienti multicronici dimessi			
		Classificazione dei pazienti sulla base della Charlson Index (score di comorbidità)			
		Formazione del personale dedicato			
TRASFERIBILITA'					
CRONOPROGRAMMA IN FORMATO GRAFICO					

SCHEDA PROGETTO			
LINEA PROGETTUALE	LINEA PROGETTUALE 2 PROMOZIONE DELL'EQUITA' IN AMBITO SANITARIO	COSTO	FINANZIAMENTO
RESPONSABILI DEI PROGETTI	DOTT.SSA SIMONOVA ZUZANA - DOTT.SSA AGRESTI MARGHERITA		
TITOLO DEL PROGETTO	UN UTILIZZO POSSIBILE DEGLI STANDARD DI EQUITA' NELL'AORN DI CASERTA		
Articolazione delle voci di costo per la realizzazione del progetto			
Tipologia delle voci di costo	Per la realizzazione delle azioni sono previste le seguenti risorse: - manutenzione della segnaletica all'ultimo ente aggiudicatario della gara (APOGEO) - formazione - stampa 1000 booklet "Guida informativa per professionisti sanitari per sensibilizzare al rispetto delle specificità delle persone transgender"		252.963,00 €
Voci di costo per la formazione	N. 1 corso di 2 moduli sull'Equità: strumenti, modelli, strategie ai membri del CUG dell'AORN N. 10 corsi/anno 2021 di 2 moduli ciascuno(8 ore complessive) sulla comunicazione e gestione dello stress destinato agli operatori dell'AORN N. 30 corsi/anno 2022 di 3 moduli ciascuno (12 ore complessive) su equità, comunicazione e gestione dello stress destinato agli operatori dell'AORN *queste voci di costo vanno riesaminate attentamente ai fini della definizione del budget finale)		
Voci di costo per la gestione del progetto	Due dirigenti interni		
Risorse umane necessarie per la realizzazione del progetto			
Attualmente disponibili	2 dirigenti individuati per il coordinamento della linea progettuale 2 1 dirigente medico, responsabile dell'U.O. di Prevenzione e Protezione Rischi per la gestione organizzativa ed amministrativa dei corsi e il coordinamento del personale interno 1 dirigente psicologo con l'expertise maturata sull'equità per la progettazione delle iniziative, reporting, formazione 1 assistente sociale per le attività lavorative quotidiane rivolte all'utenza vulnerabile e bisognosa del supporto particolare 1 amministrativo della Direzione sanitaria, laureata in psicologia per le attività dell'audit sull'equità con i responsabili delle UU.OO. 1 sociologo per elaborazione dati 2 amministrativi 30 membri del CUG coinvolti nell'analisi dei bisogni dell'organizzazione		
Da acquisire	4 docenti per complessivamente 41 corsi di 2-3 moduli, esperti su equità, comunicazione, gestione di stress e conflitti		

<p>ANALISI DEL CONTESTO DI RIFERIMENTO</p>	<p>La presente proposta si ispira ai principali documenti delle politiche sanitarie (Accordo Stato Regioni n. 150/CSR del 1/8/2018, Piano della Prevenzione della Regione Campania 2014-18, Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025) che introducono l'equità quale nuovo paradigma della salute pubblica e specificano sia le azioni da intraprendere, che le metodologie da adottare. Abbiamo considerate alcune esperienze virtuose, italiane ed internazionali, relative all'implementazione dell'equità nelle prassi sanitarie (rete HPH – Health Promoting Hospitals & Health Services).</p> <p>Nel definire i bisogni relativi all'equità nell'AORN di Caserta è stato utilizzato lo strumento di autovalutazione "Standard di Equità nell'assistenza sanitaria ai migranti e ad altri gruppi vulnerabili" che definisce una serie di criteri finalizzati al monitoraggio e alla misurazione dell'equità nell'assistenza sanitaria. In questo modo il gruppo di Coordinamento sull'equità ha potuto interrogarsi su ciò che è stato fatto per rendere strutture e prestazioni più accessibili alle persone con svantaggio. Dall'analisi deriva questa proposta che considera nuove esigenze emerse in relazione alla pandemia COVID-19 e l'impatto sull'ulteriore accrescimento delle iniquità preesistenti, dovute all'invecchiamento ed una composizione demografica modificata dalla migrazione.</p> <p>Nell'analisi delle criticità sono stati presi in considerazione i seguenti temi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>accesso ai servizi dell'AORN</u> che sono stati ultimamente aggiornati nel 2016, e quindi necessitano di modifiche e miglioramenti perchè siano al passo con i tempi. - <u>azioni di contrasto alla violenza e alla discriminazione nelle relazioni lavorative</u> (utenti-operatori, tra operatori) che necessitano di una formazione specifica degli operatori per implementare i modelli orientati all'equità. In particolare si vogliono combattere gli episodi di conflittualità che talvolta degenerano in episodi critici (battibecchi, liti, intolleranza verso la diversità). - <u>diritti del lavoro</u>, in particolare quelli relativi alla sicurezza e salute sul luogo di lavoro, per rimuovere ostacoli relativi alle differenze di genere, età, provenienza. <p>Applicando gli Standard per un'autovalutazione si è ottenuta una visione globale sull'equità nella nostra Azienda che consente di inserire tutte le criticità nel Piano di azioni future. Tale autovalutazione rappresenta un primo passo verso il monitoraggio e valutazione delle discriminazioni per superare frammentazione e scarsa visibilità delle singole iniziative promosse da diverse aree in epoche precedenti. L'obiettivo è la formulazione di un Piano Strategico sull'Equità di lungo respiro (3-5 anni), che sarà elaborato dal gruppo di coordinamento della linea progettuale sull'equità in stretta collaborazione con il CUG Aziendale. La bozza del Piano strategico potrà essere integrata dalle osservazioni dei dattori di lavoro, prima di essere validato dalla Direzione Strategica.</p> <p>Il Piano Strategico sull'Equità sarà elaborato in modo condiviso e partecipato, raccogliendo segnalazioni provenienti dagli operatori per superare una gestione percepita come gerarchica e poco attenta alle necessità dei singoli, dovuta in parte alla scarsità di personale e al sovraccarico lavorativo. Il Piano Strategico sarà declinato nei Piani annuali delle priorità sull'Equità, le cui azioni saranno dotate di indicatori specifici, temporizzati e valutabili in confronto con i risultati attesi.</p>	
<p>OBIETTIVO GENERALE</p>	<p>Promuovere la cultura di equità nell'AORN di Caserta per affrontare iniquità e discriminazioni, considerati dalla Regione Campania ostacoli e barriere ad un pieno raggiungimento degli obiettivi di sviluppo.</p> <p>Per rendere l'obiettivo generale applicabile al contesto dell'AORN di Caserta superare il rischio di interventi generici si è deciso di adottare uno strumento di autovalutazione dei bisogni relativi all'equità nella forma di check-list "Standard di Equità nell'assistenza sanitaria ai migranti e ad altri gruppi vulnerabili". Tale strumento, sviluppato nell'ambito della Task Force Migrant Friendly Hospitals and Health Services (MFH) costituita presso l'OMS e validato internazionalmente, permette una valutazione sistematica e puntuale delle principali aree di un'organizzazione sanitaria che vuole diventare culturalmente e socialmente competente e solidale. Per introdurre in modo sistematico il tema dell'equità nell'AORN di Caserta è stato adottato il modello del gruppo emiliano che privilegia l'utilizzo di metodologie partecipative ed esperienziali promuovendo un' immediata applicazione della teoria alle prassi dei servizi. Tra le metodologie della formazione vengono annoverati esercizi di gruppo, allo scopo di favorire l'adozione dell'equity lens per nascenti PDTA e progettualità innovative. A tale scopo serve sia una reale comprensione del concetto di equità come fonte di salute pubblica, sia l'adozione sistematica degli strumenti specifici come per esempio la check list EQUIA che monitora le disparità per correggerli. La formazione promossa farà l'utilizzo di simulate e role playing privilegiando l'apprendimento per imitazione nella costruzione delle competenze sull'equità.</p>	

