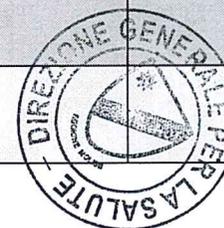
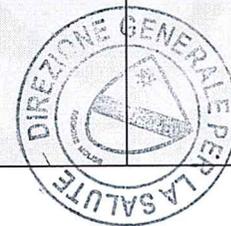


ALLEGATO A

linea progettuale	denominazione linee progettuali	n. progetto	titolo progetto	Quota vincolata definita dall'accordo 227/CSR	linee progettuali articolazioni	vincoli economici per linea progettuale	Costo anno 2012	Tempi del progetto	Anno di prima approvazione del progetto	Ente Referente Ente/i attuatore/i
1	ATTIVITA' DI ASSISTENZA PRIMARIA	1	Integrazione Ospedale - Territorio: malnutrizione ospedaliera, cuore in linea Consulting	€ 2.119.496,00			€ 834.496,00	36	2012	REGIONE MOLISE/ASREM
		2	Percorsi diagnostico-terapeutici: trattamento delle lesioni cutanee, prevenzione ulcere arti inferiori nei pazienti diabetici				€ 250.000,00	24	2012	ASREM
		3	Riduzione degli accessi impropri nelle strutture di emergenza e delle liste d'attesa. Casa della Salute: innovazione tecnologica, telemedicina, governo clinico				€ 535.000,00	12	2008	REGIONE MOLISE
		4	Qualificazione complessiva del sistema sanitario regionale e miglioramento della rete ospedaliera e assistenziale: monitoraggio dell'appropriatezza LEA				€ 500.000,00	12	2011	REGIONE MOLISE
2	LA NON AUTOSUFFICIENZA	5	Sviluppo di un sistema informativo per la creazione di una rete assistenziale e di sviluppo di percorsi Neuroriabilitativi innovativi tele-assistiti dedicati alla persone affette da Malattie Neurologiche ad interessamento Neuro Muscolare	€ 1.419.423,00	linea 2 a) assistenza ai pazienti affetti da malattie neurologiche invalidanti	€ 118.285	€ 38.285,00	12	2012	REGIONE MOLISE
		6	Identificazione di marcatori precoci della malattia di Alzheimer per ottimizzare la terapia farmacologica ed il percorso assistenziale				€ 80.000,00	12	2012	REGIONE MOLISE
		7	Cariotipo molecolare nella diagnosi di autismo, schizofrenia, ritardo mentale e interventi per la diagnosi precoce delle demenze		€ 118.285	€ 118.285,00	12	2012	REGIONE MOLISE	
		8	Realizzazione di una rete integrata dei Centri UVA e creazione della Clinica della Memoria		€ 118.285	€ 118.285,00	24	2012	ASREM	
		9	Non autosufficienza: centri di riferimento diagnosi e presa in carico dei pazienti. Gestione multidisciplinare integrata. Potenziamento delle strutture pubbliche del territorio. Aggiornamento del personale			€ 1.064.568,00	12	2011	REGIONE MOLISE	
3	LE CURE PALLIATIVE E LA TERAPIA DEL DOLORE	10	Rete del dolore e cure palliative: liberi dal dolore	€ 591.426,00			€ 321.426,00	12	2012	REGIONE MOLISE/ASREM
		11	La terapia radio-metabolica nella terapia del dolore				€ 270.000,00	12	2012	REGIONE MOLISE/ASREM
4	INTERVENTI IN MATERIA DI BIOBANCHE DI MATERIALE UMANO	12	Biobanca di cellule fetali staminali e sangue cordonale	€ 88.714,00			€ 88.714,00	12	2012	REGIONE MOLISE
5	LA SANITA' PENITENZIARIA	13	Sanità Penitenziaria e territorio	€ 300.000			€ 300.000,00	12	2012	ASREM



linea progettuale	denominazione linee progettuale	n. progetto	titolo progetto	Quota vincolata definita dall'accordo 227/CSR	linee progettuali articolazioni	vincoli economici per linea progettuale	Costo anno 2012	Tempi del progetto	Anno di prima approvazione del progetto	Ente Referente Ente/i attuatore/i
6	L'ATTIVITA' MOTORIA PER LA PREVENZIONE DELLE MALATTIE CRONICHE E PER IL MANTENIMENTO DELL'EFFICIENZA FISICA NELL'ANZIANO	14	Prevenzione delle malattie croniche, della demenza e della fragilità e mantenimento dell'efficienza fisica nell'anziano: Anni in movimento	€ 200.000			€ 200.000,00	12	2011	REGIONE MOLISE/ASREM
7	TUTELA DELLA MATERNITA' E PROMOZIONE DELL'APPROPRIATEZZA DEL PERCORSO NASCITA	15	Servizio regionale di partoanalgesia	€ 118.285			€ 105.000,00	12	2012	ASREM
		16	Il miglioramento dell'appropriatezza del percorso nascita: requisiti di qualità e standard organizzativi				€ 13.285,00	12	2012	REGIONE MOLISE
8	MALATTIE RARE	17	Un ambulatorio mobile itinerante per le malattie genetiche rare nei piccoli comuni della Regione Molise	€ 118.285			€ 58.285,00	12	2012	REGIONE MOLISE
		18	Malattie rare: amiloidosi, carcinoma orale				€ 60.000,00	36	2012	ASREM
9	VALORIZZAZIONE DELL'APPORTO DEL VOLONTARIATO	19	Valorizzazione dell'apporto del volontariato in ospedale	€ 156.504			€ 156.504,00	12	2010	REGIONE MOLISE
10	RIABILITAZIONE	20	I disturbi specifici dell'apprendimento della Diagnostica dell'intervento proposto dall'UO di NPI e Riabilitazione dell'età evolutiva	€ 910.000			€ 410.000,00	36	2012	ASREM
		21	Percorso abilitativo specifico delle funzioni comunicative e adottive in bambini e adolescenti con disturbi dello spettro autistico				€ 300.000,00	36	2012	ASREM
		22	Organizzazione sanitaria e riequilibrio dell'offerta riabilitativa				€ 200.000,00	12	2008	REGIONE MOLISE
11	LA SALUTE MENTALE	23	Popolazione a rischio e disuguaglianza sociale: interventi terapeutici riabilitativi	€ 445.000			€ 225.000,00	36	2012	ASREM
		24	Centro salute mentale: interventi efficaci per il trattamento delle depressione medio-lieve, attacchi di panico e agorafobia				€ 220.000,00	12	2011	REGIONE MOLISE
12	PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE	25	Piano regionale della prevenzione	€ 1.419.423,00			€ 1.419.423,00			REGIONE MOLISE



Ulteriori Linee Progettuali

linea progettuale	denominazione linee progettuale	n. progetto	titolo progetto	Quota vincolata definita dall'accordo 227/CSR	linee progettuali articolazioni	vincoli economici per linea progettuale	Costo anno 2012	Tempi del progetto	Anno di prima approvazione del progetto	Ente Referente - Ente/i attuatore/i
13	MISURE DIRETTE AL CONTRASTO DELLE DISUGUAGLIANZE IN SANITA'	1 bis	Screening audiologico neonatale regionale di II° livello	€ 295.713,00			€ 93.500,00	12	2012	ASREM
		2 bis	Tempi di attesa e discriminazioni sociali, economiche, geografiche nella regione molise come fattori generanti disuguaglianza in sanità				€ 122.700,00	12	2012	REGIONE MOLISE
		3 bis	Prevenzione dell'infezione di malattie infettive negli immigrati				€ 79.513,00	12	2012	ASREM
14	MISURE DIRETTE ALLA PROMOZIONE DELL'APPROCCIO DI GENERE IN SANITA'	4 bis	Strategie di prevenzione della sindrome metabolica e malattie cardiovascolari nella donna: percorsi clinici e caratterizzazione biomolecolare della donna a rischio	€ 59.143,00			€ 59.143,00	12	2012	REGIONE MOLISE
15	DIAGNOSI DI INFEZIONE DA HIV	5 bis	Prevenzione dell'infezione da HIV mediante implementazione, in	€ 88.714,00			€ 88.714,00	12	2012	ASREM
16	PROMOZIONE DI UNA RETE NAZIONALE PER I TUMORI RARI	6 bis	La biologia molecolare nella diagnostica e nella valutazione della risposta al trattamento della Leucemia Promielocitica Acuta (LAP)	€ 88.714,00			€ 40.000,00	12	2012	ASREM
		7 bis	Attuazione di un laboratorio di biologia molecolare finalizzato alla ricerca delle mutazioni degli oncogeni, a scopi terapeutici e preventivi;				€ 48.714,00	12	2012	ASREM
17	SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA E PRESA IN CARICO DELLE PATOLOGIE ASBESTO CORRELATE	8 bis	Studio pilota per l'identificazione dei siti contaminati da amianto sul territorio sul territorio della Regione Molise e per l'attivazione di un programma di sorveglianza epidemiologica delle patologie asbesto-correlate, con particolare riferimento ai mesoteliomi, propedeutico all'attivazione del centro Operativo Regionale	€ 59.143,00			59.143,00	12	2012	ARPA MOLISE





Direzione Generale per la Salute

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	Regione Molise
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	Decreto del Commissario <i>ad Acta</i> n. ____ del _____
LINEA PROGETTUALE	Attività di Assistenza Primaria
TITOLO DEL PROGETTO	Integrazione Ospedale – Territorio: malnutrizione ospedaliera, cuore in linea consulting
DURATA DEL PROGETTO	36 mesi
REFERENTE/ENTE ATTUATORE	Regione Molise – Direzione Generale per la Salute/ A.S.Re.M.

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 834.496,00
--------------------------------	--------------

IL PROGETTO

CONTESTO	<p>Partendo da un'analisi della complessità legata al cambiamento in atto nel sistema sanitario molisano ed in particolare nei servizi ospedalieri, territoriali e distrettuali e della complessità clinica relativa all'incremento della pluripatologia cronica evolutiva, la Regione Molise, attraverso azioni e interventi dell'Azienda Sanitaria Unica Regionale intende promuovere un approccio maggiormente proattivo e multidimensionale ai bisogni assistenziali della popolazione e ridefinire i ruoli, le competenze e le aspettative di tutti gli attori del sistema.</p> <p>Il permanere di uno stato di difficoltà in cui versa il sistema stesso, per situazioni congiunturali, derivanti dal procrastinarsi di complessi programmi operativi volti alla definizione del nuovo assetto organizzativo e funzionale in ragione dell'attuazione del Piano di Rientro, fa emergere l'esigenza di un progetto di cambiamento che porti alla trasformazione delle risorse disponibili in diritti, con una dimensione professionale centrata sulle relazioni tra Ospedali e territorio, sulla valorizzazione delle differenze, attraverso l'approccio integrato tra cure primarie e secondarie connesse tra loro, evitando che le stesse vivano la loro pratica professionale con propri standard e valori e non perdano di vista il paziente e il suo percorso complessivo.</p> <p>La personalizzazione delle cure impone una nuova modalità di assistenza rappresentata dall'integrazione multiprofessionale e sociosanitaria, dalla valutazione multidimensionale del bisogno contestualizzata all'ambiente di vita del soggetto preso in carico, avvalendosi di una organizzazione sanitaria costruttrice di relazioni, in</p>
----------	---

	<p>quanto promotrice di un lavoro in team multiprofessionali in rete con gli attori formali e informali presenti nella realtà regionale.</p> <p>Il domicilio è considerato il luogo privilegiato dove la persona può curarsi e recuperare in modo totale o parziale l'autosufficienza. Anche nei casi in cui la malattia provoca una cronicizzazione e la perdita completa dell'autonomia, le cure domiciliari rappresentano un forte stimolo e sostegno per il superamento del periodo più critico e spesso consentono il massimo recupero delle potenzialità residue.</p> <p>Nella realtà regionale le dimissioni precoci vengono vissute come una interruzione delle cure passando da un'assistenza ospedaliera 24 ore su 24 ad una limitata offerta di prestazioni sanitarie e sociali domiciliari, che risentono principalmente della mancanza di interazione tra ospedale e territorio, per il limitato apporto specialistico delle figure ospedaliere al domicilio dell'assistito.</p> <p>Allo stato attuale, ove è possibile ottenere a domicilio dei servizi socio-sanitari, l'attivazione delle prestazioni richiede:</p> <ul style="list-style-type: none"> tempi di attesa per l'avvio del servizio con presa in carico generalizzata espletamento di pratiche burocratiche capacità di valutare i bisogni l'organizzazione delle risposte <p>Non tutti gli Ospedali presenti sul territorio regionale si collegano con i servizi territoriali per segnalare la persona malata e garantirLe la continuità delle cure, e spesso da ciò ne consegue che in breve arco di tempo le condizioni cliniche costringono a nuovi ricoveri , l'assistenza domiciliare presenta limitato apporto specialistico, spesso si prolungano i ricoveri per l'impossibilità di adeguata presa in carico domiciliare con ovvie ripercussioni non solo sulla spesa sanitaria, ma anche per le condizioni di salute dei pazienti (infezioni ospedaliere, piaghe da decubito etc).</p> <p>Con il presente progetto si propone la definizione e la strutturazione di un sistema armonico, complessivo e dinamico dell'assistenza domiciliare in capo al distretto, per la realizzazione concreta e operativa del necessario collegamento con gli ospedali, per gli aspetti specialistici e di controllo del percorso diagnostico-terapeutico e con i Comuni, per l'integrazione socio sanitaria.</p> <p>Ogni azione sarà finalizzata alla salvaguardia della presa in carico globale dell'individuo e al riparo da frammentazioni gestionali delle varie forme di assistenza domiciliare che, allo stato attuale, vengono proposte dalle diverse norme nazionali e regionali sul tema e dai contratti collettivi nazionali dei MMG (Medici di Medicina Generale) e PLS (Pediatri di Libera Scelta).</p>
DESCRIZIONE	<p>Il percorso che il presente progetto intende realizzare si basa sul miglioramento della "capability" dei servizi ospedalieri e di quelli territoriali ovvero la capacità di adattamento al cambiamento continuo che sta caratterizzando il nostro Sistema Sanitario in questi ultimi anni</p> <p>L'obiettivo del percorso è quello di fornire gli strumenti necessari ad ottenere organizzazioni flessibili, cioè in grado di cambiare, adattabili ad</p>

ogni situazione specifica e reattive, capaci cioè di rispondere alle esigenze dell'ambiente. Innovare non è soltanto sviluppare la capacità di adattamento al cambiamento, è anche incoraggiare la connettività, con una organizzazione in rete che muova dalla condivisione delle responsabilità e sviluppi la promozione dello scambio di conoscenze, l'apertura, il passaggio da una cultura tradizionale dell'organizzazione sanitaria per compartimenti stagno (ospedali- distretti) ad una cultura che favorisca la flessibilità, l'adattamento evolutivo, il lavoro di gruppo. I percorsi di cura non possono concludersi all'interno dell'ospedale né identificarsi con l'assistenza offerta dalle cure primarie, ma necessitano di un'integrazione fra livelli assistenziali di diversa intensità e complessità.

È necessario individuare modalità di raccordo e di relazione stabili ed esplicite fra assistenza ospedaliera e cure territoriali, e tra servizi sanitari e socio sanitari, nel rispetto delle peculiari specificità dei singoli ambiti assistenziali.

Il concetto di presa in carico è caratterizzato dalla bidirezionalità, ovvero dalla possibilità di attivare percorsi dall'ospedale per acuti al territorio, ma anche inversamente, vale a dire dal territorio all'ospedale, quando le condizioni cliniche dell'assistito lo impongono.

Aree d'intervento importanti ma non esclusive della presa in carico sono le seguenti:

percorsi riabilitativi integrati per ictus, frattura di femore, patologia cardiovascolare; cure palliative e assistenza domiciliare oncologica; gestione integrata di pazienti con patologie croniche (es. diabete, insufficienza respiratoria cronica) e con problematiche ad alta intensità assistenziale (es.: SLA – pazienti ad alta complessità); gestione integrata di pazienti con disturbi cognitivi e del comportamento (demenze senili e malattia di Alzheimer).

La realizzazione di un sistema integrato di risposte socio-sanitarie all'interno del Distretto presuppone il potenziamento della Porta Unica di Accesso – PUA, già presente nelle realtà distrettuali quale luogo di orientamento, accettazione e presa in carico del bisogno di salute del cittadino.

All'interno del Distretto opera l'Unità di Valutazione Multidimensionale – UVM, che oltre ad essere l'organismo in grado di realizzare la valutazione e la successiva "presa in carico" dei bisogni del cittadino, dovrà meglio strutturare percorsi di cura ed assistenza con la partecipazione degli specialisti ospedalieri interessati per le patologie principali, in modo da garantire la gamma dell'offerta sanitaria a valenza multiprofessionale

L'intento diventa, pertanto, il superamento delle difficoltà ancora presenti attraverso una programmazione che ha come obiettivo il potenziamento del "... sistema di governance, basato su forme organizzative di tipo partenariale, ed in particolar modo attraverso la interazione tra ospedale e territorio e la programmazione locale dei Piani di Zona Sociali e la loro integrazione con il programma delle attività territoriali, agevolando il dialogo tra i diversi interlocutori istituzionali.

In tal senso la qualificazione del Distretto, quale articolazione

fondamentale del governo aziendale, è funzionale allo sviluppo delle nuove e più incisive forme di collaborazione fra territorio- ospedale ed Enti Locali .

A fronte di un sistema sanitario condizionato dagli obblighi derivanti dal Piano di rientro, troviamo una realtà afferente all'integrazione tra le diverse sedi di offerta assistenziale e di offerta sociale che non ancora consente la piena interazione.

La Porta Unica di Accesso (PUA)

Nel Molise la attivazione della Porta Unica di Accesso (PUA) ha costituito il primo e fondamentale anello di un più ampio percorso di presa in carico della persona e ne delinea tutti i suoi passaggi, dalla segnalazione del problema, alla prima risposta dell'operatore come avvio della presa in carico, e alla attivazione della valutazione multidimensionale, propedeutica alla costruzione di un piano personalizzato di assistenza, per poter successivamente attuare il processo di verifica dei risultati conseguiti.

La Porta unica di Accesso (PUA) deve diventare sempre più una modalità organizzativa, prioritariamente rivolta alle persone con disagio derivato da problemi di salute e da difficoltà sociali, atta a facilitare un accesso unificato alle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali, anche per situazioni urgenti ma non comprese nell'emergenza. Il modello organizzativo muove dall'analisi dei bisogni della persona, mira a migliorare le modalità di presa in carico unitaria della stessa, e ad eliminare o semplificare i numerosi passaggi che la persona assistita e i suoi familiari sono spesso costretti ad intraprendere ma non ancora realizza pienamente quel cambiamento di prospettiva sostanziale: si tratta di "passare dal malato che ruota intorno ai servizi, ai servizi costruiti intorno al bisogno della persona", siano essi territoriali, ospedalieri che sociali.

Per tale finalità le funzioni principali della PUA che devono essere potenziate ,sono le seguenti:

Accesso alla rete integrata dei servizi socio- sanitari territoriali

Accoglienza dei singoli cittadini, degli operatori dei servizi sociali e sanitari, dei servizi sociali e sanitari, istituzionali e non.

raccolta delle singole segnalazioni

orientamento e gestione della domanda

attivazione diretta di prestazioni in risposta a bisogni semplici sanitari o sociali

avvio della presa in carico e integrazione con i servizi della rete territoriale e ospedaliera

connessione in rete con le risorse organizzative del sistema per garantire la continuità dell'assistenza

In sintesi, vanno potenziate azioni valutative, con raccolta di informazioni, primi interventi (anche esaustivi quando si tratta di bisogni semplici) azioni di attivazione dell'interazione ospedale-territorio di fronte a bisogni complessi, valutazione multidimensionale e multiprofessionale per mobilitare risorse del sistema sanitario, sociosanitario o sociale.

La PUA non deve essere considerato necessariamente un luogo fisico,

	<p>ma una modalità di approccio ai problemi dell'utenza e di interfaccia con la rete dei servizi. Deve quindi diventare una modalità di lavoro propria degli operatori sanitari e sociali piuttosto che una specializzazione di alcuni addetti.</p> <p>In particolare, si ritiene che la PUA debba funzionare su due distinti canali: il primo riservato ai cittadini, con una funzione prevalente di orientamento e accompagnamento (funzione diffusa nei servizi distrettuali e sociosanitari).</p> <p>Il secondo canale destinato a relazionarsi con la rete dei servizi e a garantire la presa in carico, per i differenti livelli di intensità assistenziale, mediante valutazione multidimensionale.</p> <p>Dovranno essere specificate le procedure e i protocolli operativi che regolano le relazioni tra i diversi attori del sistema .</p> <p>Ciascun distretto dovrà essere dotato di una funzione di valutazione, flessibile e modulare, da intendersi non quale strumento burocratico - amministrativo (autorizzativo) ma quale luogo operativo per la condivisione dei progetti e dei percorsi assistenziali e per l'integrazione sociosanitaria. Ovviamente tale funzione potrà essere svolta da più équipe a seconda delle necessità e caratteristiche territoriali del singolo distretto e le necessità assistenziali prevalenti.</p> <p>La P.U.A. esprime, in maniera figurata, il concetto di "ingresso" del cittadino nella rete dei servizi, la cui "unitarietà" richiama la non settorialità dell'accoglienza e la necessità che tale livello organizzativo venga congiuntamente realizzato e gestito.</p> <p>Tale servizio gratuito per tutti i cittadini favorirà quindi l'accesso ai servizi socio-assistenziali e socio-sanitari rimuovendo i limiti comunicativi, fisici, culturali e burocratici che oggi ne impediscono ed ostacolano la fruizione.</p> <p>Attività da garantirsi in ogni PUA:</p> <p>Attività di front-office con azioni dirette al cittadino in tempo reale attraverso:</p> <ul style="list-style-type: none">-Informazione e diffusione di notizie di carattere generale;-Raccolta della domanda avanzata dal cittadino;-Istruttoria di istanza per l'accesso alle prestazioni di competenza dei vari Servizi ;-Azioni di orientamento e accompagnamento per l'attivazione delle risorse esistenti per il soddisfacimento del bisogno espresso dal cittadino. <p>Attività di back office con azioni dirette al monitoraggio e valutazione con aggiornamento periodico, nonché con l'attività di restituzione dei dati attraverso:</p> <ul style="list-style-type: none">-monitoraggio della domanda;-monitoraggio e ricerca del sistema locale di offerta dei servizi formali ed informali;-raccolta e diffusione dei dati sullo stato globale dei servizi.-funzione di collegamento tra i diversi attori coinvolti nella presa in carico. <p>La definizione del progetto socio-sanitario personalizzato e della presa in carico integrata del cittadino/utente, sulla base delle richieste di prestazioni socio-sanitarie viene effettuato dal team multi professionale</p>
--	--

denominato Unità di Valutazione Multidimensionale (U.V.M.) con competenze multidisciplinari in grado di leggere le esigenze dei pazienti con i bisogni sanitari e sociali complessi., nella attuale composizione già prevista dalla regolamentazione aziendale con integrazione delle figure specialistiche indispensabili per la stesura del piano di assistenza integrato personalizzato.

Per fornire una assistenza migliore ai cittadini in un setting più appropriato, si evidenzia inoltre la necessità di un maggiore coinvolgimento dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, dei medici della continuità assistenziale e dei medici specialisti nella programmazione, superando il senso di isolamento e autoreferenzialità che oggi in alcune realtà territoriali caratterizza la loro attività e coinvolgere gli stessi nei processi assistenziali distrettuali.

Il cambiamento non deve ovviamente compromettere i valori positivi del rapporto fiduciario tra medico e paziente e l'autonomia professionale, ma deve consentire ai medici di esprimere al meglio la loro professionalità nel servizio sanitario regionale, in raccordo con gli specialisti ospedalieri.

Il coinvolgimento dei medici di specialistica ambulatoriale (SUMAI) e dei medici specialist ospedalieri che debbono operare in sintonia con i colleghi MMG e PLS è garanzia di rapidità e completezza di servizi più vicini ai cittadini.

ACCOGLIENZA E PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE FRAGILE

La presa in carico globale del paziente cronico e/o fragile rappresenta la differenza fondamentale tra l'Assistenza domiciliare, o più in generale territoriale, e l'attività propria di una Divisione ospedaliera, caratterizzata dall'attenzione verso il caso clinico del paziente acuto.

Mentre nella Divisione ospedaliera ci si preoccupa di curare la malattia, nell'Assistenza territoriale ci si prende cura del paziente, che spesso si presenta con più patologie.

Il paziente fragile

Si riconosce principalmente attraverso quattro condizioni significative: lo stato polipatologico, ovvero la compresenza di più patologie per lo stesso individuo; la politerapia, con l'assunzione di vari farmaci ogni giorno; l'alterazione della funzione psicoaffettiva, ovvero in pazienti con fenomenologia depressiva di vario ordine e grado; l'interferenza parentale, caratterizzata da conflittualità soprattutto intrafamiliare.

Le quattro condizioni sopradescritte si sovrappongono ed ingenerano uno stato patologico ingravescente, cioè che tende progressivamente ad aggravarsi, e ad alto rischio di marasma psico-fisico.

L'approccio al paziente fragile (per lo più ultrasessantacinquenne) va condotto su tre indirizzi operativi: -l'accoglienza, cioè una organizzazione capace di offrire da subito sostegno alle richieste del paziente;

-la valutazione multidisciplinare, che permette di evidenziare le diverse patologie da cui è affetto il paziente e stabilire le priorità di lavoro terapeutico;

	<p>-il coinvolgimento della sfera familiare attraverso colloqui di sostegno psicoterapeutici;</p> <p>- la partecipazione dei parenti più stretti, soprattutto quando coabitano con il paziente, che permette di ridimensionare conflittualità patologiche e nel contempo programmare e gestire al meglio le dimissioni con il rientro al domicilio.</p> <p><u>L'accoglienza</u></p> <p>L'utente deve essere avvicinato dall'équipe preposta (in genere il case manager è un Infermiere professionale) che si reca al domicilio della persona o nel luogo dove si trova (ospedale, centro riabilitativo ecc.) per la prima conoscenza reciproca.</p> <p>Durante la visita si acquisiscono tutte le informazioni di varia natura (generiche, di salute, di abitudini sociali, alimentari, comportamentali), passate e presenti, allo scopo di predisporre la presa in carico domiciliare, nel miglior modo possibile..</p> <p>Il Medico può completare l'indagine per quanto di propria competenza, per garantire un'adeguata assistenza sanitaria.</p> <p>In conclusione l'Accoglienza deve essere rivolta all'utente e alla famiglia al fine di decodificare la domanda, individuare i bisogni e valutare il peso assistenziale.</p> <p><u>La presa in carico</u></p> <p>Si concretizza nella valutazione dei bisogni della persona, nel profilo multidimensionale, nella definizione di programmi di riabilitazione, ed, infine, nelle verifiche di risultato.</p> <p>Principio basilare è la presa in carico globale che deve garantire l'assistenza continuativa al soggetto fragile e che deve poggiare su una valutazione multidimensionale dei bisogni.</p> <p>La scelta strategica per la concretizzazione di un progetto di presa in carico globale consiste nell'impostare il lavoro dell'équipe che deve sviluppare nuove modalità di lavoro, dove la comunicazione e le decisioni prese in gruppo, gli scambi delle conoscenze e delle competenze portano i vari professionisti a definire una cultura comune, generando un risultato collettivo superiore al prodotto individuale.</p> <p>La condizione obbligatoria per il raggiungimento di questo obiettivo è l'accettare la necessità dell'interdisciplinarietà, ma conoscere e riconoscere la specificità di ciascuna figura professionale, di ciascun operatore, al fine di acquisire e sviluppare un linguaggio comune.</p> <p>La capacità di valorizzare le dimensioni proprie ad ogni singolo operatore accresce la possibilità di ottenere risultati collettivi superiori al prodotto individuale.</p> <p>A tal fine, ogni operatore deve sapere sviluppare un'adeguata relazione d'assistenza e la capacità ad assumere responsabilità e rischi.</p> <p>Anche la capacità d'osservazione deve essere più sviluppata: il professionista deve essere in grado di decidere in fretta di fronte a cambiamenti repentini della situazione e saper attivare rapidamente le risorse necessarie per realizzare una rivalutazione e per aggiornare il piano d'intervento.</p> <p>L'operare secondo il principio della presa in carico globale interdisciplinare e intersettoriale rappresenta la base sui cui poggia</p>
--	--

anche la filosofia dello strumento di valutazione multidimensionale dei bisogni dell'utente e di coordinamento degli interventi.

Le dimissioni protette

È necessario, poi, portare a regime la procedura di valutazione dei pazienti che alla dimissione possono beneficiare di una presa in carico domiciliare, nel rispetto del regolamento dell'ASReM

Momento centrale per un incontro interdisciplinare resta una eventuale riunione di tutte le figure professionali operanti nel reparto, che si incontrano e progettano un piano di cura individuale.

In quest'occasione gli operatori si prefiggono inoltre di segnalare tempestivamente i casi dei pazienti di prossima dimissione, che necessitano dell'attivazione di misure particolari di presa in carico a domicilio nell'ambito del piano terapeutico individuale.

Dal reparto deve scaturire la progettazione delle modalità di presa in carico del paziente al momento della sua dimissione dall'ospedale e, qualora venga ritenuta necessaria, l'attivazione dei Servizi territoriali di assistenza e cura a domicilio.

Dopo le procedure di valutazione e dopo la discussione delle conclusioni con i diversi interessati (paziente, familiari, équipe curante, servizi esterni), la dimissione viene concordata con il paziente (eventuali suoi familiari o chi ne fa le veci) e gli operatori del Distretto socio sanitario (PUA)

Una scheda informativa che raccoglie i dati concernenti le risorse primarie, i servizi attivati e/o da attivare e la gestione dei farmaci, deve essere compilata e messa a disposizione degli operatori extra-ospedalieri che devono garantire una presa in carico adeguata del paziente, una volta dimesso dall'ospedale.

L'UNITÀ DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE

L'U.V.M. nasce dall'esigenza di assumere un progetto di cura, attraverso il piano personalizzato di assistenza, quale riferimento certo per gli operatori interessati alla presa in carico.

Uno degli aspetti della qualità dei Servizi e del Progetto di realizzazione va ricercato nel grado di efficacia del lavoro in rete dei diversi Servizi che contribuiscono a definire e realizzare il progetto di cura della persona.

L'U.V.M. agisce:

-con la definizione e stesura di un piano di assistenza che tenga in considerazione :

lavoro in rete e nell'ambito di specifici interventi a sostegno del progetto individuale (PAI); -

pattuizione di tempi e procedure per l'aggiornamento continuativo del progetto personale; -

revisione e messa in comune di strumenti operativi interni alla rete, con l'assunzione di un modello di funzionamento individuale condiviso.

L'U.V.M. ha i seguenti compiti:

- osservazione e raccolta dei dati;

valutazione/diagnosi funzionale e multidimensionale del caso in esame;

pianificazione (PAI);

realizzazione degli interventi;

verifica periodica dei risultati.

L'Unità di Valutazione Multidimensionale è un'équipe multidisciplinare che ha il compito di definire, attraverso la valutazione multidimensionale un progetto capace di garantire al paziente la risposta più adeguata ai suoi bisogni.

Oltre alla fase valutativa, sviluppa una funzione di orientamento e di consulenza all'utente e alla famiglia nel loro incontro con la rete dei servizi. Garantisce inoltre la continuità tra valutazione e gestione del caso, tra definizione e verifica nel tempo del progetto. L'équipe Unità di Valutazione Multidimensionale, coordinata dal Direttore di Distretto o dal medico da lui delegato, è generalmente composta da: Medico di Medicina Generale (referente del singolo caso), Assistente Sociale del Comune (referente del singolo caso), Medico dell'area distrettuale, Fisiatra/geriatra, altre figure professionali ritenute indispensabili, che si dovessero rendere necessarie.

Il medico di medicina generale (M.M.G.) resta il punto di riferimento primario. È il responsabile del caso.

L'U.V.M adotta strumenti di valutazione multidimensionale per stabilire il livello di non autosufficienza al fine di ottimizzare l'intervento individualizzato. La valutazione multidimensionale, in termini generali, ha l'obiettivo di definire in modo complessivo lo stato di salute del paziente in esame. Col termine "valutazione", infatti, si intende l'analisi accurata delle capacità funzionali e dei bisogni che la persona presenta a livello biologico e clinico (stato di salute, segni e sintomi di malattia, livelli di autonomia, ecc.), a livello psicologico (tono dell'umore, capacità mentali superiori, ecc.) ed a livello sociale (condizioni relazionali, di convivenza, situazione abitativa, economica, ecc.).

Un sistema di valutazione multidimensionale include inoltre un programma di intervento personalizzato. Dopo aver effettuato la valutazione vera e propria, compito dell'UVM, vengono definiti quali provvedimenti bisogna prendere per migliorare le condizioni di vita della persona interessata. Si tratta di un programma articolato, in grado di abbracciare vari aspetti: sanitario, assistenziale ma anche sociale, capace di privilegiare uno di questi ambiti a seconda delle esigenze che emergono nella fase valutativa.

Care Giver

Con il termine care giver, letteralmente "donatore di cura", si intende la figura di chi è dedito alla cura e sostegno di persone, in genere propri parenti o amici, non autosufficienti perchè malati o disabili.

I care giver informali (figli, coniugi, amici) rivestono un ruolo di primo piano nell'accompagnare, assistere, confortare lungo tutta la storia della malattia.

Questo ruolo è definito da vari fattori: il tempo a disposizione, la vicinanza al paziente e alla struttura sanitaria; il grado di impegno è variabile: dalla telefonata quotidiana, ad accompagnare il paziente dal medico, fino ad assumersi molte altre responsabilità.

Indipendentemente dal livello di coinvolgimento, il compito è importante e può fare davvero la differenza nella vita del paziente. Sono

	<p>gli anziani ad avere più bisogno del care giver. Il Care Giver deve :</p> <p>Ascoltare; imparare a conoscere la vita della persona malata, sostenere e partecipare, presenziando alle visite del medico, essere a conoscenza della terapia farmacologica, mantenere le giuste relazioni con gli operatori che intervengono a domicilio per ogni possibile necessità.</p> <p>Case Manager</p> <p>Il case manager è un professionista che si occupa di percorsi assistenziali complessi. Nasce allo scopo di finalizzare le risorse mantenendo un elevato standard di qualità assistenziale nella logica del contenimento dei costi. .</p> <p>Il responsabile del caso è, di conseguenza, l'operatore che si assume la responsabilità del controllo e dell'attuazione degli interventi previsti nel programma assistenziale personalizzato (è il garante del PAI). È colui che ha in mano il controllo della fase operativa della presa in carico. Rappresenta anche il primo riferimento "organizzativo" per l'assistito, la sua famiglia, gli operatori dell'equipe assistenziale.</p> <p>È quindi una figura di raccordo all'interno della equipe, ne garantisce l'integrazione tenendo le fila della comunicazione tra i suoi membri e assicurando che gli interventi assistenziali sul singolo caso siano effettuati in maniera coordinata, senza sovrapposizioni, intralci reciproci e/o vuoti di assistenza. .</p> <p>Le competenze assistenziali che il case manager deve dimostrare di possedere sono:</p> <ul style="list-style-type: none">• la professionalità e la capacità di lavorare in gruppo;• la competenza clinica;• la capacità di risolvere i problemi;• le doti di comunicazione e le doti tecniche. <p>Il ruolo del case manager e' affidato ad una figura infermieristica, in quanto il processo deve essere governato, per competenze, abilità e conoscenze proprie dell'infermiere. La metodologia utilizzata dal case manager e' la presa in carico del paziente e della sua famiglia con percorsi assistenziali semplici e complessi, allo scopo di agevolarne il rientro a domicilio o il percorso verso strutture territoriali preposte e di favorirne il raggiungimento della massima autonomia possibile.</p> <p>Pertanto l'individuazione di tale figura assistenziale appare come la migliore e più concreta declinazione pratica del concetto di continuità assistenziale, in quanto copre quelle funzioni complementari (counseling, supporto all'empowerment del paziente, ecc.) che non sono comuni all'approccio medico, mentre sono necessarie per garantire una reale continuità assistenziale.</p> <p>La continuità assistenziale, in presenza di rilevante situazione di cronicità, richiede quindi un affiancamento continuativo del paziente, garantendo così una mediazione tra bisogni e servizi offerti e può realizzarsi solo mediante modelli organizzativi che incentivano l'integrazione ed il coordinamento assistenziale.</p>
--	--

LA S.V.A.M.A. e la SVAMDI

La S.V.A.M.A. (“Scheda per la Valutazione Multidimensionale dell’Anziano e dell’Adulto non autosufficiente”) e la SVAMDI (Scheda di Valutazione Multidimensionale Disabili) sono strumenti di valutazione adottati nella Regione Molise.

Esse analizzano tutti gli aspetti della vita (salute, autosufficienza, rapporti sociali, situazione economica) e sono fondamentali della presa in carico da parte della UVM, per decidere le azioni più opportune, volendo adottare opportuna strategia globale, capace di fare una valutazione generale e di programmare gli interventi. Una strategia, cioè, che non fosse più settoriale, ma una vera e propria “presa in carico”.

Anziani ,non autosufficienti, disabili sono infatti soggetti deboli, spesso costretti ad una condizione di difficoltà alimentata da fattori diversi.

Dette schede sono gestite da un solo organismo della rete dei servizi (la U.V.M.) e vanno applicate in modo costante guardando a tutte le esigenze del “preso in carico”, permettendo di valutare la situazione di una singola persona in modo complessivo.

La stessa è indispensabile alla formazione del Progetto Assistenziale Individualizzato ed anche alla possibilità dell’utilizzo dei dati ai fini prognostici.

E’ POSSIBILE IMPLEMENTAZIONE IL PRESENTE PROGETTO CON LE SEGUENTI ULTERIORI ATTIVITA PROGETTUALI, COERENTI E COMPATIBILI CON LE LINEE DI INDIRIZZO DELL’ASSISTENZA PRIMARIA:

A) LA MALNUTRIZIONE OSPEDALIERA

Individuazione dello stato di malnutrizione nei pazienti ricoverati presso i quattro reparti considerati a maggior rischio (Chirurgia Generale, Medicina Generale, Ortopedia e Geriatria) dell’Ospedale Regionale “A.Cardarelli” di Campobasso e trattamento di questa condizione con ONS in tutti i casi in cui la integrazione orale sia impiegabile, includendo formalmente tale trattamento all’interno degli schemi previsti di terapia farmacologica. Procedure nutrizionali più invasive solo i casi nei quali gli ONS non siano utilizzabili.