OBIETTIVI SPECIFICI	<p>1. Potenziare i meccanismi di segnalazione, monitoraggio e valutazione delle discriminazioni in ambito lavorativo</p> <p>2. Migliorare la consapevolezza del personale sanitario sui loro diritti, i ruoli e le responsabilità per affrontare la discriminazione in ambito sanitario</p> <p>3. Migliorare l'equità di accesso alle strutture sanitarie e la qualità dell'assistenza orientandola ai bisogni della persona e della sua famiglia</p>	
RISULTATI ATTESI	<ul style="list-style-type: none"> • Risultato Obiettivo 1: Definizione del Piano Strategico sull'Equità dell'AORN Caserta 2022-2026 e la realizzazione del Piano annuale definito sulla base dell'autovalutazione attraverso gli Standard sull'Equità (Task Force dell'OMS sull'equità) • Risultato Obiettivo 2: Realizzazione degli eventi formativi sull'equità, sui diritti delle persone e sulla sicurezza e salute sui luoghi del lavoro (Indicatore di target: almeno 50 eventi formativi/anno per 350 dipendenti e stakeholder; in 3 anni saranno realizzati 150 eventi per circa 1050 dipendenti) • Risultato Obiettivo 3: Aggiornamento della segnaletica di 'accesso alle strutture dell'ARN di Caserta 	
A breve termine	<p>Migliore accesso alle strutture dell'AORN di Caserta</p> <p>Incremento delle competenze degli operatori su equità, comunicazione e gestione dei conflitti</p> <p>Incremento delle conoscenze diritti e responsabilità degli operatori AORN di Caserta</p>	
A lungo periodo	<p>Riduzione delle discriminazioni nell'AORN di Caserta</p> <p>Maggiore equità nell'accoglienza e nell'accesso alle cure di qualità</p> <p>Competenza nell'utilizzo delle metodologie di compartecipazione e condivisione in ottica dell'equità da parte degli operatori dell'AORN di Caserta</p>	
PUNTI DI FORZA		
Descrizione dei punti di forza	<p>Tutte le nascenti PDTA presteranno una sistematica attenzione alla valutazione dell'equità in virtù della presenza di un esperto nel team multidisciplinare.</p> <p>Il recente rinnovo del CUG aziendale che si è mostrato interessato alla formazione sull'equità come primo percorso per realizzare le azioni a favore dell'organizzazione in ottica di equità.</p> <p>Il Servizio di Prevenzione e Protezione Rischi ha realizzato diverse iniziative progettuali e formative finalizzate al benessere degli utenti e/o dei dipendenti.</p> <p>U.O.C. Malattie Infettive ha adottato con grande anticipo i modelli di assistenza ispirati alla medicina proattiva in ottica dell'equità per la gestione dell'HIV e delle patologie epatiche puntando prioritariamente sulle categorie vulnerabili quali tossicodipendenti, detenuti, persone LGBT+.</p> <p>La presenza di un'assistente sociale aziendale che ha creato una fitta rete di contatti con i servizi territoriali per risolvere problemi dell'utenza ospedaliera più vulnerabile e bisognosa.</p> <p>La psicologa aziendale ha marurato l'esperienza teoretico-pratica sui modelli e strategie di equità in virtù di un periodo di comando di 6 mesi presso l'AUSL di Reggio Emilia, dove è stata inserita nel team di Ricerca sull'equità.</p>	
PUNTI DI DEBOLEZZA		
Descrizione dei punti di debolezza	<p>Il sottodimensionamento numerico del personale in presenza di un'alta densità della popolazione contribuisce ad un frequente sovraccarico di alcuni servizi creando disagi e criticità sia da parte dell'utenza che degli operatori sanitari. Tale situazione di sovraccarico lavorativo di lungo periodo può indebolire l'impatto qualitativo del progetto.</p> <p>Un'ulteriore criticità può essere rappresentata da una scarsa aderenza dei dirigenti e dei decisori ai percorsi formativi sull'equità, che sono chiamati ad implementare i principi di equità nelle prassi attraverso l'utilizzo sistematico di strumenti specifici (per esempio scheda EQUIA) ai PDTA per garantire l'accesso a tutte le categorie svantaggiate.</p>	
DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO		

	ATTIVITA' E BREVE DESCRIZIONE DEI CONTENUTI	INDICATORI DI VERIFICA
WP 1	Coordinamento della LP2 per difendere la cultura di equità trasversalmente in tutta l'organizzazione.	
OBIETTIVO WP 1	Work package 1: L'obiettivo di questo WP è assicurare il coordinamento tecnico-scientifico delle attività previste, dall'audit e monitoraggio dell'equità, alla formazione e alla rendicontazione, identificando tutte le esperienze pregresse e colmando le criticità esistenti.	
DESCIZIONE ATTIVITA' WP 1	<p>Il gruppo di coordinamento provvederà a monitorare l'esecuzione di tutte le attività previste. Assicurerà inoltre la programmazione di un audit sistematico con i responsabili delle singole UU.OO. utilizzando la check list EQUIA che permette un monitoraggio puntuale dell'accesso ai servizi e alle cure per tutte le categorie di utenza, specie quelle svantaggiate. Con l'aiuto della sociologa sarà aggiornato il profilo organizzativo che il CUG utilizzerà per predisporre il suo Piano delle attività finalizzato a combattere le discriminazioni al livello dell'organizzazione. Il coordinamento valorizzerà tutte le esperienze pregresse (vedi punti di forza) valutando la trasferibilità. Il gruppo di coordinamento si riunirà settimanalmente per le attività di programmazione, coordinamento e monitoraggio.</p> <p>AZIONE 1.1 Audit sistematico con i responsabili delle UU.OO. Aziendali sull'accesso alle strutture e alle cure con supporto della check list EQUIA. La Direzione Sanitaria sarà direttamente coinvolta in tale azione attraverso un amministrativo, laureato in psicologia, che parteciperà all'audit con i responsabili delle UU.OO e stenderà il report finale. La DS provvederà all'inserimento dell'esperto Aziendale sull'equità in tutte le PDTA nascenti.</p> <p>AZIONE 1.2 Elaborazione del profilo organizzativo come l'input al CUG per la preparazione del Piano di attività finalizzate a combattere le discriminazioni organizzative e supportare i portatori di svantaggio sociale (lavoratori LGBT+, donne con i carichi familiari, ...).</p> <p>AZIONE 1.3 Elaborazione della rendicontazione periodica sulla LP2, sia descrittiva che amministrativo-finanziaria da inviare alla Regione Campania.</p> <p>AZIONE 1.4 Stampa di 1000 booklet per gli anni 2022 e 2023 "Guida informativa per professionisti sanitari per sensibilizzare al rispetto delle specificità delle persone transgender" sviluppata nell'ambito del progetto Europeo SWITCH, da distribuire tra i sanitari dell'AORN di Caserta</p> <p>AZIONI 1.5 Sviluppo del Piano Strategico sull'Equità dell'AORN di Caserta</p>	<p>Inserimento dell'Equità nella programmazione aziendale (la strategia per l'equità è sviluppata sinergicamente al miglioramento della qualità e alla gestione del rischio, ed è integrata con essi)</p> <p>Inclusione nel Piano della Formazione Aziendale di insegnamenti in materia di Equità per migliorare la consapevolezza, le conoscenze e le competenze del personale al fine di affrontare le disuguaglianze nell'ambito dei servizi sanitari</p> <p>Report qualitativo sugli esiti del corso relativi alla disponibilità di adottare i principi di equità nei luoghi di lavoro Piano Strategico sull'Equità dell'AORN Caserta entro 2023</p>
WP 2	Realizzazione dei percorsi formativi	
OBIETTIVO WP 2	L'obiettivo di questo WP è la progettazione e la realizzazione dei percorsi formativi sull'equità, con particolare attenzione alla comunicazione e alla gestione dello stress lavoro correlato che incidono sulla qualità dei rapporti e sull'clima organizzativo.	