Monitoraggio e continuazione dell’intervento nutrizionale anche dopo la dimissione dall’ospedale nei pazienti ancora a rischio di malnutrizione.

Risparmio economico significativo per la ASREM attraverso l’accorciamento della durata dei ricoveri, la riduzione delle complicanze in corso di ricovero, riduzione del ricorso alla re-ospedalizzazione di pazienti dimessi per le conseguenze della malnutrizione.

Saranno inclusi nello studio tutti i pazienti dai 18 anni di età in su, ricoverati nell’arco di 36 mesi, nei reparti suddetti.

Si valuterà lo stato nutrizionale dei pazienti mediante l’impiego del Nutritional Risk Screening (NRS) 2002.

In base ai dati dello screening attuato nel 2011 è prevedibile un arruolamento di almeno 1.500 pazienti.

Per i pazienti risultati malnutriti od a rischio di malnutrizione sarà predisposta una cartella nutrizionale che, sulla base della gravità dello stato di malnutrizione, della patologia di base, dei gusti dichiarati dal paziente, predisporrà, laddove attuabile, un programma di intervento con l'impiego di ONS. La prescrizione sarà schedata alla stessa maniera delle terapie farmacologiche e la somministrazione degli ONS avverrà negli orari prestabiliti e sotto controllo dietistico. Sarà inoltre monitorata l'effettiva assunzione dei supporti nutrizionali, lo stato nutrizionale del paziente, l'eventuale comparsa di effetti complicanze legate alla malattia di base (comparsa di ulcere da pressione, infezioni, deiscenze o suppurazioni delle ferite chirurgiche ecc.) od effetti collaterali imputabili agli ONS (vomito, diarrea, dolori addominali ecc). Essenziale per l'attuazione del progetto l'impiego di due dietisti con particolare esperienza nel campo della nutrizione artificiale ospedaliera e domiciliare e di un operatore gestione dati.

B) CUORE IN LINEA CONSULTING

Il progetto "CUORE IN LINEA CONSULTING" si propone di realizzare una rete telematica per la refertazione dell'elettrocardiogramma e il consulto specialistico cardiologico on-line da parte di MMG che operano sul territorio regionale con particolare riferimento alle aree rurali e montane con difficoltà di comunicazione stradale.

Verranno coinvolti 80 MMG a cui verranno affidate per un periodo di 12 mesi le attrezzature biomediche in grado di eseguire l'elettrocardiogramma e capaci di trasmetterlo per via informatica in tempo reale allo specialista della struttura ospedaliera di riferimento, il quale refererà l'elettrocardiogramma e lo trasmetterà al medico che lo ha eseguito e sarà disponibile per il teleconsulto on-line in caso di richiesta. Le prestazioni strumentali saranno effettuate sia in condizione di urgenza che di elezione. Per le prestazioni, non essendoci ancora esperienze definite per servizi di questo tipo è stata fatta una ipotesi sperimentale che prevede la possibilità per ogni MMG di ricorrere a 100 accessi specialistici per l'anno di sperimentazione. Per ogni accesso sia di sola refertazione ECG che anche di eventuale consulto on-line potrà essere riconosciuto un rimborso di 10 euro al MMG (tot. $10 \times 100 = 1000$ euro per MMG) che potrà avere inoltre il vantaggio di questo servizio. Alla struttura cardiologica ospedaliera che organizzerà il Servizio di Teleconsulto e agli specialisti impegnati in tale servizio verrà riconosciuto un rimborso, sia in caso di sola refertazione che di consulto on-line, di 15 euro a prestazione.

Il Servizio di Teleconsulto dovrà essere garantito, in via sperimentale, dal centro ospedaliero di riferimento dalle ore 8,00 alle 14,00 dal Lunedì al Venerdì .

Si prevede che il processo di erogazione del servizio sarà il seguente:

1. Il MMG esegue l'elettrocardiogramma ed invia il segnale al centro di riferimento.

2. In caso di richiesta di sola refertazione lo specialista, dalla sua postazione remota, esamina l'ECG e lo referta con firma elettronica;
3. In caso di richiesta di consulto on-line lo specialista interloquisce telefonicamente con il MMG;
4. In caso di urgenza, su richiesta del MMG, o su iniziativa dello specialista per evidenza di anomalie elettrocardiografiche minacciose, viene sempre attivato il consulto on-line;
5. In caso di emergenza evidenziata dopo il teleconsulto viene attivato dal MMG il Sistema di Emergenza Territoriale con le informazioni complete sul caso;
6. Al termine delle procedure tutti i dati vengono archiviati su data base informatico predisposto con cartelle cliniche.

I destinatari del progetto saranno:

1. Medici di Medicina di Medicina Generale operanti sul territorio della Regione Molise privilegiando, in rapporto alla disponibilità data, i MMG operanti in aree rurali e montane.
2. Dirigenti Medici operanti nelle strutture Cardiologiche Ospedaliere Regionali disponibili alla sperimentale attivazione dei Servizi di Teleconsulto Cardiologico.

Popolazione residente nel territorio regionale in particolare in aree rurali e montane e non autosufficiente o anziana.

FORMAZIONE

Fase preliminare di Formazione (riconosciuta e condivisa a livello Aziendale applicata in Ambito Distrettuale) è l'analisi del contesto organizzativo, documenti, dati interni e il coinvolgimento di :

Dirigenti Medici delle Cure Primarie

Dirigenti Medici dei Presidi Ospedalieri

MMG e PLS

Medici Specialisti ambulatoriali (dipendenti e convenzionati)

Medici Specialisti ammessi al progetto

Infermieri

Fisioterapisti

Assistenti Sociali ASReM

Operatori amministrativi

Assistenti Sociali Comunali

Attraverso la specifica formazione sulla presa in carico territoriale e sulle procedure di interazione Ospedale-Territorio si intende assicurare che gli operatori sanitari e i professionisti di tutti i settori coinvolti abbiano conoscenze, attitudini e capacità per tutelare e promuovere la salute nell'offerta territoriale.

	<p>Il processo formativo deve trasmettere una metodologia di apprendimento in maniera da porre le basi dell'apprendimento continuo e del miglioramento progressivo attraverso: le seguenti fasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Valutare il fabbisogno di professionalità per il soddisfacimento delle esigenze di salute e pianificazione del numero delle persone che possono essere ammesse alla formazione dedicata; 2) Affidamento di compiti di didattica formale a tutti i dirigenti di Unità Complessa degli ospedali e dei Distretti o loro delegati; 3) Affidamento di compiti di didattica formale ai MMG e PLS, iscritti nell'albo degli animatori di formazione regionale, con compiti di tutoraggio per gli infermieri professionali delle cure primarie; 4) Partecipazione obbligatoria dei medici e degli infermieri delle strutture pubbliche a un incontro quindicinale di formazione nell'ambito della struttura in cui operano, rispettivamente per la discussione di casi clinici (al bisogno con presenza di esperti) e per l'aggiornamento sulla letteratura pertinente il loro campo di lavoro; 5) Audit periodici a livello regionale sullo stato di salute del territorio per evidenziare i problemi e promuovere interventi di prevenzione e di tutela della salute coinvolgenti tutte le figure professionali interessate; 6) Verifica annuale della ricaduta in termini di qualità; 7) Utilizzare linguaggi comuni per l'identificazione della tipologia e delle strutture preposte all'erogazione della assistenza territoriale; 12) Adottare comportamenti aderenti alle linee guida e verificate con metodologie standard tramite indicatori i risultati ottenuti, in particolare per tre patologie al alto rischio di inappropriata ospedaliera come scompenso cardiaco, diabete e BPCO; 13) Introduzione di percorsi e protocolli assistenziali dedicati per tipologie di assistiti.
OBIETTIVI	<ul style="list-style-type: none"> - costruzione della rete Ospedale-territorio - implementazione attività Porte Uniche di accesso - introduzione adeguati strumenti di coordinamento e di governance - integrazione gestionale e professionale - potenziamento della capacità di comunicazione tra professionisti e della comunicazione tra professionisti e pazienti - creazione di sistemi di connettività di servizi flessibili, adattabili e creativi - dare impulso all'attività territoriale elevandone al contempo la complessità; - sviluppare alternative terapeutiche efficienti nell'ambito dell'economia aziendale meglio orientando le risorse; - ridurre la durata della fase di ricovero ospedaliero; - contenere i ricoveri incongrui e/o ripetuti; - creare una stretta interrelazione tra la fase ospedaliera e la fase di reinserimento nel territorio; - rendere le due funzioni più flessibili ed integrate; - promuovere attività congiunte tra il personale ospedaliero e del territorio - garantire una risposta ai bisogni sanitari afferenti all'assistenza

	<p>primaria per almeno 12 ore al giorno;</p> <ul style="list-style-type: none"> - controllare l'appropriatezza prescrittiva, farmaceutica e specialistica ambulatoriale; - sviluppare e qualificare la continuità assistenziale; - facilitare la formulazione di percorsi assistenziali condivisi tra ospedale e territorio con la diretta partecipazione dei medici ospedalieri; - formulare protocolli operativi per la presa in carico per attività propriamente sanitarie, socio-sanitarie e sociali; - fornire attività specialistiche in collaborazione con gli specialisti del territorio e ospedalieri; - abbattere conseguentemente le liste di attesa; - favorire la collaborazione con le famiglie ed il volontariato; - valorizzare la centralità del MMG, dei PLS e delle altre figure professionali mediche in integrazione con il Distretto di riferimento territoriale, quale prima risposta per problematiche urgenti di bassa complessità, al fine di ridurre l'accesso inappropriato dei cittadini alle aree di emergenza-urgenza, contribuendo a ridurre l'attesa dei codici di maggiore gravità; - valorizzare il ruolo infermieristico rivalutandone la professionalità e la responsabilità; - valorizzare l'accoglienza e l'orientamento ai servizi attraverso la presenza della Porta Unica di Accesso - favorire il collegamento in rete con tutti i servizi e le attività presenti sul territorio.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	<p>36 mesi</p> <p>Gli interventi programmati saranno avviati contestualmente in tutte le realtà distrettuali presenti sul territorio regionale, in raccordo con I tre Presidi Ospedalieri e i relativi stabilimenti collegati.</p>
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	<p>Numero di assistiti in assistenza domiciliare socio-assistenziale;</p> <p>Numero anziani in assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari;</p> <p>Numero disabili in assistenza domiciliare socio-assistenziale;</p> <p>Numero di disabili in assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari e sulla tipologia delle prestazioni erogate;</p> <p>Numero assistiti presi in carico con riguardo al genere, classi di età, patologie prevalenti, prestazioni erogate.</p> <p>Numero di dimissioni protette</p> <p>Numero di ricoveri di assistiti con provenienza da presa in carico territoriale</p> <p>Numero prestazioni specialistiche summaisti/ospedalieri per accessi a domicilio.</p>
RISULTATI ATTESI	<ul style="list-style-type: none"> - garantire una risposta ai bisogni sanitari afferenti all'assistenza primaria per almeno 12 ore al giorno; - controllare l'appropriatezza prescrittiva, farmaceutica e specialistica domiciliare;

	<ul style="list-style-type: none">- sviluppare e qualificare la continuità assistenziale;- facilitare la formulazione di percorsi assistenziali condivisi tra ospedale e territorio con la diretta partecipazione dei medici ospedalieri;- formulare protocolli operativi per la presa in carico per attività propriamente sanitarie, socio-sanitarie e sociali;- fornire attività specialistiche in collaborazione con gli specialisti del territorio e ospedalieri;- favorire la collaborazione con le famiglie ed il volontariato;- valorizzare la centralità del MMG, dei PLS e delle altre figure professionali mediche in integrazione con il Distretto di riferimento territoriale, quale prima risposta per problematiche urgenti di bassa complessità, al fine di ridurre l'accesso inappropriato dei cittadini alle aree di emergenza-urgenza, contribuendo a ridurre l'attesa dei codici di maggiore gravità;- valorizzare il ruolo infermieristico rivalutandone la professionalità e la responsabilità;- valorizzare l'accoglienza e l'orientamento ai servizi attraverso la presenza della Porta Unica di Accesso- favorire il collegamento in rete con tutti i servizi e le attività presenti sul territorio
--	---

PROSPETTO ECONOMICO

DESCRIZIONE	TOTALE IMPEGNO ECONOMICO PRESUMIBILE (IN EURO)
<u>PERSONALE</u>	
Personale a contratto	€ 220.000,00
Prestazioni aggiuntive Personale medico MMG e SUMAISTI	€ 180.000,00
Personale Infermieristico	€ 100.000,00
Altro personale	€ 20.000,00
Supporto amministrativo al responsabile del procedimento regionale	€ 45.000,00
<u>MISSIONI</u>	
Missioni	€ 20.000,00
<u>MATERIALI DI CONSUMO</u>	
Materiale di cancelleria, brochure, stampe	€ 8.496,00
<u>ALTRO</u>	
Elaborazione del progetto, costi segretariali, organizzativi, gestionali e spese generali	55.000,00
Analisi statistica, elaborazione del report e pubblicazioni scientifiche	0
Attrezzature tecniche	€ 100.000,00
Organizzazione convegni	€ 20.000,00
Formazione	€ 66.000,00
<u>TOTALE</u>	€ 834.496,00



Direzione Generale per la Salute

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	Regione Molise
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	Decreto del Commissario <i>ad Acta</i> n. ___ del
LINEA PROGETTUALE	Attività di Assistenza Primaria
TITOLO DEL PROGETTO	Percorsi diagnostici – terapeutici per il trattamento delle lesioni cutanee, prevenzione ulcere arti inferiori nei pazienti diabetici
DURATA DEL PROGETTO	24 mesi
REFERENTE/ENTE ATTUATORE	Regione Molise – Direzione Generale per la Salute/ A.S.Re.M.

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€.250.000,00
--------------------------------	--------------

IL PROGETTO

CONTESTO	<p>I pazienti affetti da lesioni cutanee in Italia sono oltre 2.000.000 con un costo di 1,5 miliardi di euro. Le ulcere da decubito colpiscono maggiormente i soggetti anziani, l'incidenza delle lesioni da decubito nei soggetti ospedalizzati di tutte le età varia dal 4% al 9% ed aumenta dal 10% fino al 25% negli anziani, sono a maggior rischio i pazienti diabetici, ipertesi, incontinenti ecc. Il problema non riguarda solo i pazienti ospedalizzati ma riguarda principalmente i pazienti assistiti a domicilio. Anche le lesioni degli arti inferiori di origine vascolare costituiscono come le l.d.c un rilevante problema per il S.S.N. sia in termini di occupazione di risorse umane che in termini di impatto economico. Esse sono dolorose, debilitanti e riducono la qualità di vita dei pazienti. L'incidenza è nettamente più elevata nel sesso femminile con un rapporto di 3 a 1 e le ulcere flebostatiche sono le più frequenti con una prevalenza fra il 70% e 80%. Nella nostra realtà così come in altre, la maggior parte di questi pazienti viene seguita a domicilio dal medico di medicina generale, dagli infermieri assegnati all'A.D.I. o dagli infermieri delle cooperative, con la saltuaria consulenza dello specialista, chirurgo, dermatologo ecc. E' proprio da queste carenze che nasce la necessità di nuovi modelli organizzativi Ospedale-Territorio. Attualmente le lesioni vascolari croniche vengono trattate in ambito ospedaliero o in ambulatori territoriali, spesso si riscontrano trattamenti molto diversi anche per lo stesso tipo di lesione e quadro clinico, tutto ciò mette in evidenza la necessità di uniformare i trattamenti attraverso</p>
----------	--

un' adeguata formazione di medici ed infermieri dedicati esperti in wound-care. Le lesioni cutanee costituiscono una gamma di ferite ad andamento cronico , che per diversi motivi , non mostrano la tendenza alla guarigione nell'arco di un certo periodo di tempo e tale ritardo è dovuto ad una serie di fattori. Uno dei principali fenomeni alla base di questo ritardo sembra essere una risposta infiammatoria prolungata in modo abnorme nelle fasi del processo stesso di guarigione, insieme ad una alterazione della matrice extracellulare ed una rallentata riepitelizzazione. Una fase infiammatoria eccessivamente prolungata non assume un ruolo di attivazione e stimolo tessutale bensì un ruolo inibente e distruttivo. La presenza di germi all'intero della ferita risulta essere uno dei principali elementi della risposta infiammatoria locale. Pertanto ridurre la carica batterica. Controllare l'essudato mantenendo un ambiente umido, ed eseguire un buon debridment sono i tre punti cardine per assicurare un buon percorso verso la riepitelizzazione e quindi la guarigione. In occasione del Meeting E.T.R.S.-European tissue Repary society – tenutosi ad Oxford nel 2000 è emerso un nuovo concetto del trattamento delle lesioni cutanee che è alla base della Wound Bed Preparation. Le lesioni croniche non riescono a guarire perché sul fondo sono presenti delle barriere che impediscono la regolare successione delle fasi di guarigione: 1) Carica necrotica trattamento: debridment chirurgico o autolitico, 2) Carica batterica: trattamento: detersione –antisepsi 3) Controllo essudato: trattamento: medicazioni avanzate 4) Migrazione epidermica bloccata: trattamento: fattori di crescita inibitori delle metalloproteasi

Tutte le fasi devono essere gestite e per ognuna di esse bisogna raggiungere l'obiettivo dell'ottimizzazione. infatti una adeguata Wound- Bed- Preparation del fondo della lesione seguito dall'applicazione della giusta medicazione porta alla riduzione del tempo di trattamento della lesione e ad una guarigione più rapida. Quindi fare la cosa giusta nel modo giusto al giusto paziente è il modo efficace per raggiungere una maggiore appropriatezza dei trattamenti con una riduzione dei tempi e dei costi. Inoltre sempre più spesso le richieste di intervento sono legate non alla sola lesione ma nella maggior parte dei casi i pazienti presentano delle ulteriori patologie pertanto è necessario la presa in carico globale e il soddisfacimento di problematiche assistenziali in ambito territoriale consente la riduzione di ricoveri impropri , la riduzione dei costi e il soddisfacimento anche psicologico del paziente che non è costretto ad allontanarsi dal suo domicilio per sottoporsi a cure mediche. Per poter trattare al meglio questo tipo di lesioni e per poter raggiungere i migliori risultati è indispensabile che ad occuparsi di tali trattamenti sia un Team-Work multidisciplinare , motivato , formato e competente perché solo in questo modo sarà possibile un'assistenza efficace e multidimensionale. L'infermiere diventa parte integrante del percorso assistenziale insieme al M.M.G. , allo specialista e ad altre figure professionali che di volta in volta risulteranno coinvolte, diventa quindi indispensabile una univoca formazione del personale infermieristico impegnato nelle diverse strutture della A.S.Re:M. ciò permetterebbe di raggiungere una