DESCIZIONE ATTIVITA' WP 2	<p>In questo WP saranno realizzati i moduli B45 inseriti B41 dei percorsi su comunicazione e gestione dello stress che contiene un modulo dedicato a come approcciare le differenze (LGBT, violenza sulle donne)</p> <p>Ci saranno realizzati i seguenti corsi:</p> <p>Corso i membri del CUG sugli strumenti e sui metodi dell'equità</p> <p>Realizzare un corso per i membri del CUG sulla tematica dell'assistenza alle persone Transgender nell'ambito del progetto europeo SWITCH)</p> <p>Realizzare un corso per i membri del CUG sul tema della violenza sulle donne</p> <p>Nella definizione di percorsi di cura sarà inserita valutazione dell'impatto sull'equità per prestare una sistematica attenzione alle diverse caratteristiche, esperienze, situazioni e differenze che caratterizzano ogni singolo paziente.</p> <p>AZIONE 2.1 ELABORAZIONE PROGETTI FORMATIVI SULL'EQUITA':</p> <p>AZIONE 2.2. REALIZZAZIONE PERCORSI FORMATIVI CON IL PERSONALE INTERNO E DIVERSI STAKEHOLDERS.</p> <p>AZIONE 2.3 STESURA REPORT DI VALUTAZIONE SULL'EFFICACIA DEI PERCORSI</p>	<p>Il Piano della Formazione Aziendale 2022 contiene almeno 60 moduli di percorso sull'equità, sulla comunicazione e sulla gestione delle situazioni conflittuali) destinati a tutti i dipendenti e/o stakeholder</p> <p>Report annuale sui risultati della formazione</p>
WP 3	<p>Miglioramento della segnaletica orizzontale e verticale dell'Aorn di Caserta attraverso la manutenzione dell'esistente e il monitoraggio e una ipotesi di proposta di miglioramento futuro</p>	
OBIETTIVO WP 3	<p>L'obiettivo di questo WP è l'implementazione dell'attuale segnaletica in molti casi diventata obsoleta a seguito di diversi spostamenti dei reparti avvenuti dal momento dell'ultimo impianto realizzato dall'APOGEO, aggiudicatrice della gara, e i nuovi spostamenti programmati nell'immediato futuro, che possono essere realizzati con l'intervento di regolare manutenzione.</p>	
DESCIZIONE ATTIVITA' WP 3	<p>AZIONE 3.1 Ricognizione della segnaletica esistente</p> <p>AZIONE 3.2 Un progetto di revisione per stabilire in maniera puntuale quali sono le modifiche necessarie alla segnaletica</p> <p>AZIONE 3.3 Realizzazione e collaudo della segnaletica orizzontale e verticale nell'AORN di Caserta</p> <p>AZIONE 3.4 (Totem informativi sul posizionamento dei singoli reparti gestiti con l'app sul smart-phone</p>	<p>Progetto di manutenzione Apogeo entro fine del 2022</p> <p>Gara per la manutenzione ad Apogeo – entro la fine del 2023</p>
INDICATORI		
	Piano Strategico sull'Equità dell'AORN di Caserta	entro 2023
	1000 booklet sull'assistenza alle persone transgender	entro 2022
	Rendicontazione per gli anni 2021,2022, 2023	entro 2021, 2022, 2023
	Report sui corsi realizzati per gli 2021-2023	2021-2023

SCHEDA PROGETTO		
LINEA PROGETTUALE	SVILUPPO DELLE CURE PALLIATIVE E DELLA TERAPIA DEL DOLORE IN AREA PEDIATRICA	FINANZIAMENTO LINEA
TITOLO DEL PROGETTO	La Gestione del dolore in età pediatrica: formazione degli operatori sanitari attraverso l'utilizzo della Simulazione ad Alta Fedeltà	
RESPONSABILI DEL PROGETTO	DOTT. NUNZIATA FELICE - DOTT. DE NEGRI PASQUALE	
ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
Tipologia dei costi	Costi di investimento (acquisizione degli asset; identificazione e ristrutturazione dei locali di simulazione; arredamento dei locali); Costi diretti (spese di gestione per la formazione); Costi indiretti (pulizia, amministrativi; collamento wifi; ect)	229.650,00 €
Costi per la formazione	Euro 40,000 (formazione dei formatori attraverso corsi dedicati, spese di vitto e alloggio per tutor esterni all'azienda, spese di segreteria per l'allestimento dei corsi)	
Costi gestione del progetto	Euro 160,000 (acquisto n. 3 manichini di simulazione e relativi consumabili; apparecchiature audio-video per debriefing, software dedicati al progetto) + Euro 12,000 (contratto di collaborazione 5 h /settimana x 2 anni a Project Manager) + Euro 17,650 (identificazione e realizzazione di sala simulazione in locali dedicati dell'azienda)	
Costi TOTALI	Euro 229,650	
Risorse necessarie per la realizzazione del progetto		
Disponibili	Dirigenti medici adeguatamente formati nella gestione del dolore pediatrico della simulazione. Facilitatori riconosciuti a livello nazionale	
Da acquisire	Acquisto e/o individuazione di specifici asset (Simulatori ad alta fedeltà in numero di tre; Regia computerizzata; Sistema audio-visivo; Locali di simulazione, di debriefing, di regia; Materiali consumabili). Psicologo psicoterapeuta	
ANALISI DEL CONTESTO DI RIFERIMENTO	<p>IL DRGC n 273 del 30/11/2012 ha previsto una struttura di coordinamento regionale delle cure palliative e terapia del dolore per massimizzare l'applicazione ubiquitaria di quanto previsto dalla Legge 38/2010.</p> <p>Nell'80% dei ricoveri pediatrici, legati a svariate patologie, il sintomo "dolore" risulta essere presente.</p> <p>In PS solo in solo 1 bambino su 4 il dolore viene misurato e di questi solo 1 bambino su 2 riceve una terapia analgesica (1).</p> <p>Tutto ciò è legato a inadeguato know-how da parte del personale sanitario (problema sottovalutato, inevitabilità dello stesso in relazione alla patologia di base, mancata percezione di priorità di trattamento rispetto alle restanti cure;retaggi culturali in merito alla terapia farmacologica), pur essendo presenti specifiche linee guida. (2-4).</p> <p>L'AORN S. Anna e S. Sebastiano partecipa al "Progetto Umanizzazione delle Cure Pediatriche", ma ad oggi, in ambito pediatrico, non risulta ancora pedissequamente applicato quanto previsto dalla legge 38 per assenza di formazione del personale. Ad oggi nessuna delle unità infermieristiche, in servizio presso l'UOC di Pediatria, ha partecipato a corsi sulla valutazione e gestione del dolore.</p> <p>Possibilità di usare la simulazione ad alta fedeltà quale strumento di formazione per l'acquisizione, il perfezionamento e consolidamento (6) delle skill necessarie e del lavoro di squadra (SBMT "Simulation Based Medical Training") in piena sicurezza psicologica per gli operatori sanitari senza dover agire fisicamente sul paziente (Legge 24/2017: La sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività)</p> <p>La sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività</p> <p>Scalabilità e replicabilità della Simulazione ad alta fedeltà che ne permette il suo utilizzo non solo nell'ambito di programmi di educazione medica continua (ECM) per la gestione del dolore ma anche per l'area critica, le chirurgie, ect (8).</p> <p>Aumento dell'attrattività dell'A.O.R.N per studenti, grazie al vantaggio competitivo generato dall'uso di tale strumento formativo (9)</p>	note bibliografiche

OBIETTIVO GENERALE	Applicazione della legge 38/2010 su tutti i pazienti in età pediatrica (0-14 anni) afferenti all'AORN S. Anna e S. Sebastiano.	
OBIETTIVI SPECIFICI		
	<p>A) Creare un osservatorio del dolore nell'ambito dell'AORN che si occupi del monitoraggio e della valutazione di efficacia degli interventi intrapresi (raccolta ed analisi dei dati; pubblicazione dei dati su sito aziendale e comunicazione alla Regione)</p> <p>B) Favorire l'implementazione dell'utilizzo di apposite scale di valutazione del dolore tra gli operatori sanitari, nonché l'identificazione di aspetti psicologici e comunicativi dei pazienti con dolore.</p> <p>C) Monitoraggio del consumo di farmaci analgesici, in particolare degli oppioidi</p> <p>D) Sviluppare, diffondere, monitorare l'applicazione di PDTA per la identificazione e gestione del dolore acuto e cronico, nonché concetti di farmacologia clinica dei farmaci analgesici e in particolare degli oppiacei</p> <p>E) Promuovere e organizzare la formazione di base e continua (corsi di simulazione) di tutti gli operatori sanitari coinvolti nel trattamento del dolore in età pediatrica</p> <p>F) Promuovere l'educazione dei pazienti (se possibile) e dei loro caregiver, riguardo alla cura del dolore (elaborazione e distribuzione di materiale informativo agli utenti).</p>	
RISULTATI ATTESI		
A breve termine	<p>A) Definizione di dati certi in merito all'entità del fenomeno dolore fra i pazienti pediatrici ricoverati nell'AORN (Dolore correttamente valutato in >90% dei pazienti) e di conseguenza definire elementi di valutazione dell'impatto di questo problema sulla salute pubblica</p> <p>B) Offrire un adeguato trattamento del dolore a tutti i pazienti pediatrici afferenti all'AORN, in qualsiasi situazione assistenziale, attraverso la diffusione e l'applicazione di linee guida e raccomandazioni cliniche (riduzione del dolore monitorato tramite scale validate di almeno 2 punti in >60% dei pazienti trattati)</p> <p>C) Implementazione aziendale di un sistema di monitoraggio degli oppioidi</p> <p>D) Elaborazione n. 1 PDTA aziendale per la diagnosi del dolore acuto e/o cronico in età pediatrica</p> <p>E) Realizzazione di corsi di formazione per > 70% del personale dell'AORN che si occupi di pazienti in età pediatrica</p> <p>F) Rivalutazione delle conoscenze teoriche attraverso l'uso di training con simulatori ad alta fedeltà (almeno 6 corsi annui di simulazione con focus sul trattamento del dolore pediatrico)</p>	
A lungo periodo	<p>A) Diventare "Ospedale Pediatrico Senza Dolore" certificato (Progetto OMS e Ministero della Salute GU 29 Giugno 2001 n°49)</p> <p>B) Integrazione dell'AORN nel sistema regionale delle cure palliative pediatriche attraverso la collaborazione fattiva con HUB di riferimento (AORN SANTOBONO -PAUSILLIPON, NAPOLI)</p>	
PUNTI DI FORZA		
Indicare i punti di forza	Formatori in simulazione riconosciuti a livello nazionale già presenti in Azienda	
PUNTI DI DEBOLEZZA		
Indicare i punti di debolezza	Necessità di dover formare degli istruttori Project Specialist	

DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO	AZIONI	BREVE DESCRIZIONE DEI CONTENUTI
MONITORAGGIO APPLICAZIONE LEGGE 38	<p>1) Implementazione sistematica delle schede di valutazione del dolore adeguate per età</p> <p>2) Questionari somministrati al paziente e al caregiver</p>	<p>Analisi delle schede di Valutazione del dolore presenti in cartella clinica o di PS. Implementazione delle schede di valutazione del dolore anche nelle cartelle di PS del sistema informatico aziendale. Questionari periodici somministrati alle madri da parte di team psicologico dedicato.</p>
MONITORAGGIO CONSUMO DI FARMACI ANALGESICI	Rivalutazione in collaborazione con l'UOC di farmacia ospedaliera della quantità e della tipologia dei farmaci analgesici consumati	Report periodico dei farmaci consumati dalle varie UU.OO. , con particolare attenzione sul consumo di oppioidi
ELABORAZIONE PDTA DEDICATO	<p>1) Riunioni periodiche del team multidisciplinare</p> <p>2) Coordinamento con centro HUB regionale</p> <p>3) Stesura e Deliberazione Finale di PDTA aziendale su "Monitoraggio e Trattamento del dolore in ambito pediatrico"</p>	Incontri multidisciplinari per la stesura di un PDTA locale che si armonizzi con analogo PDTA regionale

INDICATORI DI VERIFICA

1) >90% dei pazienti in PS con dolore correttamente valutato al triage e nei momenti successivi del ricovero

2) miglioramento del sintomo dolore in >60% dei pazienti trattati

Creazione di database aziendale

aggiornato o semestralmente

DELIBERA DI N.1 PDTA AZIENDALE

<p>FORMAZIONE RESIDENZIALE DEGLI OPERATORI COINVOLTI</p>	<p>1) Valutazione preliminare del fabbisogno formativo aziendale</p> <p>2) Formazione a cascata degli operatori coinvolti in contatto con il centro HUB di riferimento</p> <p>3) Acquisizione di Simulatori ad alta fedeltà per rivalutazione pratica delle nozioni apprese nei corsi teorici e del PDTA</p> <p>4) Report dei risultati</p>	<p>Attraverso sessioni di formazione teoriche (incontro con esperti del centro HUB) e pratiche (casi clinici simulati attraverso l'uso di Simulatori ad alta fedeltà) il programma di formazione si prefigge di educare tutte le figure coinvolte nella gestione del paziente pediatrico alla corretta valutazione e trattamento del sintomo dolore in questa categoria di pazienti</p>
---	---	---

ne di
formazio
ne
residenzi
ale
periodica
teorica
(6 corsi
annui su
"gestione
del
dolore
pediatrico")

2)
Istituzione
e di un
centro di
Simulazione
ad
Alta
fedeltà
per
formazione

SCHEMA PROGETTO			
LINEA PROGETTUALE	LINEA 4. PIANO DELLA PREVENZIONE E SUPPORTO AL PIANO NAZIONALE PREVENZIONE		FINANZIAMENTO
TITOLO DEL PROGETTO	STOP BACTERIA & Action Plane on Antimicrobial resistance		
RESPONSABILE DEL PROGETTO	DOIT.SSA GRECO RITA		
ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO			
Tipologia dei costi	n. 3 CO.CO.PRO per 1 Microbiologo, 1 Infettivologo esperto in Stewardship, 1 Igienista	note	
Costi per la formazione	Corso di Formazione Infection prevention & Control nell'AORN di Caserta		
Costi gestione del progetto			
Costi			
Risorse necessarie per la realizzazione del progetto			€ 129.284,00
Disponibili	Sistemi di Fast Microbiology, Programma di Sorveglianza microbiologica, Programma di Antimicrobial Stewardship già attivo	note	
Da acquisire	Implementazione test molecolari per geni di resistenza; sistema training per lavaggio mani; poster Precauzioni e misure di isolamento		
ANALISI DEL CONTESTO DI RIFERIMENTO	<p>Le infezioni correlate all'assistenza (ICA) rappresentano fra gli eventi avversi più frequenti dell'assistenza sanitaria e, per la diffusione endemica e il verificarsi di epidemie di ICA, un problema di salute pubblica rilevante, ulteriormente aggravato dalla comparsa e dal rapido diffondersi delle entibiotico-resistenze. Il Piano Regionale di Prevenzione 2014-2018 (PRP), approvato con DGRC n.860 del 29/12/2015, e con successivo Decreto Commissariale n. 2 del 10 febbraio 2016, ha incluso tra gli obiettivi specifici regionali la promozione del corretto uso di antibiotici e il monitoraggio delle infezioni da organismi resistenti agli antibiotici (OSR G.6 e G.7). Nel periodo 2007-2015 il consumo di antimicrobici per uso sistemico in Campania, misurato in DDD/1000abitanti die, è risultato continuativamente il più elevato sul territorio nazionale, (fonte AIFA-OsMed 2015), in forte discontinuità con le medie di consumo nazionali, nonostante siano assenti, nell'epidemiologia regionale delle malattie infettive batteriche, evidenze locali tali da giustificare gli abnormi volumi prescrittivi che in Campania riguardano la Classe ATC J01. Le rilevazioni annuali sull'antibiotico resistenza svolte nel periodo 2010-15 dalla U.O.D. 520406 Assistenza Ospedaliera attraverso il "Sistema Regionale di sorveglianza dell'antibiotico resistenza - Si.Re.Ar." hanno evidenziato in Campania un quadro epidemiologico gravato da forti criticità, ancor maggiori rispetto ad un quadro d'insieme sovra regionale di per sé allarmante, e che tali criticità richiedano l'adozione di interventi correttivi urgenti, finalizzati a favorire una maggiore appropriatezza nell'uso degli antibiotici. I batteri Gram-negativi resistenti ai carbapenemi, ossia gli Enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE) (ad esempio Klebsiella pneumoniae, Escherichia coli), Acinetobacter baumannii (CRAB) e Pseudomonas aeruginosa (CRPsA), sono motivo di preoccupazione regionale nazionale e internazionale in quanto causa emergente di ICA, una significativa minaccia per la salute pubblica. Questi batteri sono difficilmente trattabili a causa degli elevati livelli di antimicrobico-resistenza (AMR) e sono associati ad elevata mortalità; soprattutto, sono in grado di trasmettere in maniera diffusa la resistenza attraverso elementi genetici mobili. L'antibiotico-resistenza (AMR) è uno dei principali problemi di Sanità Pubblica ed ha raggiunto negli ultimi anni proporzioni tali da indurre Istituzioni Internazionali quali l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), l'Assemblea Generale delle Nazioni Unite, la Commissione Europea e il Centro Europeo per il Controllo delle Malattie Infettive (European Center for Disease Control - ECDC) a lanciare l'allarme a livello internazionale e a promuovere iniziative finalizzate al suo controllo. Nel 2017 il Ministero della Salute ha pubblicato il Piano nazionale di contrasto della antimicrobicoresistenza (PNCAR) 2017-2020, fissando il percorso che le istituzioni nazionali, regionali e locali devono compiere per un miglior controllo della resistenza agli antibiotici nei prossimi anni. In esso viene ribadita l'importanza della sorveglianza che ha il compito di fornire dati validi e rappresentativi per il monitoraggio delle resistenze nel tempo. Nel settore "Sorveglianza dell'AMR in ambito umano" il PNCAR individua come obiettivo generale "il rafforzamento della sorveglianza dell'AMR come attività stabile e rappresentativa della realtà del nostro paese" e indica le azioni da intraprendere a livello nazionale e regionale nonché gli indicatori per seguirne il processo. Obiettivo a breve termine (2017-2018) è quello di "migliorare la performance della sorveglianza nazionale (AR-ISS) e la sua copertura territoriale, promuovendo l'attivazione di sorveglianze regionali e garantendo la partecipazione alla sorveglianza nazionale di tutte le regioni in formato integrato o, almeno, interoperabile". La diagnostica microbiologica è essenziale per l'identificazione del patogeno responsabile dell'episodio infettivo e per conoscere la sensibilità agli antibiotici, entrambe informazioni importanti ai fini della scelta della terapia anti-microbica. Inoltre, l'incremento progressivo dell'antibiotico resistenza impone un uso ragionato degli antibiotici, soprattutto alla luce dell'evidenza che quelli a disposizione sono ormai pochi e devono essere preservati. Da più parti nel mondo si è ricorso a programmi nazionali e/o aziendali di Antimicrobial Stewardship (ASP - Gestione antimicrobica) che rappresentano un approccio razionale e sistematico all'uso degli antimicrobici con lo scopo di migliorare l'outcome dei pazienti e di contenere la resistenza microbica.</p> <p>E' dimostrato che l'utilizzo di programmi di ASP: migliora globalmente la cura del paziente, riduce il consumo degli antibiotici, riduce l'incidenza delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) e il fenomeno della multi-resistenza; riduce, altresì, il tasso d'infezione del Clostridium difficile e, non ultimo, riduce i costi diretti ed indiretti (spese farmaceutiche non necessarie).</p> <p>Altro aspetto non secondario è che i programmi di ASP migliorano gli approcci terapeutici e quindi impattano sui tassi di sopravvivenza.</p> <p>Gli ASP, quando ben strutturati e impostati, hanno il potenziale di diventare finanziariamente autosufficienti con una diminuzione dal 22% al 36% nell' uso di antibiotici e loro relativi costi. Ruolo basilare nei programmi ASP è quello svolto dal Laboratorio di Microbiologia che, in associazione alla diagnostica convenzionale e attraverso l'innovazione tecnologica, è in grado di impattare tempestivamente sulle scelte terapeutiche.</p>		