	<p>uniformità di metodologia di lavoro e quindi di trattamento ma soprattutto maggiore appropriatezza.</p> <p>L'obiettivo del progetto è quello di stabilire un percorso teorico-pratico alla fine del quale il personale infermieristico avrà conoscenze specifiche: delle linee guida, e dei protocolli, conoscenza dei materiali e delle tecniche di utilizzo, conoscenza dei materiali di bendaggio, capacità di valutazione di una lesione, inoltre assume un ruolo importante nell'implementazione di protocolli nelle strutture aziendali</p>
DESCRIZIONE	<p>Il progetto avrà la durata di due anni è rivolto agli infermieri sia ospedalieri che distrettuali di tutto il territorio regionale</p> <p>Il progetto si divide in due fasi, la prima fase vedrà coinvolti gli infermieri della zona di Campobasso la seconda fase gli infermieri di Termoli-Larino, Isernia-Venafro, Agnone.</p> <p>La prima fase della durata di un anno e sarà divisa in quattro step</p> <p>Il primo step, della durata di tre mesi sarà rivolta alla formazione teorica del personale finalizzato all'ampliamento dell'offerta terapeutica e a migliorare l'appropriatezza delle prestazioni infermieristiche</p> <p>Il secondo step, della durata di tre mesi, prevede la formazione di piccoli gruppi per esercitazioni pratiche seguite da tutor</p> <p>Il terzo step, della durata di tre mesi, prevede l'implementazione di protocolli e procedure</p> <p>Il quarto step della durata di tre mesi prevede la valutazione degli obiettivi fissati sia teorici che pratici.</p> <p>La seconda fase vedrà coinvolti gli infermieri come detto in precedenza di Termoli-Larino, Isernia – Venafro, Agnone e seguirà la stessa metodologia organizzativa della prima fase.</p> <p>E' POSSIBILE IMPLEMENTAZIONE IL PRESENTE PROGETTO CON LE SEGUENTI ULTERIORI ATTIVITA' PROGETTUALI, COERENTI E COMPATIBILI CON LE LINEE DI INDIRIZZO DELL'ASSISTENZA PRIMARIA:</p> <p>A) PREVENZIONE ULCERE ARTI INFERIORI NEI PZ DIABETICI:</p> <p>Il rischio di amputazione nelle popolazioni occidentali è da 15 a 46 volte più alto nei diabetici rispetto alla popolazione generale.</p> <p>Le ulcere del piede sono a loro volta la causa principale di amputazione nei diabetici, e circa il 90% delle amputazioni sono secondarie a lesioni ulcerative del piede.</p> <p>Il 15% dei pazienti sviluppa ulcere al piede almeno una volta nel corso della propria vita e la prevalenza di lesioni attive in una popolazione di diabetici è di circa il 5%. In Italia, su una popolazione di 3 milioni di</p>

	<p>diabetici, vi è quindi una prevalenza attesa di 150.000 pazienti con ulcere del piede.</p> <p>La maggior parte delle lesioni e delle amputazioni è prevenibile, a patto che il diabete venga curato in modo adeguato, che vengano adottate misure di prevenzione e che le prime manifestazioni del danno agli arti inferiori, le condizioni pre-ulcerative e le ulcere, siano trattate correttamente.</p> <p>Tra le figure professionali indispensabili per la prevenzione delle ulcere agli arti inferiori spicca il Podologo il professionista sanitario che quotidianamente cura le affezioni podaliche, rivestendo un ruolo di fondamentale importanza all' interno dell' equipe multidisciplinare per la cura del piede diabetico.</p> <p>Il Podologo effettua l'esame obiettivo del piede, lo screening neurologico e vascolare, l'educazione sanitaria, la rimozione delle ipercheratosi, il taglio corretto delle unghie, il trattamento di lesioni pre-ulcerative ed il trattamento ortesico.</p> <p>E' pertanto necessario definire e seguire un percorso assistenziale rispetto allo screening, la prevenzione, la diagnosi e la terapia del piede diabetico</p> <p>L'obiettivo consiste nel migliorare la qualità, l'efficienza e l'efficacia delle cure per le complicanze degli arti inferiori nel paziente diabetico.</p> <p>Questo intervento mirato alla prevenzione delle lesioni agli arti inferiori nei pazienti diabetici permetterà un miglioramento della qualità dell'assistenza e, riducendo il numero di amputazioni, un miglioramento della qualità della vita dei pazienti, oltre ad una riduzione significativa dei costi diretti ed indiretti.</p>
OBIETTIVI	<p>Elaborazione ed implementazione di protocolli e procedure per il trattamento delle lesioni cutanee</p> <p>Uniformare la metodologia di lavoro con conseguente risparmio in termini di:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ricoveri per riduzione di complicanze specifiche, ● riduzione del tempo di trattamento ● riduzione dei costi di materiale di consumo
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	<p>I FASE 12 MESI</p> <ul style="list-style-type: none"> ● I TRIMESTRE formazione teorica n.3 incontri per un totale di 60 infermieri divisi in tre gruppi ciascuno di 20 infermieri ● II TRIMESTRE esercitazioni pratiche per un totale di 60 infermieri divisi in piccoli gruppi ● III TRIMESTRE implementazione di protocolli e procedure

	<ul style="list-style-type: none"> ● IV TRIMESTRE verifiche apprendimento teorico pratico <p>II FASE 12 MESI</p> <p>La seconda fase seguirà lo stesso programma della prima fase e vedrà coinvolti gli infermieri di Termoli-Larino, Isernia -Venafro e Agnone</p>
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	<p>Verifiche competenze acquisite attraverso, compilazione questionari sia dopo l'espletamento della parte teorica che dopo le prove pratiche specifiche raggiungimento del risultato positivo per almeno 80% dei partecipanti effettivi agli eventi formativi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● N. pazienti visitati ● N. pazienti trattati per patologia ● N. pazienti residenti ricoverati per patologia ● Riduzione dei margini delle lesioni del 10% dei pazienti presi in carico ● Aumento delle guarigioni del 10% dei pazienti presi in carico ● Riduzione dei costi del 5% per i pazienti presi in carico
RISULTATI ATTESI	<p>Formazione specifica del personale addetto al trattamento delle lesioni cutanee su tutto il territorio ASREM</p> <p>Implementazione di protocolli e procedure per il trattamento delle lesioni, riduzioni dei margini delle lesioni, aumento delle guarigioni riduzione dei costi</p>

PROSPETTO ECONOMICO

DESCRIZIONE	TOTALE IMPEGNO ECONOMICO PRESUMIBILE (IN EURO)
<u>PERSONALE</u>	
Personale a contratto	€. 90.000,00
Personale Infermieristico	€. 60.000,00
Supporto amministrativo al responsabile del procedimento regionale	€. 30.000,00
Altro personale	€. 20.000,00
<u>MISSIONI</u>	
Missioni	€. 8.000,00
<u>MATERIALI DI CONSUMO</u>	
Materiale di cancelleria, brochure, organizzazione convegni, stampe	€. 8.000,00
<u>ALTRO</u>	
Elaborazione del progetto, costi segretariali, organizzativi, gestionali e di promozione	€. 14.000,00
Analisi statistica, elaborazione del report e pubblicazioni scientifiche	
Organizzazione dell'evento pubblico per la presentazione dei dati	
Formazione	€. 20.000,00
<u>TOTALE</u>	€. 250.000,00



Direzione Generale per la Salute

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	Regione Molise
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	Decreto Commissario ad Acta n. ____ del ____
LINEA PROGETTUALE	La non autosufficienza
TITOLO DEL PROGETTO	Sviluppo di un sistema informatico per la creazione di una rete assistenziale e lo sviluppo di percorsi Neuroriabilitativi innovativi tele-assistiti dedicati alle persone affette da Malattie Neurologiche ad Interessamento Neuro Muscolare.
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi
REFERENTE/ENTE ATTUATORE	Regione Molise – Direzione Generale per la Salute

ASPETTI FINANZIARI

	€ 38.285,00

IL PROGETTO

(Vedi allegato 1)

CONTESTO	<p>Gli scenari socio demografici, legati:</p> <ol style="list-style-type: none"> i. Al progressivo invecchiamento della popolazione; ii. Al conseguente aumento di persone affette da Malattie Neurologiche ad Interessamento NeuroMuscolare (MNINM); iii. Alla rinnovata concezione di salute e qualità della vita unitamente alla rilevanza strategica, organizzativa ed operativa per il sistema sanitario nazionale e regionale; iv. Al progressivo spostamento da un sistema ospedalocentrico ad una rete integrata di servizi sul territorio; <p>pongono il sistema della riabilitazione al centro di un progresso di promozione della prevenzione e delle diverse forme di assistenza domiciliare integrata.</p> <p>La possibilità per i pazienti affetti da MNINM di seguire le cure riabilitative da casa, “nel proprio contesto di vita”, può, oltre ad impattare positivamente sui costi complessivi del sistema sanitario, ridurre fortemente i disagi evidenziati sia a livello sociale che personale, soprattutto in considerazione anche del fatto che una</p>
----------	---

	<p>riabilitazione condotta nel proprio ambiente risulta anche essere oïù efficace, come dimostrato da molti studi, e conseguentemente, rappresentare un percorso assistenziale continuo ed integrato caratteristico di un sistema di “rete” tra il Centro di Riferimento (CdR – IRCCS Neuromed) e il domicilio del paziente.</p>
DESCRIZIONE	<p>Punto focale del progetto è lo sviluppo di soluzioni infotelematiche e di dispositivi innovativi per l’implementazione di protocolli terapeutici per la riabilitazione dei pazienti MNINM in modalità remota, allo scopo di:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Migliorare l’efficacia del processo di somministrazione delle terapie; • Aumentare le capacità complessive dei team di riabilitazione in termini qualitativi e quantitativi; • Garantire una supervisione continua e costante del medico e del terapeuta anche una volta che il paziente è stato riconsegnato al proprio domicilio. <p>Tecnicamente, saranno sviluppate una rete clinica e una domiciliare di postazioni per la somministrazione di terapie riabilitative remotizzate.</p> <p>Il sistema prevederà un paradigma client/server composto da un:</p> <ul style="list-style-type: none"> - “Lato Paziente”, che include la strumentazione per la riabilitazione, formata da apparecchiature innovative e specializzate, fornite di sensori di forza e inerziali wireless, robot per la mobilizzazione assistita e sistemi di riabilitazione basati su attività ludiche eseguite in realtà virtuale immersiva; - “Lato Terapeuta”, costituito da una serie di postazioni tablet PC collegate in modalità wireless ad una centrale di supervisione. Il sistema permetterà il monitoraggio, in tempo reale, dell’attività dei pazienti, attraverso la trasmissione dei dati audio-video, nonché dei dati relativi alla prestazione motoria, acquisiti e inviati dal dispositivo riabilitativo utilizzato. <p>Pertanto, lo staff medico-riabilitativo, opportunamente formato ed addestrato, potrà da remoto e in tempo reale:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Assistere più pazientemente in contemporanea con una interazione audio-video diretta; - Controllare l’andamento della terapia riabilitativa, attraverso l’analisi dei dati acquisiti presso ciascuna postazione client; - Ottenere indici oggettivi dello stato di recupero motorio e funzionale del paziente.
OBIETTIVI	<p>Il piano d’investimento del presente progetto è volto allo sviluppo di prodotti e processi infotelematici di supporto alla somministrazione delle terapie riabilitative per pazienti MNINM con le quali:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Superare la frammentarietà del percorso prevenzione – diagnosi – terapia – recupero – assistenza; • Ridurre l’onere dei costi sanitari causati dai lunghi tempi necessari per la riabilitazione neurologica; • Evitare la costante saturazione della disponibilità dei posti letto nelle strutture sanitarie specializzate; • Impedire un prolungamento eccessivo del distacco del paziente

	dall'ambiente familiare, da cui spesso deriva un depauperamento del patrimonio cognitivo personale.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	Vedi crono programma (vedi allegato 2)
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	<p>a. Indicatori di struttura:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Costituzione commissione regionale; - Reclutamento personale; - Formazione del personale. <p>b. Indicatori di processo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Organizzazione della rete informatica da e verso le “Postazioni Client (domicilio)” rispetto alle “Postazioni Server (Clinica)”; - Organizzazione della strumentazione per la valutazione-monitoraggio dei pazienti sia in regime di ricovero che una volta riconsegnati al proprio domicilio. <p>c. Indicatori di risultato:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Numero di postazioni installate e testate; - Numero di pazienti coinvolti nel processo teleriabilitativo; - Numero corsi di formazione; - Numero operatori coinvolti nei percorsi formativi; - Riduzione degli operatori/costi atti alla presa in carico ed assistenza riabilitativa domiciliare dei pazienti.
RISULTATI ATTESI	<p>L'adozione di questo innovativo approccio alla riabilitazione di pazienti di pazienti MNINM consentirà di:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Sviluppare protocolli sperimentali innovativi di riabilitazione autogestibili dal paziente sotto assistenza specialistica teleguidata; ● Sviluppare ausili strumentali (seguendo le linee guida delle Assistive Technologies) applicabili al paziente per il monitoraggio dell'attività riabilitativa svolta al domicilio; ● Incrementare la plasticità dei prodotti informatici usati per la tele riabilitazione, per mimare il rapporto con il terapeuta; ● Mantenere inalterata la qualità dell'assistenza, riducendo i costi e aumentando la motivazione del paziente.

PROSPETTO ECONOMICO

DESCRIZIONE	TOTALE IMPEGNO ECONOMICO PRESUMIBILE (IN EURO)
<u>PERSONALE</u>	
Personale	€ 20.000,00
<u>MISSIONI</u>	
Censimento iniziale e sopralluoghi /missioni	0
<u>MATERIALI DI CONSUMO</u>	
Manuali e attrezzature	€ 10.000,00
Eventi e corsi di formazione ed informazione	€ 8.285,00
<u>TOTALE</u>	€ 38.285,00



Direzione Generale per la Salute

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	Regione Molise
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	Decreto del Commissario <i>ad Acta</i> n. del
LINEA PROGETTUALE	La non autosufficienza
TITOLO DEL PROGETTO	Identificazione di marcatori precoci della malattia di Alzheimer per ottimizzare la terapia farmacologica ed il percorso assistenziale
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi
REFERENTE/ENTE ATTUATORE	Regione Molise – Direzione Generale per la Salute

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 80.000,00
--------------------------------	-------------

IL PROGETTO

CONTESTO	<p>In Italia vi sono circa 600.000 pazienti affetti da Demenza di Alzheimer (AD), ed in Molise sono circa 5000 i pazienti che necessitano di cure e di supporto e che purtroppo rappresentano un carico economico ed emotivo molto rilevante per le famiglie colpite. L'identificazione di marcatori delle fasi iniziali della malattia è fondamentale non solo per agire il più precocemente possibile (farmacologicamente) per rallentare la progressione della AD, ma rappresenta una fase essenziale per organizzare una azione coordinata e mirata di counseling con medici, familiari e caregivers, per una preparazione quanto più possibile approfondita al lungo percorso che si prospetta a questi pazienti, ancora in assenza di terapie che arrestino la demenza.</p> <p>Il progetto qui presentato è incentrato sulla applicazione di nuove metodologie di diagnosi precoce della AD, ed è in continuità con un precedente progetto assistenziale finanziato dalla Regione Molise (CUP H11J10000050002) durante il quale abbiamo identificato nuovi marcatori della patologia. Proponiamo in questo progetto di verificare la validità di questi nuovi biomarcatori in pazienti affetti da AD (anche nelle fasi molto precoci) indirizzando i pazienti verso percorsi assistenziali individualizzati e specifici.</p>
DESCRIZIONE	Recentemente abbiamo identificato un nuovo recettore LPPXX coinvolto nella genesi della AD e che modula la produzione di A β in

	<p>vitro. Inoltre abbiamo identificato ed isolato LRPXX nel liquor e nel plasma ottenuto da pazienti produzione di amiloide cerebrale. Abbiamo misurato alti livelli dei recettori LPPXX nel liquor di pazienti AD e abbiamo dati che confermano il ruolo di tali recettori nell'induzione dell'amiloidosi presente nel tessuto cerebrale dei pazienti affetti da demenza. Stiamo valutando la brevettabilità di questo marcatore. Per la prosecuzione degli studi ci avvarremo anche di collaborazioni esterne (Università di Genova e Centro S. Giovanni di Dio, Fatebenefratelli di Brescia) per allargare l'analisi su altri pazienti AD da confrontare con controlli per validare i marcatori identificati. La validazione si baserà sulla messa a punto di test biochimici per la quantificazione del recettore LPPXX nel liquor e nel plasma dei pazienti (mediante tecniche ELISA o elettroforetiche quali SDS-PAGE).</p> <p>I dati quantitativi verranno incrociati con le valutazioni cliniche per la stratificazione dei pazienti positivi in tre sottogruppi (vedi OBIETTIVI) al fine di ottimizzare il percorso assi</p>
OBIETTIVI	<p>1) Validare nuovi biomarcatori di diagnosi precoce di demenza di Alzheimer su campioni di plasma e/o liquor prelevati da pazienti controllo (non dementi), MCI (demenza in fase molto precoce) e AD (affetti da demenza valutabile clinicamente) in collaborazione con l'Università di Genova (Dipartimento di Medicina Interna prof P. Odetti, e con l'IRCCS Fatebenefratelli di Brescia, Prof. G. Binetti.</p> <p>2) Analizzare e stratificare i pazienti positivi AD ed MCI in base ai valori ottenuti biochimicamente e dall'analisi clinica in tre differenti gruppi di intervento:</p> <p>a) pazienti che necessitano di sola terapia farmacologica precoce, b) pazienti che necessitano di terapia farmacologica e di programmi di attività fisica e di riabilitazione, e c) pazienti che necessitano di di terapia farmacologica, di programmi di attività fisica, di riabilitazione e di assistenza anche domiciliare.</p>
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	<p>Obiettivo 1: Validazione dei marcatori precoci. Milestones. mesi 1-3: messa a punto del modello tecnologico (test ELISA o WB) ed inizio della fase di valutazione dei pazienti-. Creazione di anticorpi ad hoc specifici per il prototipo. mesi 3-12: ottenimento dei dati e valutazione dei pazienti in base ai parametri biochimici e clinici mesi 3-6: richiesta brevetti</p> <p>Obiettivo 2: stratificazione dei pazienti e protocolli di assistenza</p> <p>Milestones. mesi 3-12: Con i dati ottenuti al punto 1, si distribuiranno i pazienti in tre gruppi con diverso staging biochimico-clinico e a cui saranno attribuiti differenti profili assistenziali. Si valuterà assieme ai medici di medicina generale ed ai neurologi la congruità del percorso assistenziale individuale. Linee guida di intervento.</p>

PROSPETTO ECONOMICO

DESCRIZIONE	TOTALE IMPEGNO ECONOMICO PRESUMIBILE (IN EURO)
<u>PERSONALE</u>	
Struttura centrale n. componenti	€ 30.000,00
Struttura periferica n. componente	0
<u>MISSIONI</u>	
Missioni	€ 1.000,00
<u>MATERIALI DI CONSUMO</u>	
spese per produzione di anticorpi	€ 6. 000,00
spese per validazione su pazienti ed assistenza	€ 8. 000,00
spese per materiale di consumo di laboratorio	€ 20.000,00
spese per produzione prototipo e brevetti	€ 10.000,00
spese per assistenza pazienti, prelievi, gestione database,	€ 2. 000,00
<u>ALTRO</u>	
Elaborazione del progetto, costi segretariali, organizzativi, gestionali e di promozione della ricerca-intervento presso le scuole	€ 1.000,00
Analisi statistica, elaborazione del report e pubblicazioni scientifiche	€ 1.000,00
Organizzazione dell'evento pubblico per la presentazione dei dati	€ 1.000,00
<u>TOTALE</u>	€ 80.000,00



Direzione Generale per la Salute

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	Regione Molise
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	Decreto del Commissario <i>ad Acta</i> n. del
LINEA PROGETTUALE	La non autosufficienza
TITOLO DEL PROGETTO	Cariotipo molecolare nella diagnosi di autismo, schizofrenia e ritardo mentale e interventi per la diagnosi precoce delle demenze
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi
REFERENTE/ENTE ATTUATORE	Regione Molise – Direzione Generale per la Salute / A.S.Re.M.

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 118.285,00
--------------------------------	--------------

IL PROGETTO

CONTESTO	<p>Le stime più prudentziali dell'incidenza di autismo in Italia calcolano 27,5 casi/10.000. Questo significa che in Molise ci debbano essere almeno 962 casi (confermati non ufficialmente da dati INPS di CB). Oltre la metà di questi pazienti hanno anomalie genetiche rilevabili con cariotipo molecolare (CGH-array) che dovrebbe essere fatto a tutti i pazienti autistici a conferma della diagnosi.</p> <p>La stima è oltremodo riduttiva perchè in USA con le nuove tecnologie genetiche l'incidenza è arrivata a superare 100 casi su 10.000 (dati sulla prevalenza del CDC di 1/54 nei maschi e 1/251 nelle femmine - 1/88 in media).</p> <p>Sottolineo che l'autismo non sembra essere preso in considerazione in nessun capitolo della pianificazione sanitaria della Regione Molise ed è probabilmente incluso in modo generico nel capitolo dell'assistenza psichiatrica ai pazienti con ritardo mentale. Da questi numeri è evidente che proporre un programma di identificazione di questi casi, di definirne la natura genetica e di attivare le conseguenti attività di consulenza genetica per la prevenzione di questi disordini tra i familiari degli affetti possa essere di grande rilevanza per il Molise dove tutta questa attività appare minima o assente, affidata in certi casi a personale non medico in assenza di un genetista clinico</p>
----------	---

	<p>Il ritardo mentale ha una frequenza nella popolazione di circa 2-3% di cui circa 1% riguarda ritardi mediogravi. Pertanto nel solo Molise dovrebbero vivere alcune migliaia di individui con ritardo mentale. Oggi è stato accertato che almeno il 10% dei ritardi medio-gravi è dovuto ad un'anomalia nel numero o nella struttura dei cromosomi. Alcuni casi di ritardo mentale o di autismo sono quindi di origine genetica; tuttavia essi non possono essere diagnosticati dalla classica analisi cromosomica (cariotipo) perché spesso il difetto genetico interessa quantità di DNA che sono al di sotto del potere risolutivo del metodo. Grazie alla tecnologia chiamata microarray, è oggi possibile evidenziare molte condizioni genetiche le quali, se presenti, possono causare ritardi mentali o autismo come ad esempio i riarrangiamenti sub-telomerici che consistono in difetti nella parte terminale dei cromosomi (telomero). Tramite il CGH-array, una sorta di cariotipo molecolare si possono evidenziare numerose anomalie genetiche a livello dei 24 diversi tipi di cromosomi che, nel loro complesso, formano il genoma umano e quindi diagnosticare centinaia di malattie genetiche.</p> <p>Il Mild Cognitive Impairment (MCI) è sostanzialmente definito dalla presenza di un'alterazione lieve delle funzioni cognitive (es. memoria, funzioni esecutive) non associata né a compromissione funzionale né a demenza.</p> <p>Tuttavia dati recenti suggeriscono che i pazienti con MCI hanno un rischio maggiore di sviluppare diverse forme di demenza (Alzheimer, demenza vascolare, demenza fronto-temporale, afasia progressiva primaria, demenza corpi di Lewy ecc.)</p> <p>Dati sperimentali sembrano indicare che le abilità mnestiche necessarie per la conduzione delle attività quotidiane, ed in particolare la memoria prospettica, sono compromesse nei soggetti con MCI e suggeriscono, inoltre, che la componente prospettica della memoria possa essere più vulnerabile della componente retrospettiva della stessa.</p> <p>In quest'ottica, particolare interesse riveste senz'altro la possibilità di esaminare in modo differenziale tali aspetti della memoria prospettica stessa, con il fine di individuare precocemente nei pazienti MCI fattori di rischio e indici predittivi correlati alla probabilità di sviluppare demenze.</p>
DESCRIZIONE	<p>L'ibridazione genomica comparativa su microarray (<i>Array - Comparative Genomic Hybridization</i> o <i>Array-CGH</i>) è una tecnica sviluppata per identificare anomalie cromosomiche di tipo numerico (aneuploidie) a carico dei 22 autosomi (cromosomi dal numero. 1 al. 22) e dei cromosomi sessuali (X e Y), o anche variazioni (Variazioni del numero di copie "CNV") del contenuto di piccole porzioni cromosomiche, come duplicazioni/amplificazioni (presenza di copie in eccesso di segmenti di DNA), o delezioni (perdite di porzioni di genoma). Queste anomalie del DNA possono essere la causa di diverse patologie quali, ad esempio, sindromi malformative, ritardo mentale, tumori, epilessia ed anche autismo.</p> <p>Il principio su cui si basa la tecnica dell'Array CGH è la comparazione quantitativa del DNA in esame o <i>DNA test</i> estratto dalle cellule fetali, in</p>

caso di diagnosi prenatale, o dal prelievo ematico del paziente, in caso di diagnosi post-natale) e del DNA genomico di riferimento proveniente da un soggetto sano (*reference DNA*). Durante il processo analitico questi DNA sono marcati in maniera differenziale con molecole fluorescenti (generalmente si utilizza un fluorocromo rosso il DNA test ed un fluorocromo verde per il *reference DNA*) e, successivamente, vengono mescolati in parti uguali e fatti incubare (Ibridazione) su un microarray, costituito da un supporto di vetro la cui superficie è coperta di frammenti di DNA, noti come sonde o cloni. Ognuno di questi cloni rappresenta una specifica regione del genoma umano, fino a ricomprendere l'intero assetto cromosomico umano. Tanto più è elevato il numero di cloni maggiore è l'efficacia dell'array nell'identificazione delle variazioni del numero di copie. corrispondenti a piccole porzioni di ciascun cromosoma. Il potere risolutivo della piattaforma utilizzata può variare in funzione della densità e della tipologia delle sonde utilizzate; attualmente per scopi diagnostici vengono impiegati array tra 1 Mb e 100 kb. Al termine della suddetta incubazione, sia il DNA in esame che quello di controllo si legheranno ai cloni presenti sull'array. Il risultato sarà l'emissione di due distinti segnali fluorescenti le cui intensità saranno misurate a seguito di lettura degli arrays mediante un apposito strumento (scanner). Sull'immagine ottenuta verrà poi effettuata l'analisi comparativa tra le intensità di fluorescenza emesse dai due DNA e la relativa elaborazione dei dati mediante un apposito software, al fine evidenziare eventuali variazioni del numero di copie del DNA test. In caso di assetto cromosomico normale, il rapporto tra le due emissioni è bilanciato (1:1). Qualora vi siano nel DNA in esame (fetale) delle delezioni (assenza di un cromosoma o parte di esso), il rapporto tra quest'ultimo ed il DNA di controllo sarà di 1:2 (monosomia completa o parziale). Nel caso di duplicazioni (presenza di un cromosoma soprannumerario o parte di esso) il rapporto tra il DNA embrionale e quello di controllo sarà di 2:1 (trisomia completa o parziale).

La citogenetica tradizionale, pur utilissima nell'individuare un gran numero di anomalie cromosomiche, numeriche e strutturali, è necessariamente limitata nelle sue possibilità diagnostiche dal potere di risoluzione del microscopio. Soprattutto nelle malattie genetiche caratterizzate da vari dismorfismi e/o ritardi mentali, l'analisi del cariotipo con tecnica citogenetica tradizionale, a causa del suo basso potere di risoluzione, potrebbe risultare normale malgrado il un fenotipo chiaramente patologico. Con l'impiego della tecnica Array-CGH si è grado di valutare la presenza di eventuali anomalie cromosomiche a livello dell'intero genoma in un unico esperimento, senza sapere in anticipo cosa cercare. Rispetto ad altre metodiche di indagine, come l'esame tradizionale del cariotipo, l'analisi del genoma basata su array ha una risoluzione molto più elevata (100 volte). Ciò consente di evidenziare anomalie del DNA che normalmente non potrebbero essere rilevate, incrementando notevolmente le possibilità di raggiungere una diagnosi certa. Inoltre, l'array-CGH permette di definire esattamente la regione genomica alterata e quindi anche i geni

	<p>in essa contenuti, migliorando la comprensione delle relazioni esistenti tra variazioni del numero di copie e patologia. Questa tecnica viene prevalentemente utilizzata per la diagnosi di fenotipi complessi associati a ritardo mentale di grado variabile. Tuttavia, l'Array-CGH trova impiego anche come tecnica di routine nella diagnosi prenatale, ed è particolarmente indicata per pazienti con feto i cui segni ecografici sono riconducibili ad una patologia cromosomica, il cui cariotipo è però risultato normale. I limiti di tale tecnica in ambito prenatale sono rappresentati dall'impossibilità di identificare riarrangiamenti cromosomici bilanciati e mosaicismi con una linea cellulare scarsamente rappresentata (inferiore al 10%). La tecnologia microarray rappresenta oggi uno strumento fondamentale per il raggiungimento di una corretta diagnosi di laboratorio per diverse malattie genetiche.</p>
OBIETTIVI	<ol style="list-style-type: none"> 1) raccogliere dati clinici e campioni biologici sui pazienti autistici, schizofrenie e con ritardo mentale nella Regione Molise. 2) mettere a punto le metodiche del cariotipo molecolare 3) testare campioni di 50 pazienti autistici, 50 pazienti schizofrenici e 50 pazienti con ritardo mentale non sindromico molisani mediante cariotipo molecolare 4) elaborare da questi campioni l'utilità ed i vantaggi del cariotipo molecolare in uno screening regionale per questi disordini 5) individuare fattori predittivi per il rischio di sviluppo di demenze nei pazienti con MCI. <p>Saranno studiati gruppi pazienti con MCI e gruppi di controllo, di pari età e scolarità, al fine di individuare le componenti della memoria prospettica in cui le prestazioni dei pazienti con MCI sono significativamente inferiori rispetto ai controlli.</p> <p>Il progetto prevede l'estensione dell'attività di raccolta presso i centri UVA della Regione Molise.</p> <p>Per fare ciò sarà propedeutico provvedere ad un adeguato livello di formazione e mantenimento delle competenze degli operatori addetti alla raccolta dei dati.</p>
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	<p>Mese 1 Bando acquisto del lettore di array per CGH Raccolta dei dati clinici di pazienti autistici, schizofrenici e con ritardo mentale molisani</p> <p>Mese 2-6 Messa a punto della procedura del cariotipo molecolare Raccolta materiale biologico e consenso informato dai pazienti e da controlli normali</p> <p>Mese 6-8 Cariotipo molecolare dei pazienti autistici</p> <p>Mese 8-10 Cariotipo molecolare dei pazienti schizofrenici</p>

	<p>Mese 10-12 Cariotipo molecolare dei pazienti con ritardo mentale</p> <p>Mese 6-12 Analisi dei risultati ottenuti sui 3 diversi campioni</p>
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	<p>Struttura</p> <ul style="list-style-type: none"> - Team universitario ed ospedaliero - strutture di ricerca universitarie ed assistenziale ASREM <p>Processo</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reclutamento pazienti autistici, schizofrenici e con ritardo mentale - raccolta del materiale biologico dei pazienti da analizzare - Standardizzazione e messa punto della tecnica array-CGH <p>Risultato</p> <ul style="list-style-type: none"> - Numero di pazienti con anomalie cromosomiche identificato - Accuratezza e precisione della metodica - Possibilità di estensione alla diagnostica prenatale
RISULTATI ATTESI	<p>Dall'analisi di 150 pazienti con autismo, schizofrenia e ritardo mentale non sindromico si può prevedere di identificare almeno 50 pazienti con anomalie cromosomiche riconoscibili solo per array-CGH.</p> <p>La messa a punto della procedura potrebbe aprire le porte ad un suo uso in diagnostica prenatale con una significativa riduzione dei tempi di risposta per esame da 15 giorni a circa 3 ed i benefici conseguenti.</p>

PROSPETTO ECONOMICO

DESCRIZIONE	TOTALE IMPEGNO ECONOMICO PRESUMIBILE (IN EURO)
<u>PERSONALE</u>	
Struttura centrale n. componenti contratto per biologo/biotecnologi dedicato alla procedura	€. 40.000,00
Struttura periferica n. componente	
<u>MISSIONI</u>	
Missioni	0
<u>MATERIALI DI CONSUMO</u>	
Reagenti per 200 cariotipi molecolari	€. 20.000,00
Manuali e attrezzature	€. 10.000,00
<u>ALTRO</u>	
Elaborazione del progetto, costi segretariali, organizzativi, gestionali e di promozione della ricerca-intervento presso le scuole	
Analisi statistica, elaborazione del report e pubblicazioni scientifiche	
Organizzazione dell'evento pubblico per la presentazione dei dati	
Lettore ed ibridizzatore di microarray	€. 40.000,00
Formazione	€. 8.285,00
<u>TOTALE</u>	€. 118.285,00



Direzione Generale per la Salute

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	Regione Molise
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	Decreto del Commissario <i>ad Acta</i> n. del
LINEA PROGETTUALE	La non autosufficienza
TITOLO DEL PROGETTO	Realizzazione di una rete integrata dei Centri UVA e creazione della Clinica della Memoria
DURATA DEL PROGETTO	24 mesi
REFERENTE/ENTE ATTUATORE	Regione Molise – Direzione Generale per la Salute / A.S.Re.M.

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 118.285,00
--------------------------------	--------------

IL PROGETTO

CONTESTO	<p>La Regione Molise intende iniziare un percorso di aiuto alla persona e alla famiglia del paziente affetto da demenza. Le demenze costituiscono un insieme di patologie che devono essere affrontate con un approccio globale alla cura delle persone colpite e con una forte progettualità riguardo alla presa in carico dei pazienti e delle persone che li accudiscono.</p> <p>Evidenze internazionali mostrano come l'intervento sulla rete dei servizi sia efficace ed efficiente nel modificare la storia naturale delle demenze.</p>
DESCRIZIONE	<p>In quest'ottica in primo luogo si intende ristrutturare le Unità di Valutazione Alzheimer (UVA) integrandole tra di loro con un unico software gestionale e rinominandole come Unità di Valutazione delle Demenze, uscendo dall'ottica alzheimeriana-centrica e valutando le demenze in un'ottica più ampia associando alle forme degenerative quelle vascolari e post-ictali.</p> <p>Nella fattispecie si centralizza la progettualità su interventi multidisciplinari, partendo da un'analisi delle modalità operative delle strutture e delle figure professionali coinvolte, puntando a evidenziare i rispettivi aspetti clinici e punti in comune e a verificare l'appropriatezza degli interventi.</p>
OBIETTIVI	<p>L'invecchiamento della popolazione è accompagnato da un mutamento epidemiologico che porta verso l'aumento della prevalenza di malattie croniche e i sistemi sanitari devono essere orientati diversamente per</p>

	<p>potersi occupare del crescente numero di persone con disabilità.</p> <p>Obiettivi qualitativi del progetto sono</p> <ul style="list-style-type: none"> • configurare sul territorio strutture in rete • disporre di dati regionali • disporre di protocolli per la differenziazione delle varie tipologie di demenza, • maggiore disponibilità al counselling alle famiglie del paziente. <p>Obiettivi quantitativi del progetto sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • collegare in rete le tre UVA della regione Molise • attivare un unico Osservatorio sulle Demenze • predisporre due protocolli e relativi percorsi diagnostici terapeutici per le tre principali demenze (Alzheimer, Vascolare e post-ictale) • attivare uno specifico staff in ogni UVA per il counselling alle famiglie dei pazienti. 																				
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	24 mesi (vedi crono programma)																				
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	<table border="1"> <thead> <tr> <th>indicatore</th> <th>Stato attuale</th> <th>Primo anno</th> <th>Secondo anno</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Numero di UVA in rete</td> <td>0</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Osservatorio sulle Demenze, attivazione e operatività</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Protocolli condivisi operativi e percorsi diagnostico-terapeutici</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Staff dedicato al counselling</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>	indicatore	Stato attuale	Primo anno	Secondo anno	Numero di UVA in rete	0	2	3	Osservatorio sulle Demenze, attivazione e operatività	0	1	1	Protocolli condivisi operativi e percorsi diagnostico-terapeutici	0	1	3	Staff dedicato al counselling	0	1	3
indicatore	Stato attuale	Primo anno	Secondo anno																		
Numero di UVA in rete	0	2	3																		
Osservatorio sulle Demenze, attivazione e operatività	0	1	1																		
Protocolli condivisi operativi e percorsi diagnostico-terapeutici	0	1	3																		
Staff dedicato al counselling	0	1	3																		
RISULTATI ATTESI																					

PROSPETTO ECONOMICO

DESCRIZIONE	TOTALE IMPEGNO ECONOMICO PRESUMIBILE (IN EURO)
<u>PERSONALE</u>	
Struttura coordinamento	€.15.000,00
Personale a contratto e dipendente	€. 65.000,00
<u>MISSIONI</u>	
Missioni	
<u>MATERIALI DI CONSUMO</u>	
Materiale	€. 10.000,00
<u>ALTRO</u>	
Formazione, seminari e materiale divulgativo	€. 28.285,00
<u>TOTALE</u>	€. 118.285,00



Direzione Generale per la Salute

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	Regione Molise
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	Decreto del Commissario <i>ad Acta</i> n. del
LINEA PROGETTUALE	Le Cure palliative e la terapia del dolore
TITOLO DEL PROGETTO	Rete del dolore e cure palliative: liberi dal dolore
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi
REFERENTE/ENTE ATTUATORE	Regione Molise – Direzione Generale per la Salute / A.S.Re.M.

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 321.426,00
--------------------------------	--------------

IL PROGETTO

CONTESTO	<p>Il contesto di riferimento della Regione Molise L'ASREM, coincidente con il territorio della Regione Molise, ha una popolazione (ISTAT 1 gennaio 2005) di 321.697 abitanti, pari allo 0,6 per cento della popolazione italiana, suddivisa per l'assistenza sanitaria in 4 Zone e 13 Distretti Sanitari, per complessivi 136 comuni.</p> <p>L'attività di ricovero in Molise è erogata da strutture pubbliche e private accreditate che operano in una rete diffusa di ospedali, e precisamente sei presidi ospedalieri pubblici tre cliniche private un I.R.C.S. e il centro di "Alta specializzazione della Università Cattolica del Sacro Cuore" per un totale (al 31/12/06) di 1883 posti letto anagrafici, di cui 12 posti letto tecnici, desumibili dai modelli HSP 12 e HSP13, pari al 5,85 per mille abitanti, di cui 4.96 per acuti 0.89 per riabilitazione e lungo degenza.</p>
DESCRIZIONE	<p>Nella definizione di un progetto della rete del dolore e delle cure palliative per la Regione Molise in ottemperanza alla legge 38/2010, vanno considerate alcune peculiarità dello scenario della Regione, in particolare:</p> <ul style="list-style-type: none"> - le caratteristiche geografiche del territorio composto in prevalenza da zone montuose; - l'esistenza di molteplici Centri, già operativi e specializzati per l'erogazione di prestazioni specialistiche - le dimensioni del sistema sanitario, che consigliano e consentono

una stretta integrazione fra tutte le componenti: dai Centri, ai Medici sul Territorio, fino agli stessi pazienti, loro familiari e caregivers, sia dal punto di vista organizzativo che sotto il profilo tecnologico.