CRONOPROGRAMMA IN FORMATO GRAFICO			
OBIETTIVO GENERALE	<p>Il progetto comprende nei suoi obiettivi generali la sorveglianza e la prevenzione delle multiresistenze batteriche, facendo riferimento ai servizi di farmacia ospedaliera e ai laboratori di microbiologia. Gli interventi prevedono la rilevazione dei flussi informativi e la divulgazione delle mappe di multi resistenza ai reparti e servizi; oltre a queste sono previste come azioni necessarie la predisposizione di linee guida per l'uso di farmaci antifettivi. Il progetto quindi identifica le procedure prioritarie che devono essere attivate in ogni reparto; descrive inoltre il percorso di validazione e divulgazione delle procedure stesse e i rispettivi metodi di controllo sull'applicazione.</p> <p>Per il laboratorio di microbiologia il progetto identifica diverse fasi che si sviluppano partendo dall'individuazione dei metodi di raccolta dei materiali e di diagnostica "fast microbiology" di ultima generazione tecnologica, che devono avvenire con procedure standardizzate e condivise. Vengono poi considerati i sistemi informativi che devono permettere la rilevazione di eventi epidemici, eventi sentinella e di multiresistenze, da divulgare successivamente ai reparti e ai servizi con rapporti microbiologici. Si conclude con la definizione dell'elenco Germ alert soggetti a notifica che permetterà sia di contenere le resistenze microbiche, sia di utilizzare correttamente le risorse a disposizione.</p> <p>Il progetto prevede che i servizi di farmacia predispongano una rete informatizzata aziendale utilizzando i dati sull'uso degli antibiotici, e incrocino i dati di consumo con il riscontro microbiologico. Con questa attività di sorveglianza si determina un effetto positivo sulla quantità e qualità degli antibiotici utilizzati e una conseguente riduzione delle infezioni ospedaliere, in particolare nei reparti dell'aria critica. Sviluppare e implementare un Piano di Sorveglianza delle ICA e di monitoraggio e contrasto all'antibioticoresistenza in linea con la pianificazione nazionale (PNCAR) e regionale ("LINEE D'INDIRIZZO E COORDINAMENTO PER LE AZIENDE SANITARIE ED OSPEDALIERE DELLA CAMPANIA SULL'USO APPROPRIATO DEGLI ANTIBIOTICI E SUL CONTROLLO DELLE INFEZIONI DA ORGANISMI MULTIRESISTENTI per l'attuazione delle Azioni specifiche previste dal Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018), ivi inclusi i programmi di Antimicrobial Stewardship e Diagnostic Stewardship</p>		
OBIETTIVI SPECIFICI	<p>Individuare le aree di rischio e le priorità di intervento a livello aziendale; - valutare le risorse necessarie e renderle disponibili; definire le priorità a livello aziendale e delle aree di intervento; - assicurare la produzione, l'aggiornamento e la divulgazione di raccomandazioni e procedure operative basate sulle buone pratiche (per la prevenzione ed il controllo delle ICA) e di percorsi organizzativi (per la sorveglianza ed il controllo delle infezioni invasive da CPE) anche mediante programmi di Antimicrobial Stewardship; - programmare e realizzare la formazione/informazione degli operatori sanitari; contribuire a migliorare la performance della sorveglianza nazionale (AR-ISS) a livello territoriale in formato integrato/interoperabile. Tradizionalmente, la diagnostica microbiologica è basata sull'esame colturale con tempi di risposta relativamente lunghi (48-72h, e talvolta anche maggiori), non consentendo evidentemente, di fornire il risultato degli esami di laboratorio prima dell'inizio della terapia antibiotica, soprattutto in caso di infezioni gravi. In questo scenario, la disponibilità di tecnologie diagnostiche innovative che consentono di ridurre i tempi di risposta degli esami microbiologici (identificazione, antibiogramma, fenotipi di resistenza) risulta essere di interesse strategico e inderogabile anche considerando il protocollo di sorveglianza delle malattie infettive invasive da germi vari dell'11/4/2016 da parte della Regione Campania trasmesso con protocollo del 20/12/16 a questa AORN, e al fine di ottemperare alle raccomandazioni del Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2017-2020.</p>		

RISULTATI ATTESI			
A breve termine	Identificazione rapida geni e fenotipi di antibiotico-resistenza, miglioramento della valutazione delle MIC degli antibiotici ed eventuali associazioni, dosaggio di nuovi antibiotici, e conseguente miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva degli antibiotici; riduzione della circolazione di ceppi antibioticoresistenti; riduzione degli outbreak		
A lungo periodo	Riduzione della morbilità e della mortalità associate all'antibioticoresistenza. Riduzione dei costi diretti e indiretti associati allo sviluppo di resistenze antibiotiche (consumo antibiotici, durata della degenza ecc)		
PUNTI DI FORZA			
Indicare i punti di forza	Il laboratorio di Microbiologia aveva in atto nel 2018 già procedure sistemi per identificazione dei CRE con fenotipizzazione manuale e consolidata cultura nell'identificazione dei CRE e nella partecipazione ai sistemi di sorveglianza regionale di antibiotico-resistenza. Era stata adottata una procedura organizzativa per dare percorso preferenziale alle emocolture di pazienti critici e anticipare il più possibile i risultati degli antibiogrammi e, conseguenzialmente, la tempestiva impostazione della terapia antibiotica mirata. Era, altresì, attiva una stewardship antibiotica curata dagli specialisti di Malattie Infettive. L'acquisizione di sistemi automatizzati di fenotipizzazione e genotipizzazione hanno consentito una più efficiente distribuzione delle risorse organizzative ed umane e un forte recupero dei tempi di risposta.		
PUNTI DI DEBOLEZZA			
Indicare i punti di debolezza	I tempi di fenotipizzazione con sistema erano di almeno 24-48 h con ritardo nell'impostazione della corretta terapia antibiotica con una minore accuratezza per impossibilità di genotipizzazione per tutti gli isolati batterici. Con l'implementazione del progetto, i tempi di risposta si sono ridotti a 2-6 ore. Altro punto di debolezza è l'orario di apertura del Laboratorio di Microbiologia che, con l'implementazione del progetto è stato ampliato 7/7 - h12. Le attuali risorse umane aziendali non garantiscono attività continua di coordinamento e di personale dedicato alle diverse attività da intraprendere al contrasto delle ICA e AMR e Antimicrobial stewardship. La previsione di un igienista per rafforzare le attività di IPC e di un infettivologo per l'AMS consentiranno di superare tale punto di debolezza.		
DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO			
	<p>A) MODELLO ORGANIZZATIVO</p> <p>Affinché gli antibiotici mantengano nel tempo la loro efficacia devono essere usati in base a criteri di prudenza e razionalità. Occorre pertanto disporre di procedure incentrate su evidenze di efficacia ma anche sulla conoscenza della epidemiologia locale ed il continuo confronto di tutti gli operatori sanitari.</p> <p>Nell'Azienda Ospedaliera, pertanto, sarà costituito e formalizzato un gruppo di lavoro multidisciplinare composto da:</p> <ul style="list-style-type: none"> ☒ 2 igienisti (1 Responsabile + 1 Assistente) – Direzione sanitaria ☒ 2 infettivologi, (1 Responsabile + 1 Assistente) – UOC Malattie Infettive ☒ 2 microbiologi (1 Responsabile + 1 Assistente) – UOSD Microbiologia ☒ 2 farmacisti, (1 Responsabile + 1 Assistente) – UOC Farmacia <p>Per ciascuna categoria professionale, Responsabile dovrà essere un dipendente dell'Azienda, con responsabilità diretta ad eseguire le attività di sua competenza per l'attuazione del progetto. Ogni responsabile potrà essere coadiuvato nelle sue attività, da un assistente/collaboratore, con identico o equipollente titolo di professionalità. Per il ruolo di Assistente potrà essere impiegato un dipendente (anche a tempo determinato) dell'Azienda e/o un convenzionato ad. es. con CO.CO.PRO.</p>		

	<p>Il gruppo multidisciplinare, più nel dettaglio, avrà l'incarico di predisporre un programma di sorveglianza e di monitoraggio finalizzato alla riduzione della frequenza delle infezioni da MDR, con le seguenti attività:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Sorveglianza e prevenzione delle multiresistenze batteriche; <input checked="" type="checkbox"/> Integrazione in un archivio regionale i dati epidemiologici (SIREAR) sulla sorveglianza delle infezioni nell'Area critica e Area medica; <input checked="" type="checkbox"/> Predisposizione e condivisione di linee guida per l'appropriatezza prescrittiva su alcune patologie selezionate (sistemiche, respiratorie, gastroenteriche); <input checked="" type="checkbox"/> Implementazione di interventi di audit per la revisione di comportamenti prescrittivi inappropriati. <input checked="" type="checkbox"/> Rilevazione e divulgazione delle mappe di multi-resistenza (Report epidemiologici); <input checked="" type="checkbox"/> Sorveglianza e divulgazione dei dati di consumo dei farmaci antimicrobici; <input checked="" type="checkbox"/> Stima della frequenza di antibioticoresistenza mediante sorveglianza di laboratorio; <input checked="" type="checkbox"/> Miglioramento dell'interazione tra clinici e laboratori di microbiologia; <input checked="" type="checkbox"/> Riduzione dell'uso improprio di antibiotici; <input checked="" type="checkbox"/> Riduzione delle infezioni invasive sistemiche, particolarmente della sepsi; <input checked="" type="checkbox"/> Aumento delle richieste di prestazioni microbiologiche di sorveglianza e di emocolture; <input checked="" type="checkbox"/> Riduzione della morbilità e mortalità dei pazienti coinvolti da infezioni MDR. <p>B) ATTIVITA'</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Macro-attività CIO - Direzione sanitaria:</p> <p>Attività 1 Raccolta e archiviazione dati forniti (Clinici, Microbiologici, Farmaceutici) per la formulazione di un Archivio digitale "Data Base";</p> <p>Attività 2 Elaborazione statistica ed epidemiologica dei dati (Clinici, Microbiologici, Farmaceutici);</p> <p>Attività 3 Predisposizione e condivisione di linee guida per l'appropriatezza prescrittiva su alcune patologie selezionate;</p> <p>Attività 4 Implementazione di interventi di audit per la revisione di comportamenti prescrittivi inappropriati;</p> <p>Attività 5 Organizzazione, monitoraggio e verifica delle azioni condivise per il raggiungimento degli obiettivi.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Macro-attività UOC Malattie infettive:</p> <p>Attività 6 Consulenza infettivologia di antibiotico-terapia presso i reparti delle UUOCC coinvolte da infezione di microrganismi MDR;</p> <p>Attività 7 Registrazione e divulgazione del caso (tipo di infezione, dati anamnestici ed obiettivi, terapia antibiotica prima e dopo referto microbiologico);</p> <p>Attività 8 Monitoraggio delle performance nell'uso degli antibiotici (Appropriatezza).</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Macro-attività UOSD Microbiologia:</p> <p>Attività 9 Ottimizzazione della richiesta digitale di esami microbiologici in termini di appropriatezza e note descrittive;</p> <p>Attività 10 Ottimizzazione dei protocolli diagnostici microbiologici mediante formulazione di procedure validate e correlate con le linee guida nazionali;</p> <p>Attività 11 Miglioramento delle performance diagnostiche con metodiche "fast microbiology" di biologia molecolare, MALDI-TOF, time-lapse microscopy, finalizzate all'identificazione, alla caratterizzazione fenotipica e genotipica dei meccanismi di resistenza, e alla costruzione di una ceppoteca per ulteriori studi ed approfondimenti in collaborazione con altri centri di riferimento nazionali e regionali;</p> <p>Attività 12 Migliorare le performance dello studio delle Sensibilità agli antibiotici (test di sinergia) e della modalità di refertazione con l'indicazione di caratteristiche peculiari utilizzabili ai fini terapeutici;</p> <p>Attività 13 Stima della frequenza di antibioticoresistenza mediante dati di laboratorio.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Macro-attività UOC Farmacia:</p> <p>Attività 14 Monitoraggio e registrazione del consumo di antibiotici;</p> <p>Attività 15 Stima della prescrizione secondo le raccomandazioni (tempi, farmaco, dosaggio, durata);</p> <p>Attività 16 Stima dei costi dei relativi antibiotici per il trattamento dei microrganismi multiresistenti e in relazione alla spesa farmaceutica generale.</p>		
TRASFERIBILITA'			

SCHEMA PROGETTO			
LINEA PROGETTUALE	LINEA 5. LA TECNOLOGIA SANITARIA INNOVATIVA COME STRUMENTO DI INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO	COSTO	FINANZIAMENTO
TITOLO DEL PROGETTO	CRONICITA' IN RETE: GESTIONE INTEGRATA E COMPLESSA DEL PAZIENTE CARDIOLOGICO IN FASE POST-ACUTA		
RESPONSABILI DEL PROGETTO	PROF. CALABRO' PAOLO - ING. ROMALLO VITTORIO		
ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO			
Tipologia dei costi	<p>Per la composizione del Grant Office è necessario procedere all'assunzione del seguente personale:</p> <ul style="list-style-type: none"> - N. 2 Ingegneri Biomedici con esperienza in progettazione - N. 1 Ingegnere Informatico con esperienza in ICT - N. 1 Economista con esperienza in progettazione - N. 1 Assistente amministrativo <p>Per la composizione del Gruppo di supporto assistenziale è necessario procedere all'assunzione del seguente personale:</p> <ul style="list-style-type: none"> - N. 3 Infermieri - N. 1 fisioterapista di riabilitazione cardiologica - N. 2 Cardiologi - N. 1 Data manager 		634.654,00 €
Costi per la formazione	Accreditamento Corso di Formazione Aziendale sui PDTA, Accreditamento Corso di Formazione Aziendale sulla Telemedicina, Certificazione operatori telemedicina		
Costi gestione del progetto			
Costi	Acquisizione hardware e software e tecnologie per implementazione centrale di telemonitoraggio		
Risorse necessarie per la realizzazione del progetto			
Disponibili	Rete ospedale-territorio multidisciplinare sullo scompenso cardiaco già in essere, composta da diverse figure sanitarie		
Da acquisire	Risorse umane: ingegneri biomedici, ingegnere informatici, infermieri, fisioterapista, cardiologi, data manager per l'implementazione di una rete di telemonitoraggio per i pazienti con scompenso cardiaco cronico		
ANALISI DEL CONTESTO DI RIFERIMENTO	<p>Il mondo della cronicità è un'area in progressiva crescita che comporta un notevole impegno di risorse, richiedendo continuità di assistenza per periodi di lunga durata e una forte integrazione dei servizi sanitari con quelli sociali e necessitando di servizi residenziali e territoriali finora non sufficientemente disegnati e sviluppati nel nostro Paese.</p> <p>Come ben enfatizzato dal Piano Nazionale delle Cronicità, la sfida alla paziente cronico è una "sfida di sistema", che deve andare oltre i limiti delle diverse istituzioni, superare i confini tra servizi sanitari e sociali, promuovere l'integrazione tra differenti professionalità, attribuire una effettiva ed efficace "centralità" alla persona e al suo progetto di cura e di vita. Eppure, lo stesso Piano sottolinea quanto in Italia sia ancora poco sviluppata una visione sistemica del percorso di cura che favorisca la continuità assistenziale nella gestione del paziente, con l'attribuzione di funzioni specifiche ai diversi settori dell'assistenza e la definizione di procedure e percorsi che sappiano rispondere appropriatamente ai bisogni clinici delle persone.</p> <p>In tale transizione epidemiologica e demografica, l'ospedale andrebbe concepito come uno snodo di alta specializzazione del sistema di cure per la cronicità, che interagisca con la specialistica ambulatoriale e con l'assistenza primaria, attraverso nuove formule organizzative che prevedano reti multispecialistiche dedicate e "dimissioni assistite" nel territorio, finalizzate a ridurre il drop-out dalla rete assistenziale, causa frequente di riospedalizzazione a breve termine e di outcome negativi nei pazienti con cronicità.</p> <p>L'attuale sistema ospedaliero, organizzato in unità operative specialistiche, si rivela particolarmente valido ed efficace per il trattamento di situazioni di acuzie in pazienti privi di comorbidità e di malattie croniche preesistenti, spesso condizionanti l'evento o la malattia che causa il ricovero, mentre appare meno funzionale e congruo per la gestione di pazienti "cronici acutizzati con poli-morbidità", nonostante in Italia, come nella maggior parte dei Paesi occidentali, il 70-75% dei degenti ospedalieri appartenga a questa categoria.</p> <p>A tutto questo si aggiunga la profonda immaturità dei sistemi informativi e dell'applicazione reale di soluzioni ICT e di telemedicina, ancora troppo sperimentali e disintegrati per poter realmente supportare il delicato legame infrastrutturale tra professionisti dello stesso setting di cura o di setting diversi e tra questi e pazienti/caregiver.</p> <p>Tra le patologie croniche più significative nei paesi avanzati, per prevalenza, impatto sulla qualità della vita, sopravvivenza (50-60% di mortalità annua secondo il grado di compromissione) e assorbimento di risorse, si annovera lo Scompenso Cardiaco (SC). Esso rappresenta la grave e complessa, spesso finale, manifestazione clinica di una serie di patologie cardiache (prevalentemente la Cardiopatia Ischemica e le patologie valvolari) e non cardiache, non di rado coesistenti, che causano alterazioni strutturali e funzionali del sistema cardiovascolare rendendo incapace il cuore a provvedere alle necessità metaboliche dei tessuti periferici. Le previsioni indicano un trend in progressivo aumento legato all'invecchiamento della popolazione e all'efficace cura delle patologie cardiovascolari in genere.</p> <p>Nell'ultimo decennio si è assistito ad una modifica della fisionomia del paziente con SC, caratterizzata da una crescente "complessità/fragilità" (molto più anziano, con frequenti comorbidità, ricoveri ospedalieri multipli, poli-trattato), tanto da richiedere un adeguamento delle modalità assistenziali da orientare verso un sistema di rete integrata-multidisciplinare.</p>		