Il modello più adeguato per rispecchiare questa realtà e per capitalizzare sul patrimonio professionale, logistico ed organizzativo già esistente è quello di una “federazione” di poli (hub), ognuno dei quali specializzato alla gestione di specifiche patologie ed alla erogazione di specifiche prestazioni.

Una “Cabina di Regia” costituisce un “Hub virtuale di coordinamento”, responsabile di coordinare le attività della rete, analizzandone il comportamento sia attraverso dati di dettaglio che indicatori riassuntivi e delineando periodicamente obiettivi e linee evolutive.

Questo modello organizzativo è efficientemente supportato **dall'infrastruttura informatica che si è andata delineando negli ultimi anni integrata già presente nella Regione:** una banca dati conforme allo standard internazionale ISO 12967, per la registrazione integrata dei dati anagrafici, clinici ed organizzativi dei pazienti, in modo da supportare sia i processi organizzativi all'interno dei centri che la continuità del percorso assistenziale sul territorio. In aggiunta, il sistema informatico, nel suo complesso, risulta essere allineato con i dettami e le indicazioni rilasciate dal DIT e dagli altri organi operativi a supporto tecnico di quelli amministrativi.

Su questa base dati già operano –via web- le procedure per la gestione dei pazienti e dei ricoveri. Nell'ambito del progetto saranno aggiunte le procedure specifiche per il supporto alla cura del dolore e le cure palliative con l'obiettivo di **seguire il percorso del paziente e facilitarne la continuità su territorio, attraverso i diversi episodi di assistenza ambulatoriale, residenziale (ricovero ed hospice) e domiciliare, supportando la collaborazione fra operatori sanitari scientifici, professionali, nonché la famiglia, le associazioni ed i caregivers.**

Queste procedure saranno accessibili via web, così come prescritto in ambito nazionale, -da stazioni fisse e da dispositivi mobili (es. tablet)- e saranno integrate con l'infrastruttura e la banca dati già esistente in modo da consentire:

- a) l'alimentazione di un unico patrimonio informativo integrato su tutti i dati dei pazienti, accessibile durante tutti gli episodi assistenziali
- b) la riduzione dei costi di impianto e di gestione

Le principali funzionalità di tali estensioni sono finalizzate alla collaborazione di equipe multidisciplinari sul territorio (cfr. doc 152/CSR del 25.7.2012), e possono nei seguenti punti:

- ✓ Gestione dell'intero percorso assistenziale dalla presa in carico,

	<p>al <i>counselling</i>, al <i>setting</i> di cura, ai trasferimenti e alla dimissione.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Assistenza medica e infermieristica del paziente nella struttura sanitaria ed a domicilio, con programmazione delle varie attività ✓ Gestione una cartella clinica informatizzata comprensiva di schede specifiche per la rilevazione e la terapia del dolore. ✓ Gestione dei risultati, referti, documenti clinici, con possibilità di de materializzazione con firma digitale, secondo le normative ✓ Condivisione di informazioni, comunicazioni e –ove necessario- “alert” fra centri, medici del territorio, care-givers e familiari. <p>Includendo strumenti specificatamente concepiti per la gestione del caso-paziente in cura palliativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Gestione della Presa in carico e della Lista d’Attesa Unica ✓ Supporto organizzativo e gestione documentale del Colloquio di <i>Counselling</i>. ✓ Schede specifiche e altamente personalizzate per la gestione medica e infermieristica, del follow-up e dell’anamnesi specialistica, con rilevazione dei segni e sintomi in linea con il DM del 6 giugno 2012. ✓ Supporti ausiliari specifici per la rilevazione degli indicatori di prognosi e del <i>performance status</i> del paziente. ✓ Supporto ai bisogni spirituali, socio-assistenziali e psicologici del paziente, specifici per la continuità terapeutica post-dimissione (rete familiare, contesti relazionali). <p>Oltre al supporto organizzativo e sanitario alla gestione del paziente, il sistema</p> <ol style="list-style-type: none"> a) fornirà un supporto formativo ed informativo agli utilizzatori, sia in termini di strutture sanitarie che di pazienti stessi, familiari e care-givers, b) manterrà aggiornate nella banca dati regionale le caratteristiche sanitarie, logistiche ed organizzative dei centri operanti sul territorio, in modo da poter fornire –insieme agli altri indicatori- anche informazioni di supporto per i processi decisionali e di programmazione. <p>Nell’ambito della realizzazione del progetto, oltre i mezzi già in possesso della ASReM, si valuterà la possibilità di utilizzare i mezzi delle strutture accreditate al fine di rendere il progetto quanto più possibile aderente a quanto richiesto in ambito centrale ed, eventualmente introdurre ulteriori indicatori ad integrazione di quelli già in grado di fornire la ASReM stessa mediante le proprie strutture.</p>
OBIETTIVI	<p>Obiettivo generale del progetto è <u>seguire il percorso del paziente e facilitarne la continuità su territorio, attraverso i diversi episodi di assistenza ambulatoriale, residenziale (ricovero ed hospice) e domiciliare, supportando la collaborazione fra operatori sanitari</u> <input type="checkbox"/> <u>scientifici</u><input type="checkbox"/> <u>ssionali, nonché la famiglia, le associazioni ed i care-givers.</u></p>

	<p>Nell'ambito di questo obiettivo generale si possono individuare i seguenti sotto-obiettivi principali</p> <p>e) censimento iniziale delle strutture operanti sul territorio con descrizione delle loro caratteristiche logistiche, organizzative e sanitarie secondo una struttura standard di parametri ed indicatori</p> <p>b) registrazione dei dati del censimento nella banca dati integrata regionale e continua manutenzione di tali informazioni per via informatica per disporre sempre di una “mappa aggiornata”</p> <p>c) formazione ed informazione (continua) a operatori sanitari, caregivers a e pazienti, mediante la diffusione di contenuti anche multimediali via web</p> <p>d) impianto di un sistema informativo territoriale, nativamente integrato con la struttura attuale della Regione, accessibile via web in grado di (cfr doc 152/CSR del 25.7.2012)</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>seguire con continuità il percorso del paziente sia a livello ambulatoriale che domiciliare che di ricovero</u> - facilitare la collaborazione e la sinergia dei vari attori nell'assistenza al paziente e la programmazione delle attività nei vari centri - facilitare il supporto ai bisogni del paziente ed alle attività specifiche di cure palliative ed assistenza al dolore dal punto di vista clinico-infermieristico ed organizzativo <p>e) monitoraggio continuo dei bisogni e delle attività mediante indicatori ed analisi basate sul patrimonio informativo integrato.</p>
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	<p>Mesi 1-2</p> <p>Censimento delle strutture attuali sotto il profilo logistico, organizzativo e sanitario, mediante incontri diretti con i referenti Impianto di base del sistema informatico, integrato con l'infrastruttura esistente, comprensivo del portale informativo Definizione, nell'ambito della rete, dei percorsi di presa in carico e di assistenza</p> <p>Mesi 1- 4</p> <p>Definizione di un primo set di contenuti informativi e scientifici e registrazione nel portale Convegno formativo / informativo</p> <p>Mesi 3-4</p> <p>Configurazione del sistema informatico per il supporto assistenziale a livello ambulatoriale e di residenziale (degenza, hospice) Formazione degli utenti alle suddette attività ed avvio dell'utilizzo</p>

	<p>Mese 5 in poi Utilizzo del sistema e raccolta requisiti di ottimizzazione dall'uso quotidiano</p> <p>Mese 6 Prime elaborazioni di analisi e monitoraggio dei bisogni e delle attività, anche mediante il calcolo di un primo set di indicatori</p> <p>Mese 6-7 Avvio delle procedure per l'assistenza domiciliare, formazione e supporto Convegno formativo/informativo di verifica sull'evoluzione dell'iniziativa</p> <p>Mese 8-11 Aggiornamento, estensione dei contenuti formativi/informativi Sviluppo di evoluzioni e raffinamenti nel sistema informatico</p> <p>Mese 12 Seconda elaborazione degli indicatori e delle analisi Convegno conclusivo Programmazione dell'evoluzione</p> <p>Ogni mese Riunione della Cabina Di Regia per verificare l'andamento dell'iniziativa e definire eventuali azioni correttive Aggiornamento, sulla base delle risultanze, dei percorsi di presa in carico e di assistenza</p>
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	<p>Si sottolinea come la rete informatica si appoggi sulla banca dati regionale nella quale, mediante le necessarie integrazione dei diversi sistemi informatici, stanno gradualmente confluendo i dati clinici, organizzativi ed assistenziali del territorio. Questo renderà possibile analisi basate anche sulla correlazione di dati raccolti in altri episodi assistenziali, non strettamente legati alla terapia del dolore.</p> <p>In generale, gli indicatori elaborati dal sistema saranno conformi con quanto previsto dalla Conferenza Stato Regioni nel documento 152/CSR del 25 Luglio 2012 e dal Ministero della Salute nel documento "Indicatori SIAD: Sistema di Assistenza Domiciliare" del 21 Giugno 2012</p> <p>Nello specifico, gli indicatori previsti nel sistema sono raggruppabili in:</p> <p><u>Indicatori Di Struttura</u> che mettono a disposizione dati relativi alla copertura bisogni potenziali del territorio e all'adeguatezza della struttura, fra cui</p> <ul style="list-style-type: none"> - caratteristiche logistiche ed organizzative delle strutture territoriali - popolazione assistita, ripartita per caratteristiche demografiche, geografiche e patologia - analisi delle patologie concomitanti

	<ul style="list-style-type: none"> - distribuzione degli assistiti nei team, secondo i diversi profili professionali - continuità/fruibilità delle cure, come analisi dei tempi di attesa fra i vari momenti (richieste, presa in carico, accessi, etc.) - durata dell'assistenza usufruita, sia a livello di centro che a livello domiciliare - tassi standardizzati di pazienti presi in carico, per età, zona geografica, periodi, etc. <p><u>Indicatori di processo</u> relativi ai dati sull'appropriatezza del percorso sanitario;</p> <ul style="list-style-type: none"> - numero di prese in carico, ripartito anche per coefficiente di intensità assistenziale (CIA) dato il Numero dei Giorni di Cura (GdC) ed il Numero dei Giorni di Effettiva Assistenza (GEA) - numero di accessi, per Coefficiente di Intensità Assistenziale e per tipologia di operatore - riunioni di equipe e di simultaneous care, anche per via telematica - analisi delle tipologie di terapia praticata ai pazienti in funzione delle patologie e di altri parametri <p><u>Indicatori di risultato (esito)</u> relativi ai dati che quantificano l'efficacia e la qualità delle cure;</p> <ul style="list-style-type: none"> - numero di decessi avvenuti durante le diverse tipologie di assistenza (domiciliare, residenziale, ..) - numero di assistiti terminali oncologici sul totale degli assistiti terminali
RISULTATI ATTESI	<p>Sistema informatico per il supporto clinico ed assistenziale integrato sul territorio, fruibile via web in tutta la regione, anche in mobilità su tablet,</p> <p>Portale informativo dedicato sia a medici che a pazienti, familiari e caregivers</p> <p>Programma di formazione e contenuti in terapia del dolore, erogato sia tramite web che mediante due incontri</p> <p>Puntuale definizione di percorsi di presa in carico e di assistenza per i malati sul territorio della regione</p> <p>Campagna informativa sui diritti del cittadino e sulla modalità assistenziale</p>

PROSPETTO ECONOMICO

DESCRIZIONE	TOTALE IMPEGNO ECONOMICO PRESUMIBILE (IN EURO)
<u>PERSONALE</u>	
Comitato scientific di coordinamento*	€. 25.000,00
Personale medico	€. 30.000,00
<u>MISSIONI</u>	
Censimento iniziale e sopralluoghi /missioni	€. 10.000,00
<u>MATERIALI DI CONSUMO</u>	
Manuali e fotocopiatura dei questionari	€. 5.000,00
<u>ALTRO</u>	
Potenziamento infrastruttura HW centrale e periferico	€. 40.000,00
Estensione licenze software già in uso	€. 20.000,00
Licenze per sistema base territoriale (2000 x 50 utenti contemporanei)	€. 70.000,00
Realizzazione di un Portale Informativo e di materiale informativo	€. 30.000,00
Personalizzazioni ed estensioni sw esistente	€. 30.000,00
Eventi e corsi di formazione ed informazione	€. 45.000,00
Gestione Progetto	€. 16.426,00
<u>TOTALE</u>	€. 321.426,00



Direzione Generale per la Salute

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	Regione Molise
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	Decreto del Commissario <i>ad Acta</i> n. del
LINEA PROGETTUALE	Le Cure palliative e la terapia del dolore
TITOLO DEL PROGETTO	La terapia radio-metabolica nella terapia del dolore
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi
REFERENTE/ENTE ATTUATORE	Regione Molise – Direzione Generale per la Salute/ A.S.Re.M.

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 270.000,00
--------------------------------	--------------

IL PROGETTO

CONTESTO	Con la presente proposta, lo scrivente desidera dare continuità al progetto in attuazione riguardante la terapia del dolore in pazienti con metastasi ossee, in quanto si rileva un aumento continuo del numero di casi in cui pazienti con patologia oncologica metastatica manifestano un alto grado di resistenza alle terapie convenzionali basate su analgesici oppioidi.
DESCRIZIONE	<p>Da una breve disamina dei dati messi a disposizione, si evince che <u>l'uso di questa metodica è senza dubbio economicamente fattibile.</u></p> <p>Vi è rinnovato interesse per una metodica alternativa alla radioterapia convenzionale, che consente di colpire in maniera diretta le cellule neoplastiche concentrando l'effetto radiante sul tessuto da distruggere, con minimo danno tissutale nelle aree adiacenti. Trascurato per un certo periodo, questo approccio non solo è oggi tornato in auge, ma negli ultimi anni sono state messe a punto tecniche innovative, e la Società Europea di Medicina Nucleare (EANM) ha pubblicato delle linee guida per la pianificazione e la conduzione della maggior parte di questi trattamenti. La terapia con radionuclidi ha un'efficacia ben documentata ed è impiegata in Europa in maniera crescente, anche come trattamento di prima linea: le sue prospettive d'impiego sono eccellenti ed è destinata a rivoluzionare l'approccio terapeutico di alcune malattie comuni. Diverse variabili influiscono sull'<i>uptake</i> dei radiofarmaci nel tessuto malato, tra le quali la pressione interstiziale e la perfusione sanguigna. La radiazione cumulativa assorbita in prossimità del tessuto</p>

sottoposto a trattamento è funzione sia della quantità di radio-farmaco assorbito a livello cellulare sia della successiva ritenzione in quel determinato sito. L'emivita fisica non deve essere eccessivamente breve, pena un'insufficiente irradiazione del tessuto patologico, né eccessivamente lunga, onde evitare di esporre per un tempo eccessivo il tessuto sano. Nessun radio-farmaco è selettivo in maniera assoluta, e pertanto è indispensabile effettuare valutazioni di radio-tossicità. I radionuclidi possono essere classificati in cinque gruppi in base al *range* della radiazione principale emessa: alfa, beta con *range* medio inferiore a 200 micron, beta con *range* medio superiore a 200 micron, beta con un *range* medio superiore a 1 millimetro e radionuclidi che decadono per meccanismi chiamati cattura elettronica e/o conversione interna. La dimensione della massa tumorale, la potenziale disomogeneità dell'*uptake* di radio-farmaci, la disponibilità e i costi sono tutti fattori che influiscono sulla scelta di un radionuclide.

Palliazione di malattia ossea metastatica

Il dolore associato alle metastasi ossee è un problema clinico che concorre allo stato di malattia, riducendo la qualità della vita e comportando depressione, ansia e timore di perdita dell'indipendenza. La sintomatologia è aggravata da deficit neurologici, fratture patologiche, immobilità e complicanze da ipercalcemia. Per il controllo dei sintomi, oltre alla radioterapia a fascio esterno e all'analgesia, può essere incluso nel piano di terapia l'impiego di bifosfonati radioattivi osteotropici. Vi sono attualmente dati convincenti a sostegno dell'efficacia e di un buon rapporto costo-efficacia di questi preparati ai fini palliativi. Praticamente qualsiasi tumore può metastatizzare nell'osso, con una sintomatologia significativa in oltre il 50% delle neoplasie più comuni.

Le proprietà osteotrope dello Stronzio (Sr) furono per la prima volta descritte da Stöltzner nel 1874, e l'isotopo Sr-89, descritto nel 1937, fu per la prima volta impiegato ai fini clinici già nel 1941, ma solo negli anni Ottanta il suo potenziale terapeutico fu compreso appieno. Lo Sr-89 beta-emittente, il P-32, il Samario-153-etilendiamintetrametilen-fosfato e il Renio-186-idrossietilidene sono ammessi per l'impiego clinico in numerose sistemi sanitari. Si può affermare che oggi è opportuno che gli specialisti in medicina nucleare vengano coinvolti nelle cure a lungo termine dei pazienti e collaborino con i team specialistici multidisciplinari, e che ciò avvenga in maniera tempestiva, per ottimizzare i risultati.

Nella Tabella 1 sono elencate le indicazioni alla terapia radio-farmacologica nei pazienti con metastasi ossee sintomatiche e nella Tabella 2 le controindicazioni.