OBIETTIVO GENERALE	<p>Obiiettivo generale del progetto L'organizzazione dell'assistenza al paziente con SC, e più in generale al paziente cronico, deve essere ispirata dai bisogni globali del soggetto ammalato, in coerenza con un Piano terapeutico appropriato e personalizzato in base alle prevedibili conseguenti necessità assistenziali (fragilità, disabilità, comorbidità).</p> <p>Attualmente si riconosce che la combinazione di un adeguato monitoraggio ed intervento clinico, un programma di esercizio fisico e di interventi strutturati educazionali e psico-comportamentali rappresentino la forma più efficace per ridurre le disabilità conseguenti alla cardiopatia, migliorare la capacità funzionale e favorire il reinserimento sociale e lavorativo. Queste componenti vanno integrate nel progetto riabilitativo individuale (PRI) che identifica gli obiettivi da raggiungere nel singolo paziente.</p> <p>Il modello organizzativo che garantisce gradualità e specificità delle cure è quello basato sul principio della rete cardiologica integrata tra ospedale e strutture sanitarie territoriali (ambulatori cardiologici, strutture di riabilitazione, distretti, assistenza primaria e domiciliare) con al centro il paziente cardiopatico cronico con scompenso cardiaco. Questo modello organizzativo prevede la gestione e la presa in carico della maggioranza dei pazienti da parte della rete periferica territoriale degli ospedali di rete pubblici o privati accreditati e l'invio della casistica più complessa ai centri di riferimento di alta specializzazione dotati di emodinamica, elettrofisiologia e cardiocirurgia, e programma trapianto cardiaco/assistenza ventricolare. Il principio della continuità assistenziale ha un ruolo centrale in tutti i disegni organizzativi e assistenziali del paziente cronico e deve favorire il più possibile l'integrazione organica fra le diverse strutture ospedaliere e fra ospedale e territorio.</p> <p>Il progetto "CRONICITA' IN RETE: GESTIONE INTEGRATA E COMPLESSA DEL PAZIENTE CARDIOLOGICO IN FASE POST-ACUTA" mira a costituire una rete integrata ospedale-territorio per la gestione clinica dei pazienti con multicronicità e la diagnosi di patologie concomitanti, mediante l'utilizzo della piattaforma Regionale di Telemedicina SINFONIA (televisita/teleconsulto/teleassistenza) che permetta di rendere più individuale e flessibile l'offerta sanitaria.</p> <p>Come indicato dall'Appendice IV del D.C.A. 135/2020 (PDTA Scompenso in Regione Campania) "obiettivi organizzativi a supporto dell'attuazione del PDTA", i sistemi di gestione integrata sono ormai considerati il cardine dell'assistenza al paziente con scompenso cardiaco. Sono indicati in tutte le linee guida, sia europee che statunitensi, come componente essenziale della cura dei pazienti con scompenso cardiaco. La loro diffusione è, tuttavia, attualmente, estremamente variabile. Questo è evidente anche a livello europeo, con una presenza di sistemi di gestione integrata nell'81%, 75%, 71% e 60% degli ospedali in Svezia, Inghilterra, Norvegia e Olanda rispettivamente, e valori, invece, inferiori al 30% nelle altre nazioni europee. Ciò premesso, l'implementazione di servizi specifici, ambulatoriali di strutture territoriali ed ospedaliere, risponde alla necessità di definire un effettore certo e standardizzabile del PDTA in oggetto, secondo una filosofia organizzativa orientata per obiettivi predefiniti e condivisi, stadio per stadio di patologia, da misurare e verificare periodicamente. Tali strutture sono i nodi di tale rete assistenziale specifica nella gestione integrata dello scompenso cardiaco. L'obiettivo specifico per i pazienti con scompenso cardiaco è garantire la riduzione delle ospedalizzazioni e il miglioramento della qualità di vita, attraverso una gestione territoriale della patologia cronica e una gestione ospedaliera della fase acuta, ottimizzando l'utilizzo delle risorse disponibili.</p>		
OBIETTIVI SPECIFICI	<p>Costituzione di una rete integrata ospedale-territorio per la gestione clinica dei pazienti con multicronicità e la diagnosi di patologie concomitanti, mediante l'utilizzo della piattaforma Regionale di Telemedicina (televisita/teleconsulto/teleassistenza, teleriabilitazione) che permetta di rendere più individuale e flessibile l'offerta sanitaria. In tal modo il SSR, supportato dai servizi di Telemedicina, migliorerà la qualità dell'assistenza, la qualità della vita del paziente con multicronicità e del caregiver facilitando l'accesso ai servizi.</p>		
RISULTATI ATTESI			
A breve termine	<p>Costituzione working group su telemonitoraggio. Recrutamento e Costituzione Grant Office. Reclutamento figure professionale costituenti la componente di implementazione assistenziale. Riduzione ospedalizzazioni a 30 giorni rispetto all'ultimo ricovero nei pazienti in telemonitoraggio. Realizzazione di percorsi formativi specifici</p>		
A medio termine	<p>Riduzione ospedalizzazioni a 30 giorni rispetto all'ultimo ricovero nei pazienti in telemonitoraggio. Realizzazione di percorsi formativi specifici Ospedale - Territorio</p>		
A lungo periodo	<p>Miglioramento della qualità della vita: Si fa riferimento a misure standard di qualità della vita, eventualmente ad hoc modificate (ad esempio i questionari SF health surveys, SF36, SF12, EQ-5D). Riduzione dei decessi tra gli utenti seguiti in Telemedicina. Riduzione dell'incidenza di re-ospedalizzazioni tra gli utenti e % di re-ospedalizzazioni negli ultimi 12 mesi tra gli utenti seguiti in Telemedicina.</p>		
PUNTI DI FORZA			

Indicare i punti di forza	Le nuove tecniche di controllo a distanza dei parametri vitali e dello stato di salute possono contribuire a prevenire molti fattori favorevoli un'instabilizzazione dello SC (ridotta perfusione coronarica, ipertensione non controllata, bradi-tachiaritmie, diverse comorbidità quali anemia, infezioni, deterioramento della funzione renale, una scarsa risposta alla terapia, es. diuretica, o una scarsa compliance alla terapia farmacologica e non farmacologica, es. incongruo introito di liquidi) stimolando interventi terapeutici e/o appropriate modifiche comportamentali precoci, cioè prima della necessità di un ricovero ospedaliero. Il tele-monitoraggio con i nuovi dispositivi e mediante la piattaforma regionale ha una serie di potenzialità che possono essere di grande aiuto alla continuità assistenziale del paziente tra l'ospedale e il MMG e/o le strutture territoriali: - permette il monitoraggio del peso e dei fluidi con possibilità di regolare prontamente la terapia diuretica; - facilita il controllo della frequenza cardiaca, della pressione arteriosa e delle aritmie; - permette di titolare i farmaci dopo la dimissione e di migliorare gli interventi educativi stimolando empowerment ed auto-controllo della malattia; - contribuisce al riconoscimento precoce e a migliorare il controllo dei fattori precipitanti.		
PUNTI DI DEBOLEZZA			
Indicare i punti di debolezza	L'ospedalizzazione per scompenso cardiaco è spesso un momento critico, talora fatale, per il paziente lungo il suo percorso di malattia, almeno in parte indipendente dalla funzione ventricolare sinistra. Il paziente ricoverato per scompenso cardiaco acuto, una volta dimesso dall'ospedale, non è lo stesso di prima, soffre di una grande vulnerabilità (almeno per i primi mesi) ed ha un rischio di ricadute molto superiore rispetto al paziente con scompenso cardiaco cronico in fase di stabilità. Lo SC, malgrado i progressi nella gestione e nel trattamento, rimane una patologia a prognosi severa, in cui tuttora è difficile garantire un monitoraggio adeguato delle fasi più vulnerabili della malattia in continuità assistenziale tra ospedale e territorio ed un intervento educativo efficace mirato all'empowerment del paziente per prevenire le frequenti instabilizzazioni ed i ricoveri ospedalieri.		
DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO			
	Costituzione di una rete integrata ospedale-territorio per la gestione clinica dei pazienti cronici e diagnosi di patologie concomitanti, mediante l'utilizzo di una piattaforma Regionale di Telemedicina L'attività che verrà svolta all'interno del progetto triennale prevede lo sviluppo contemporaneo e conseguenziale delle attività descritte nei 3 WP.		
ATTIVITA' (WP) 1	Costituzione tecnostuttura di coordinamento della progettualità con funzioni di Grant Office e costituzione Gruppo di Supporto/Sviluppo del Progetto		
OBIETTIVO DELL'ATTIVITA' 1	L'obiettivo di questo WP trasversale è quello di assicurare il coordinamento generale e tecnico alle attività di progetto, incluse le attività di monitoraggio, disseminazione e rendicontazione, creando un Gruppo di Professionisti dotati di expertise multiple sia nel campo del Project Management che nel campo dell'ICT che nel campo dell'assistenza.		
DESCRIZIONE DELL'ATTIVITA' 1	Per la composizione del Grant Office è necessario procedere all'assunzione del seguente personale: - N. 2 Ingegneri Biomedici con esperienza in progettazione - N. 1 Ingegnere Informatico con esperienza in ICT - N. 1 Economista con esperienza in progettazione - N. 1 Assistente amministrativo Per la composizione del Gruppo di supporto assistenziale è necessario procedere all'assunzione del seguente personale: - N. 3 Infermieri - N. 1 fisioterapista di riabilitazione cardiologica - N. 2 Cardiologi - N. 1 Data manager		
ATTIVITA' (WP) 2	Work package 2: Elaborazione Percorsi integrati di Cura Ospedale – Territorio per patologie cardiovascolari croniche		
OBIETTIVO DELL'ATTIVITA' 2	L'obiettivo di questo WP è l'elaborazione di un PDTA per la gestione clinico-assistenziale e la presa in carico multilivello (ospedale e territorio) del paziente con patologia cardiovascolari, con particolare riferimento allo Scompenso Cardiaco (SC), da utilizzare come prototipo per i successivi PDTA.		

DESCIZIONE DELL'ATTIVITA' 2	<p>2.1 IDENTIFICAZIONE GRUPPO DI LAVORO: Attraverso un'intesa tra A.O.R.N. e A.S.L. vanno identificati professionisti sanitari ospedalieri e distrettuali per l'elaborazione del PDTA integrato ai sensi del Decreto 135_2021. In particolare:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Direzione Sanitaria e Cardiologo ospedaliero del centro Hub - Cardiologo ospedaliero centro/I Spoke - Cardiologo Riabilitazione - Cardiologo Distretto/Nefrologo/Diabetologo - MMG - Internista - Geriatra - Urgentista - Infermiere PS <p>2.2 ELABORAZIONE PDTA: - Selezione Linee Guida di riferimento internazionali</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stesura Percorso effettivo adattato al territorio - Analisi percorso di riferimento - Identificazione ostacoli - Stesura PDTA - Disseminazione - Formazione - Avvio 		
ATTIVITA' (WP) 3	Costituzione di una rete integrata ospedale-territorio per la gestione clinica dei pazienti cronici e diagnosi di patologie concomitanti, mediante l'utilizzo della piattaforma Regionale di Telemedicina		
OBIETTIVO DELL'ATTIVITA' 3	L'obiettivo di questo WP è l'implementazione della piattaforma SINFONIA per il teleconsulto, la televisita, la teleassistenza, il telemonitoraggio e la teleriabilitazione dei pazienti arruolati nel PDTA.		
DESCIZIONE DELL'ATTIVITA' 3	<p>3.1 Censimento specialisti ospedalieri e territoriali - Elenco anagrafico di tutti gli specialisti coinvolti dal PDTA sia in ambito territoriale che ospedaliero</p> <p>3.2 Censimento hardware - Stima del fabbisogno di pc, tablet e altro hardware</p> <p>3.3 Realizzazione e anagrafe architettura di rete - Stabilire i nodi della rete secondo il PDTA regionale (v. PDTA regionale)</p> <p>3.4 Profilatura utenti - Creazione di profile utenti con specifici privilegi per ruolo</p> <p>3.5 Configurazione SINFONIA per monitoraggio da remoto (scelta parametri) (AI SENSI DEL PDTA regionale si prevede:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Valutare il peso corporeo e l'introito dei fluidi, ed adeguare precoce della terapia diuretica 2. Favorire il controllo della frequenza cardiaca, della pressione arteriosa, delle aritmie, delle apnee notturne 3. Favorire la titolazione dei farmaci dopo la dimissione 4. Favorire l'individuazione dei fattori che determinano la instabilizzazione dell'insufficienza cardiaca con approccio proattivo) 		
INDICATORI	Indicatore di struttura: Costituzione del grant office		
	Indicatore di struttura: Costituzione del working group assistenziale		
	Indicatore di struttura: Costituzione dell'architettura della rete con implementazione logistica e di hardware		
	Indicatore di processo: Formalizzazione protocolli operativi per implementazione monitoraggio remoto mediante piattaforma SINFONIA		
	Indicatore di processo: Formazione di operatori sanitari con programmazoei di incontri periodici per costituzione di team multidisciplinari		
	Indicatore di processo: Formalizzazione protocolli operativi per implementazione teleriabilitazione mediante piattaforma SINFONIA		
	Indicatore di esito 1: riduzione del numero di ospedalizzazioni per SC nei pazienti in telemonitoraggio		
	Indicatore di esito 2: n° pazienti presi in carico in monitoraggio remoto entro 1 mese (secondo criteri definiti nel PDTA)/n° totale dimessi con diagnosi di SC		
	Indicatore di esito 3: n° ricoveri di pazienti con SC appropriati da PS (in base a criteri definiti nel PDTA)/n° totale accessi in PS per SC		
	Indicatori di dimensione - Dimensione assoluta: n° utenti seguiti/12 mesi		
	Indicatore quantitativo relativo (Drop-Out) n° di utenti che escono per scelta dal percorso in Telemedicina/12 mesi / numero di utenti seguiti (Drop-out)		
TRASFERIBILITA'	L'esperienza clinica ed organizzativa di un team multidisciplinare esperto nella gestione ambulatoriale integrata ospedale-territorio nel paziente cronico con SC, il supporto di una piattaforma per il telemonitoraggio remoto con dispositivi "user friendly" efficacemente può divenire un progetto pilota estendibile ad altre patologie croniche cardiovascolari e non cardiovascolari, permettendo di offrire una qualità di cure superiore e continua con impatto sulle ospedalizzazioni, mortalità e qualità della vita.		
CRONOPROGRAMMA IN FORMATO GRAFICO			