Tabella 1

Principali indicazioni alla terapia con radionuclidi in pazienti con metastasi ossee (McEwan AJ, 1996)

- **Malattia ossea metastatica**
- **Scintigrafia ossea positiva, indipendentemente dai dati radiografici**
- **Dolore osseo**
- **Dolore osseo ricorrente in sede di pregressa irradiazione esterna**
- **Dolore in più di una sede che richiede analgesia**
- **Dolore osseo che richiede radioterapia nelle sede maggiormente dolente**

	<ul style="list-style-type: none"> • Radioterapia su una singola sede con anomalie multiple alla scintigrafia in assenza di dolore al di fuori del campo di irradiazione <p style="text-align: center;">Tabella 2</p> <p style="text-align: center;">Controindicazioni alla terapia radiofarmacologica in pazienti oncologici con metastasi ossee (McEwan AJ, 1996)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conta piastrinica < 100,000 (controindicazione relativa) • Conta piastrinica < 60,000 (controindicazione assoluta) • Conta leucocitaria < 2.5 x 10⁶/L • Rapido abbassamento dei valori dell'emocromo • Segni di coagulopatia intravasale disseminata • Imminente compressione midollare (trattare i sintomi acuti e riconsiderare) • Previsione di sopravvivenza < 2 mesi • Precedente chemioterapia mielosoppressiva • Estesa metastatizzazione ai tessuti molli <p>La distribuzione di questi radiocomposti è predetta dalla scintigrafia ossea con Tc-99-metilen-difosfonato (altro radio-farmaco dotato di tropismo osseo), eseguita di routine nei dipartimenti di medicina nucleare.</p> <p>Tecniche di irradiazione esterna hanno il vantaggio di una palliazione più rapida, ma gli agenti a sorgente non sigillata offrono un effetto terapeutico più intenso e prolungato, oltre alla possibilità di trattare più sedi di metastasi contemporaneamente. L'evoluzione più recente è l'impiego del Radio-223, che appare promettente, essendosi dimostrato, in uno studio multicentrico su pazienti con carcinoma prostatico, efficace almeno quanto i radionuclidi di impiego corrente, con una tossicità notevolmente inferiore. Rispetto agli isotopi beta-emittenti, gli alfa-emittenti producono radiazioni ad elevato trasferimento lineare di energia con un potenziamento dell'effetto antitumorale, grazie alla capacità di intensa ionizzazione locale, con relativo risparmio del midollo osseo per via del ridotto <i>range</i> di emissione.</p>
OBIETTIVI	<p>Gli obiettivi di base restano gli stessi del progetto originale, fermo restando che con la presente richiesta di rinnovo si desidera rendere il servizio ancor più efficiente e qualitativamente superiore.</p> <p>Si desidera sottolineare la necessità di migliorare il monitoraggio dell'effetto collaterale radio-tossico derivato dalla somministrazione dei radio-nuclidi per terapia mediante l'acquisizione di un tomografo SPECT, il cui impiego sarebbe destinato anche a tale compito, con l'obiettivo di contrarre ed ottimizzare i tempi di trattamento. Il beneficio derivato è quello di poter estendere ad un maggior numero di pazienti bisognosi della palliazione del dolore mediante Samario, ma anche per lo studio radio-recettoriale nei tumori neuro-endocrini ben differenziati e nella IART.</p> <p>Indispensabile per garantire la continuità di questo progetto è l'impiego di un dirigente medico di I livello per l'intera durata della sua proroga.</p>

TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	12 mesi
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	Indicazioni alla terapia con radionuclidi in pazienti con metastasi ossee. Controindicazioni alla terapia radiofarmacologica in pazienti oncologici con metastasi ossee.
RISULTATI ATTESI	<ul style="list-style-type: none"> - Miglioramento delle condizioni dei pazienti che fanno uso della terapia del dolore; - Riduzione significativa della spesa sanitaria per la cura dei pazienti che fanno uso della terapia del dolore; - Ottimizzazione dei tempi di attesa e miglioramento generale della qualità del servizio offerto.

PROSPETTO ECONOMICO

DESCRIZIONE	TOTALE IMPEGNO ECONOMICO PRESUMIBILE (IN EURO)
<u>PERSONALE</u>	
Personale	€. 20.000,00
Coordinamento	€. 5.000,00
<u>MISSIONI</u>	
	0
<u>MATERIALI DI CONSUMO</u>	
Tomografo SPECT	€. 245.000,00
<u>ALTRO</u>	
<u>TOTALE</u>	
	€. 270.000,00



Direzione Generale per la Salute

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	Regione Molise
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	Decreto del Commissario <i>ad Acta</i> n. del
LINEA PROGETTUALE	Interventi per le biobanche di materiale umano"
TITOLO DEL PROGETTO	Biobanca di cellule fetali staminali e sangue cordonale
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi
REFERENTE/ENTE ATTUATORE	Regione Molise

ASPETTI FINANZIARI

	€ 88.714,00

IL PROGETTO

CONTESTO	<p>Il trapianto di cellule staminali emopoietiche (CSE) prelevate dal midollo osseo o dal sangue venoso periferico, rappresenta una procedura terapeutica largamente impiegata nel trattamento di numerose patologie. La difficoltà a reperire per alcuni pazienti un donatore compatibile o la necessità di un intervento terapeutico rapido, ha spinto a ricercare delle fonti alternative di CSE rispetto al midollo. L'identificazione di CSE nel sangue cordonale e la possibilità di effettuare trapianti con queste cellule ha indotto la costituzione di vere e proprie "banche", dove vengono conservate le unità di sangue cordonale raccolte. In Italia sono attive 19 banche di sangue cordonale distribuite su tutto il territorio nazionale. La Regione Molise –Direzione Generale per la Salute, e l'Università Cattolica del Sacro Cuore-Policlinico Gemelli, hanno siglato, nel Giugno 2011, una convenzione che impegna i punti nascita presso i Presidi Ospedalieri di Campobasso, Isernia e Termoli alla raccolta di sangue cordonale attraverso un'attività di sensibilizzazione delle coppie in attesa di un figlio alla donazione allogenica per fini solidaristici.</p> <p>Le Unità raccolte nella Regione Molise (* al 30/09/2012) sono i seguenti :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="2">Unità raccolte</th> <th colspan="2">Unità bancate</th> </tr> <tr> <th>2011</th> <th>2012*</th> <th>2011</th> <th>2012*</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Campobasso</td> <td>66</td> <td>64</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Termoli</td> <td>22</td> <td>146</td> <td>3</td> <td>13</td> </tr> <tr> <td></td> <td>88</td> <td>210</td> <td>5</td> <td>18</td> </tr> </tbody> </table> <p>L'arruolamento, il follow-up, la raccolta, lo stoccaggio e il trasporto delle unità SCO cui provvedono i centri nascita seguono rigorosi protocolli scientifici e sono attivi da ottobre 2011.</p>		Unità raccolte		Unità bancate		2011	2012*	2011	2012*	Campobasso	66	64	2	5	Termoli	22	146	3	13		88	210	5	18
	Unità raccolte		Unità bancate																						
	2011	2012*	2011	2012*																					
Campobasso	66	64	2	5																					
Termoli	22	146	3	13																					
	88	210	5	18																					

	<p>È presente un sistema coordinato per il trasporto delle unità raccolte, atto a garantire la conservazione delle proprietà biologiche delle unità trasportate e la massima efficienza delle trasferimento delle stesse presso La “ Banca del Cordone Ombelicale – Cord Blood Bank UNICATT Roma .</p> <p>La rete di donazione e banking italiana, che vede coinvolti le banche, i trapiantologi e le autorità competenti (regioni, CNS e CNT), si distingue per l'applicazione rigorosa dei requisiti di qualità e sicurezza, introdotti dalle normative italiane ed europee e per lo sviluppo di una rete di collaborazione nazionale ed internazionale che ha come principale obiettivo la garanzia di un elevato grado di qualità e sicurezza delle unità cordonali destinate al trapianto.</p>
DESCRIZIONE	<p>Biobanca di sangue cordonale nella regione</p> <p>L'obiettivo strategico del progetto è incrementare il numero delle unità bancate effettivamente disponibili all'uso trapiantologico per il fabbisogno nazionale ed internazionale garantendo i livelli di qualità e sicurezza previsti dalle disposizioni normative nazionali e comunitarie vigenti e dagli standard internazionalmente accettati. Il progetto prevede di migliorare e incrementare la raccolta di sangue cordonale nei punti nascita presso i Presidi Ospedalieri di Campobasso, Isernia e Termoli attraverso un'attività di sensibilizzazione delle coppie in attesa di un figlio alla donazione allogenica per fini solidaristici. Il progetto consiste nel recupero di cellule fetali utilizzate per la diagnosi prenatale che allo stato attuale vengono eliminate a conclusione del processo diagnostico.</p> <p>Biobanca di cellule fetali staminali dalle amniocentesi effettuate in Molise</p> <p>Per le procedure diagnostiche necessarie all'analisi citogenetica del cariotipo fetale è necessario allestire colture cellulari dalle cellule fetali presenti nel liquido amniotico prelevato. Dopo la crescita in un terreno di coltura sintetico privo di siero, gli amniociti sono arrestati in metafase ed utilizzati per l'analisi cromosomica. La quota di cellule eccedenti le necessità diagnostiche sono allo stato attuale eliminate.</p> <p>Noi proponiamo di creare una biobanca in cui depositare queste cellule sia da feti normali che da quelli con aneuploidie cromosomiche e di conservare queste cellule con agenti criopreservanti in opportuni contenitori con azoto liquido. In queste condizioni a temperature di -180°C le cellule fetali possono essere conservate all'infinito.</p> <p>Le cellule di feti normali così conservate possono essere utilizzate per duplici scopi: 1) studiarne il potenziale staminale; 2) verificarne il potenziale in medicina rigenerativa e terapia cellulare. Da più parti è stato riportato che nelle colture di amniociti si possono con facilità ritrovare cellule staminali capaci di differenziarsi in più tessuti. Su questo assunto dato ormai per dimostrato molti gruppi hanno provato ad utilizzare queste cellule in medicina rigenerativa per ricostruire cartilagine, osso e persino neuroni, potenzialmente utili in terapia cellulare. Non è necessario sottolineare che qualora dovesse dimostrarsi pratico un uso di queste cellule per qualsiasi approccio rigenerativo, sarebbe di grandissimo vantaggio per gli individui nati dopo un'amniocentesi disporre di questa risorsa creata prima della loro nascita nel laboratorio di diagnosi prenatale.</p> <p>Anche le cellule fetali con alterazioni cromosomiche possono essere una formidabile risorsa per studiare a livello cellulare i difetti molecolari che causano gravi aneuploidie e molto spesso portano a ritardo mentale. Disporre di questo materiale è oggi di grande importanza e molte istituzioni (Telethon, Corriel, ATCC etc.) finanziano biobanche in cui sono conservate cellule di pazienti con le più svariate malattie</p>

	genetiche.	
OBIETTIVI	<p>Generali</p> <ul style="list-style-type: none"> -Miglioramento dell'attività di raccolta presso i punti nascita del Molise in base alla programmazione regionale, nonché alla garanzia di un adeguato livello di formazione e mantenimento delle competenze degli operatori addetti alla raccolta nei punti nascita; -sistematica applicazione dei requisiti di qualità e sicurezza previsti dalle disposizioni normative vigenti e degli standard tecnici ed operativi condivisi all'interno della rete delle banche; -realizzazione di campagne di informazione, comunicazione e sensibilizzazione sul territorio con l'obiettivo di informare e rendere consapevoli i cittadini del valore della donazione solidaristica del sangue cordonale e sull'utilizzo appropriato del sangue cordonale. -recupero delle cellule fetali da liquido amniotico e congelamento in azoto liquido; - verifica efficacia del differenziamento di staminali cellule fetali presenti tra quelle prelevate per amiocentesi e congelate; - analisi delle differenze nel differenziamento esistente eventualmente tra cellule da individui normali ed affetti da cromosomopatie; - conservazione staminali fetali per ulteriori studi. <p>Specifici</p> <ul style="list-style-type: none"> -I punti nascita dovranno effettuare tra il 10 al 15% di raccolte rispetto al numero dei parti effettuati. -E' inoltre necessario garantire una formazione iniziale per il coinvolgimento di nuovi operatori ed il mantenimento delle competenze del personale addetto alla raccolta (almeno 1 corsi di formazione) -campagne di informazione che prevedano la diffusione di materiale informativo già disponibile e la realizzazione di attività di comunicazione e sensibilizzazione dell'utenza e del personale sanitario direttamente coinvolto. La diffusione dell'informazione deve avvenire attraverso organismi ed enti sanitari quali dipartimenti materno infantili, consultori, punti nascita. E' necessario il coinvolgimento di specifiche figure professionali, direttamente coinvolte nel processo, quali le ostetriche e i ginecologi, personale del Centro trasfusionale e personale dei coordinamenti donazione. E' auspicabile che le campagne di informazione siano preliminarmente condivise nell'ambito di un coordinamento centrale e che siano effettuate in stretta collaborazione con <ul style="list-style-type: none"> - associazioni di volontariato già impegnate nel settore (ADISCO). <p>I risultati attesi sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Incremento del 10% anno delle raccolte effettuate, con riferimento alle unità raccolte nel 2012 nel Molise -Sensibilizzazione del personale sanitario -Riduzione del 10% / anno delle unità esportate presso strutture private estere ad uso autologo non solidaristico. 	
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	Dodici mesi	
	FASI	ATTIVITA'
	1	Riunioni informative con le U.O.C. do Ostetricia da coinvolgere nel programma e con i Centri Trasfusionali e con
		DURATA
		1 mese

		i coordinamenti donazione	
	2	Identificazione delle figure professionali coinvolte 3	1 mese
	3	Addestramento presso la “Banca del Cordone Ombelicale – Cord Blood Bank Unicatt Roma per il personale non già formato	3 mesi
	4	Campagna di informazione regionale che preveda la diffusione di materiale informativo e la realizzazione di attività di comunicazione e sensibilizzazione dell’utenza e del personale sanitario direttamente coinvolto	6 mesi
	5	Raccolta di sacche di unità di sangue cordonale	12 mesi
	6	Valutazione dei risultati del progetto, report conclusivo, presentazione e pubblicazione dei risultati.	12 mesi
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	<p>Indicatori di processo: numero di personale addestrato per la raccolta delle unità di sangue cordonale . I punti nascita dovranno effettuare tra 10 e 15 % di raccolte rispetto al numero di part effettuati</p> <p>Indicatori di risultato: numero di campioni ottenuti dalla donazione di sangue cordonale.</p>		
RISULTATI ATTESI	<ul style="list-style-type: none"> - conservazione in biobanca di un numero consistente (non inferiore a 200 annui) di campioni contenenti cellule fetali; - ottenimento delle cellule staminali fetali; - possibilità di verificare differenze, nel differenziamento, tra cellule di individui normali e patologici per cromosomopatie 		

PROSPETTO ECONOMICO

DESCRIZIONE	TOTALE IMPEGNO ECONOMICO PRESUMIBILE (IN EURO)
<u>PERSONALE</u>	
Personale a contratto	€ 38.000,00
Supporto amministrativo al responsabile del procedimento regionale	€ 10.000,00
<u>MISSIONI</u>	
Missioni	€ 3.000,00
<u>MATERIALI DI CONSUMO</u>	
Materiale di cancelleria, brochure, organizzazione convegni, stampe	€ 3.000,00
Reagenti per culture cellulari, plasticherie, fattori di crescita ecc.	€ 8.000,00
<u>ALTRO</u>	
Apparato per gel elettroforesi e western blot, alimentatore	€ 3.000,00
Vials criogenetici, DMSO, dispositivi di criopreservazione, pipette e puntali sterili	€ 5.000,00
Contenitore Azoto liquido e contratto fornitura	€ 6.000,00
Elaborazione del progetto, costi segretariali, organizzativi, gestionali e di promozione	€ 4.000,00
Analisi statistica, elaborazione del report e pubblicazioni scientifiche	0
Organizzazione dell'evento pubblico per la presentazione dei dati	0
Formazione	€ 8.714,00
<u>TOTALE</u>	€ 88.714,00



Direzione Generale per la Salute

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	Regione Molise
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	Decreto del Commissario <i>ad Acta</i> n. del
LINEA PROGETTUALE	Tutela della maternità e promozione dell'appropriatezza del percorso nascita
TITOLO DEL PROGETTO	Servizio Regionale di Partoanalgesia
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi
REFERENTE/ENTE ATTUATORE	Regione Molise – Direzione Generale per la Salute / A.S.Re.M.

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 105.000,00
--------------------------------	--------------

IL PROGETTO

CONTESTO	<p>La L.R. 26 del 1998 “Norme per il parto nelle strutture ospedaliere, nelle case di maternità e a domicilio” favorisce la libertà di scelta da parte della donna circa i luoghi dove partorire e circa l'organizzazione sanitaria e assistenziale dell'evento e che all'art. 9 raccomanda una particolare attenzione e garanzia rispetto alle richieste del parto indolore mediante tecniche e modalità aggiornate di analgesia. Il Comitato Nazionale di Bioetica, nel documento del 30 marzo 2001, avente per titolo "La terapia del dolore: orientamenti bioetici", afferma che: l'analgesia del parto (come peraltro ogni preparazione al parto), per realizzare al meglio questo fine, dovrebbe far parte di un programma di assistenza alla gravidanza che si propone una visione globale del nascere e non porsi come un evento isolato, "scarsamente informato", che viene proposto in sala parto. Con questa visione più ampia il ricorrere al controllo del dolore del parto non si porrebbe come alternativa al parto naturale, ma come uno dei mezzi che la medicina offre per compiere una libera scelta e per realizzare con il controllo del dolore un maggior grado di consapevolezza e di partecipazione all'evento. Il diritto della partoriente di scegliere un controllo del dolore nel parto adeguato, compresa l'anestesia peridurale, dovrebbe essere incluso tra quelli garantiti a titolo gratuito nei livelli essenziali di assistenza. È pertanto necessario, nel rispetto del diritto di libera scelta della donna sulle modalità e sullo svolgimento del parto, favorire il parto fisiologico e promuovere l'appropriatezza degli interventi, e riconoscere ad ogni donna in gravidanza il diritto ad un parto fisiologico usufruendo</p>
----------	--

	<p>gratuitamente di tutte le tecniche di controllo/contenimento del dolore nel parto sicure ed efficaci, compresa la partoanalgesia.</p> <p>La partoanalgesia dovrebbe essere garantita, nel rispetto degli standard di sicurezza, a tutte le partorienti, sempre, h 24/24 per 365 gioni all'anno. Tali criteri di sicurezza sono una indicazione alla Guardia Anestesiologica Attiva Regionale per un Servizio Regionale di Partoanalgesia. La sede del Servizio Regionale di Partoanalgesia dovrebbe essere localizzato presso il Punto Nascita di II Livello del P.O. Cardarelli di Campobasso.</p> <p>Nella situazione attuale, nel Molise, per carenza di risorse umane, non è garantito il Servizio di Partoanalgesia.</p>
DESCRIZIONE	<p>Il Servizio Regionale di Partoanalgesia prevede un Guardia Anestesiologica Attiva dedicata presso il P.O. Cardarelli di Campobasso, Punto Nascita di II Livello. Il numero minimo necessario di Anestesisti da coinvolgere nel progetto è n° 6 Dirigenti Medici Specialisti in Anestesia e Rianimazione, di comprovata esperienza in Anestesia Ostetrica. L'organico attuale di Anestesisti presenti negli Ospedali della Regione non è naturalmente sufficiente a garantire tale Servizio. Il Progetto prevede una guardia anestesiologica dedicata, effettuata oltre l'orario di servizio in regime ordinario, retribuita con i finanziamenti previsti dal Progetto.</p> <p>L'attività di Partoanalgesia in Molise prevede la guardia attiva h 24/24 di n° 1 Dirigente Medico Anestesista presso il P.O. Cardarelli di Campobasso, che sarà disponibile esclusivamente per l'attività di Partoanalgesia, per un totale di n° 8760 ore lavorative all'anno. Sarà inoltre necessaria la reperibilità sostitutiva di n° 1 Digente Medico Anestesista h 24/24, per garantire la continuità assistenziale in occasione di contemporaneità di più Parti in Analgesia..</p> <p>L'attività di Partoanalgesia include:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Visite anestesiologiche: saranno effettuate, a livello ambulatoriale, durante il corso della gravidanza a tutte le signore che avessero intenzione di programmare il Parto in Analgesia. <input type="checkbox"/> Procedura di Partoanalgesia. <input type="checkbox"/> Monitoraggio delle funzioni vitali della partoriente e del neonato. <input type="checkbox"/> Visite di controllo 24 ore dopo il Parto ed in occasione della dimissione <p>Visita di controllo a 6 mesi dalla procedura del Parto in Analgesia.</p>
OBIETTIVI	<p>Gli obiettivi del Servizio Regionale di Partoanalgesia sono:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. assicurare alle partorienti la possibilità di usufruire del Servizio Regionale di Partoanalgesia; 2. abbattere il numero di complicanze peripartum grazie ad un livello di assistenza dedicato e specialistico; 3. abbattere il numero di Tagli Cesarei evitabili; 4. aumentare le conoscenze e l'attenzione dei professionisti e delle donne sul tema "dolore nel parto"; 5. proporre linee d'indirizzo sul contenimento del dolore nel parto, compresa l'analgesia di tipo epidurale; 6. proporre sperimentazioni controllate di metodiche di controllo

	<p>di dolore nel parto e fare un'analisi di fattibilità delle proposte emerse;</p> <p>7. elaborazione di linee guida in materia di controllo del dolore in travaglio di parto.</p> <p>assicurare a coloro che usufruiscono dei servizi sanitari molisani percorsi e prospettive terapeutiche ottimali, in linea con gli elevati standard assistenziali che questa Regione persegue.</p>
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	<p>I tempi di attuazione pratica del Progetto sono:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. individuazione degli Specialisti in Anestesia e Rianimazione già formati: 1 mese 2. produzione e condivisione di protocolli comuni con le UUOO di Ostetricia e Ginecologia della Regione e con la UO di Neonatologia del P.O. Cardarelli di Campobasso: 1 mese 3. individuazione di n° 1 Referente Dirigente Medico Anestesista, n° 1 Referente Dirigente Medico Ostetrico-Ginecologo, n° 1 Ostetrica: 1 mese 4. individuazione di un Ambiente di Riferimento presso il P.O. Cardarelli di Campobasso: 1 mese 5. Fase Sperimentale: n° 3 mesi. <p>Il Tempo Totale per attivare il Servizio Regionale di Partoanalgesia in Molise è di n° 3 mesi, dall'attivazione del Progetto.</p>
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	<p>I requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi e professionali del P.O. Cardarelli di Campobasso sono adeguati. La struttura è rappresentata a livello professionale dall'organico medico, ostetrico ed infermieristico della UO di Ostetricia e Ginecologia, dall'organico medico ed infermieristico della UO di Neonatologia, dall'organico medico ed infermieristico di Anestesia e Rianimazione. La struttura a livello strutturale, tecnologico ed organizzativo è rappresentato dalla Sala Travaglio con sistema di Monitoraggio, la Sala Parto con sistema di monitoraggio, la Neonatologia e la Terapia Intensiva Post-Operatoria.</p> <p>Indicatori di processo.</p> <p>Le Società Scientifiche Nazionali di Anestesia e Rianimazione e di Ostetricia e Ginecologia hanno prodotto Linee Guida e Percorsi Assistenziali, già approvati e condivisi dalle UUOO coinvolte. Tali strumenti fanno prevedere un miglioramento dei risultati attesi in termini di sicurezza e di comfort nel parto, che saranno confermati da un audit interno programmato con cadenza trimestrale.</p> <p>Indicatori di risultato.</p> <p>Gli indicatori valuteranno i risultati assistenziali clinici (morbilità, riduzione n° Tagli Cesarei), economici (costi diretti e indiretti) e umanistici (qualità di vita, soddisfazione dell'utente).</p>
RISULTATI ATTESI	<p>I risultati attesi del Servizio Regionale di Partoanalgesia sono:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. assicurare alle partorienti la possibilità di usufruire del Servizio Regionale di Partoanalgesia; 2. abbattere il numero di complicanze peripartum grazie ad un livello di assistenza dedicato e specialistico; 3. abbattere il numero di Tagli Cesarei evitabili; 4. aumentare le conoscenze e l'attenzione dei professionisti e delle donne sul tema "dolore nel parto"; 5. proporre sperimentazioni controllate di metodiche di controllo

	<p>di dolore nel parto e fare un'analisi di fattibilità delle proposte emerse;</p> <p>6. assicurare a coloro che usufruiscono dei servizi sanitari molisani percorsi e prospettive terapeutiche ottimali, in linea con gli elevati standard assistenziali che questa Regione persegue.</p>
--	--

PROSPETTO ECONOMICO

DESCRIZIONE	TOTALE IMPEGNO ECONOMICO PRESUMIBILE (IN EURO)
<u>PERSONALE</u>	
Personale a contratto	€. 65.000,00
Coordinamento	€. 10.000,00
<u>MISSIONI</u>	
Missioni	€. 5.000,00
<u>MATERIALI DI CONSUMO</u>	
Materiale	€. 10.000,00
<u>ALTRO</u>	
Formazione, seminari ecc.	€. 15.000,00
<u>TOTALE</u>	€. 105.000,00



Direzione Generale per la Salute

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	Regione Molise
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	Decreto Commissario <i>ad Acta</i> n. ___ del ____
LINEA PROGETTUALE	Tutela della Maternità e promozione dell'appropriatezza del percorso nascita
TITOLO DEL PROGETTO	Il miglioramento dell'appropriatezza del percorso nascita: requisiti di qualità e standard organizzativi
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi
REFERENTE/ENTE ATTUATORE	Regione Molise – Direzione Generale per la Salute

ASPETTI FINANZIARI

	€ 13.285,00

IL PROGETTO

(Vedi allegato 1)

CONTESTO	<p>L'eccessivo ricorso al taglio cesareo ha portato l'Italia ad occupare il primo posto tra i paesi Europei, superando i valori europei sulla salute materno-infantile del dicembre 2008; l'Italia detiene la percentuale più elevata pari al 38%, seguita dal Portogallo con il 33% mentre tutti gli altri Paesi presentano percentuali inferiori al 30% che scendono al 15% in Olanda e al 14% in Slovenia.</p> <p>I dati disponibili confermano, per quanto riguarda il taglio cesareo, e, in generale l'assistenza in gravidanza e al parto, l'aumento in Italia del ricorso a una serie di procedure la cui utilità non è basata su evidenze scientifiche e non è sostenuta da un reale aumento delle condizioni del rischio; in Italia, ancora oggi si effettuano un elevato numero di interventi di taglio cesareo, con un costo umano economico non trascurabile: il rischio di morte materna è infatti di 3-5 volte superiore rispetto al parto vaginale e la morbosità puerperale è 10-15 volte superiore.</p> <p>L'Accordo Stato Regioni del 16 dicembre 2010, recepito a livello regionale con la DGR n. 506/2011, definisce un programma di interventi articolato in dieci linee di azione complementari e sinergiche mirate promuovere, sicurezza, qualità ed appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e la riduzione del taglio cesareo, come di seguito più dettagliatamente descritte:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Misure di politica sanitaria e di accreditamento; 2. Carta dei Servizi per il percorso nascita;
----------	---

	<ol style="list-style-type: none"> 3. Integrazione territorio-ospedale; 4. Sviluppo di linee guida sulla gravidanza fisiologica e sul taglio cesareo da parte del SNLG-ISS; 5. Programma di implementazione delle linee guida; 6. Elaborazione, diffusione ed implementazione di raccomandazioni e strumenti per la sicurezza del percorso nascita; 7. Procedure di controllo del dolore nel corso del travaglio e del parto; 8. Formazione degli operatori; 9. Monitoraggio e verifica delle attività; 10. Istituzione di una funzione di coordinamento permanente per il percorso nascita. <p>La razionalizzazione dei punti nascita, l'accreditamento delle strutture sulla base di nuovi standard, la presa in carico della gravidanza fisiologica da parte dei consultori, la messa a punto di una Carta dei Servizi per il percorso nascita, l'integrazione territorio-ospedale, la messa a punto di linee guida sulla gravidanza fisiologica e sul taglio cesareo, sono alcuni punti chiave del decalogo del Ministero della Salute per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo.</p> <p>La Regione Molise, in attuazione delle linee guida ministeriali sopra citate, con il Decreto Commissariale n. 93/2011, ha approvato, in coerenza con la ristrutturazione della rete ospedaliera, apposita proposta operativa di riorganizzazione della rete per il percorso nascita strutturata in nn. 3 punti nascita unitamente ad una riorganizzazione dei consultori.</p> <p>Con il decreto commissariale n. 106/2011, la Regione ha attuato quanto disposto dal punto 10), del ridetto Accordo: <i>"Istituzione di una funzione di coordinamento permanente per il percorso nascita"</i>, mediante la costituzione del Comitato Percorso Nascita Regionale e del Comitato Percorso Nascita Aziendale.</p> <p>In tale contesto, si pone quale obiettivo prioritario, a livello regionale, quello di adeguare i requisiti di qualità e gli standard organizzativi delle strutture, a diverso titolo coinvolte nel percorso nascita, al fine di migliorare l'appropriatezza e la tutela della maternità.</p>
DESCRIZIONE	<p>L'attività fondamentale del progetto in parola si sostanzia nell'attuare interventi afferenti l'organizzazione e la messa in rete dei vari soggetti coinvolti, anche mediante la formazione del personale a diverso titolo operante nel settore.</p> <p>In particolare, l'attività progettuale in parola, concerne l'adeguamento, di requisiti specifici ulteriori di qualità e degli standard organizzativi delle strutture pubbliche e private, coinvolte a diverso titolo, nel percorso nascita, al fine di garantire un miglioramento della qualità di assistenza.</p> <p>Le aree di intervento coinvolte vanno da quella più prettamente</p>

	<p>ospedaliera, a quella dei servizi territoriali, all'area dell'assistenza socio-sanitaria.</p> <p>I soggetti coinvolti ed attori sono sia quelli pubblici che quelli privati: dalla Azienda Sanitaria Regionale - ASREM, ai soggetti privati; ai servizi territoriali, agli enti locali, alle scuole, al terzo settore, operatori sanitari e sociali, alle Associazioni di categoria.</p> <p>I soggetti menzionati, saranno direttamente coinvolti anche mediante la presentazione di proposte operative, in un sistema di coordinamento integrato, concernenti la ricognizione dei requisiti specifici di qualità esistenti, al fine di implementare gli stessi, mediante l'elaborazione di standard ulteriori di qualità.</p> <p>Un ruolo fondamentale sarà svolto dal Comitato Percorso Nascita, operante a livello regionale e aziendale, quale organismo di coordinamento dei vari soggetti coinvolti nel percorso nascita ed in rappresentanza dei vari interessi di settore.</p> <p>Di primaria importanza, soprattutto quale momento di confronto, sarà l'esperienza fornita da altre Regioni Italiane, di riferimento nell'area dell'accreditamento e della qualità dei servizi sanitari e socio-sanitari.</p> <p>Sono previsti per l'espletamento dell'attività progettuale in questione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Costituzione e attività del gruppo di lavoro tecnico finalizzato alla stesura del documento tecnico recante la definizione di requisiti specifici ulteriori di qualità e degli standard organizzativi delle strutture pubbliche e private, coinvolte a diverso titolo, nel percorso nascita, al fine di garantire un miglioramento della qualità di assistenza anche mediante la definizione di percorsi informativi <i>ad hoc</i>; - Campagne informative riguardo gli argomenti relativi all'accreditamento istituzionale in materia di percorso nascita; - Implementazione della comunicazione istituzionale inerente l'accreditamento per il tramite del sito web. <p>Tutto il progetto sarà coordinato da un Gruppo di Lavoro Tecnico, all'uopo costituito che si occuperà di fornire il supporto tecnico-amministrativo necessario allo svolgimento delle varie fasi procedurali.</p>
OBIETTIVI	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborazione di requisiti specifici ulteriori di qualità e degli standard organizzativi delle strutture pubbliche e private, coinvolte a diverso titolo, nel percorso nascita, al fine di garantire un miglioramento della qualità di assistenza, per: <ul style="list-style-type: none"> • Il miglioramento dell'appropriatezza e continuità assistenziale del percorso nascita; • L'implementazione della presa in carico ed umanizzazione dell'evento nascita; • L'integrazione dei servizi tra territorio ed ospedale; • La progettazione di reti "Hub" e "Spoke" dedicate all'assistenza nell'area materno-infantile; - Campagne informative riguardo gli argomenti relativi all'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie molisane; - Implementazione della comunicazione istituzionale inerente l'accreditamento per il tramite del sito web.
TEMPI DI ATTUAZIONE	12 mesi

(CRONOPROGRAMMA)	
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	<p>Indicatori:</p> <ul style="list-style-type: none">- Modelli di rilevazione NSIS, che consentono l'evidenziazione formale delle strutture e delle attività svolte (cfr. HSP 24 "flussi day hospital, nido, pronto soccorso, sale operatorie, ospedalizzazione domiciliare e nati immaturi delle strutture pubbliche e private accreditate;- Indici di appropriatezza delle prestazioni erogate (nn. Ricoveri, nn. Di nascite, nn. Di parti cesarei;- Flusso SDO;- Flusso CEDAP;- Flussi ISTAT (ABS-IVG);- Dati ISS (Istituto Superiore Sanità);- Altro.
RISULTATI ATTESI	<ul style="list-style-type: none">● Miglioramento dell'appropriatezza e continuità assistenziale del percorso nascita mediante l'elaborazione di requisiti specifici ulteriori di qualità e degli standard organizzativi delle strutture pubbliche e private, coinvolte a diverso titolo, nel percorso nascita, al fine di garantire un miglioramento della qualità di assistenza nascita;● Messa in rete delle strutture ed uu.oo. coinvolte nel percorso nascita;● Implementazione dell'integrazione territorio-ospedale.

PROSPETTO ECONOMICO

DESCRIZIONE	TOTALE IMPEGNO ECONOMICO PRESUMIBILE (IN EURO)
<u>PERSONALE</u>	
Personale a contratto	€. 10.000,00
Coordinamento	€. 3.285,00
<u>MISSIONI</u>	
Missioni	0
<u>MATERIALI DI CONSUMO</u>	
Materiale	0
<u>ALTRO</u>	
Formazione, seminari ecc.	0
<u>TOTALE</u>	€. 13.285,00



Direzione Generale per la Salute

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	Regione Molise
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	Decreto del Commissario <i>ad Acta</i> n. del
LINEA PROGETTUALE	Malattie Rare
TITOLO DEL PROGETTO	Un ambulatorio mobile itinerante per le malattie genetiche rare nei piccoli comuni della Regione Molise
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi
REFERENTE/ENTE ATTUATORE	Regione Molise – Direzione Generale per la Salute

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€.58.285,00
--------------------------------	-------------

IL PROGETTO

CONTESTO	<p>L'Azienda Sanitaria Regionale del Molise (ASReM) deve fornire servizi sanitari su un vasto territorio fatto da piccoli comuni montani o in aree rurali a bassissima densità di popolazione. In accordo col piano di riordino della rete ospedaliera regionale, queste piccole realtà comunali dovrebbero confluire in 3 principali poli ospedalieri ubicati a Campobasso, Isernia e Termoli. L'integrazione di questi 3 poli ospedalieri appare complessa e la sfida del piano di riordino consiste nell'ottimizzazione delle risorse regionali evitando duplicazioni e favorendo la concentrazione di competenze che permettano risparmi di scala. In questa ottica nasce questa proposta che ha come principale obiettivo la razionalizzazione della assistenza a pazienti con malattie rare di natura ereditaria ed un'azione di contrasto alla loro fuga per cure ad assistenza fuori regione.</p> <p>Allo stato attuale l'ASREM fornisce assistenza a pazienti affetti da malattie genetiche rare in modo non pianificato, senza una reale conoscenza del loro numero e delle loro patologie, nonché dei costi che queste comportano. Inoltre, molti pazienti con malattie genetiche vengono sostanzialmente raggruppati tra gli individui con handicap psico-motori, senza che una diagnosi clinica venga determinata con accuratezza, pertanto senza che il rischio di ricorrenza nei familiari possa essere determinato e pertanto che venga messa in essere un'efficace azione di prevenzione della ricorrenza di detti disordini. L'atteggiamento che prevale in Molise è quello di dirottare in centri fuori regione i pazienti in cui si riconosca chiaramente una patologia ereditaria o, qualora la natura genetica della malattie non sia</p>
----------	---

	<p>riconosciuta, limitarsi a favorire la distribuzione di sussidi economici (accompagnamento) e prestazioni assistenziali per i familiari (legge 104). Con queste premesse è comprensibile che pochi pazienti o famiglie con malattie rare cerchino assistenza nelle strutture regionali. Soprattutto i pazienti che vivono in aree montane e rurali, distanti da centri urbani, con difficoltà di deambulazione o spostamento, a cui molto spesso è stato assegnato uno stato d'invalidità totale senza un'accurata diagnosi ma con una prognosi irreversibile, trovano superfluo un periodico controllo medico che poco o nulla possa influenzare il loro stato di salute, preferendo ad un'assistenza medica quella sociale offerta nei loro Comuni di residenza.</p> <p>Da questo assunto nasce questo progetto che mira a portare in queste aree montane e rurali la migliore assistenza medica possibile attraverso l'ambulatorio mobile dell'Università del Molise.</p>
DESCRIZIONE	<p>L'Università del Molise si è dotata fin dal 2009 di un ambulatorio mobile ricevuto per generosa donazione dalla Fondazione Istituto Banco di Napoli al Centro di Ricerca e Formazione in Medicina dell'Invecchiamento (CeRMI) della stessa Università.</p> <p>Tuttavia, l'ambulatorio mobile, perfettamente attrezzato e funzionante per lo scopo originale, trova solo parziale utilizzo nell'ambito del CERMI e potrebbe essere convenientemente utilizzato per portare le professionalità universitarie sul territorio regionale e fornire assistenza medica altamente qualificata a pazienti che trovano difficile lo spostamento presso strutture sanitarie ospedaliere distanti dai luoghi di residenza.</p> <p>L'esperienza di circa 7 anni di residenza in Molise e l'interazione con i medici di base operanti in aree rurali o montane mi ha insegnato che in quasi tutte queste comunità esistono pazienti con rari o talvolta rarissimi disordini spesso di natura genetica che vivono nel contesto di piccole frazioni o borghi al alto tasso di endogamia. L'atteggiamento prevalente dei medici di base è di assistere questi pazienti nell'ottenimento di sussidi di INPS di invalidità civile e per i casi con più grave disabilità di indennità di accompagnamento e benefici previsti per la legge 104 per i familiari. Esiste la generale rassegnazione che non esistano in Regione Molise competenze per assistere questi pazienti e che questi disordini non siano curabili o prevenibili.</p>

	<p>il team si preoccuperà di organizzare ricoveri day hospital nelle strutture sanitarie più vicine che permettano di avere un profilo diagnostico il più accurato possibili in un solo ricovero evitando al paziente con difficoltà deambulatorie ripetuti spostamenti in diverse strutture sanitarie poco attrezzate ad accoglierlo.</p>
OBIETTIVI	<p>1) Portare la migliore assistenza sanitaria a pazienti con malattie rare in piccole comunità montane e rurali della Regione Molise visitando con l'ambulatorio mobile 50 piccoli Comuni campione della Regione (escludendo i Comuni maggiori forniti di strutture ospedaliere/sanitarie - Campobasso, Isernia, Termoli, Venafro, Agnone -).</p> <p>2) Programmare incontri in loco con i medici di base di detti Comuni per visitare i loro pazienti con malattie rare od orfane ed assisterli nella definizione del migliore percorso diagnostico e/o terapeutico.</p> <p>3) Identificare pazienti con malattie rare su tutto il territorio regionale ed implementare ed aggiornare i registri regionali di dette malattie con particolare riguardo a quelle di natura genetica</p> <p>4) Riconoscere gruppi familiari a rischio di ricorrenza di malattie genetiche in queste comunità e definire percorsi diagnostici semplici per arrivare a precise ed accurate diagnosi. Implementare con i medici di base campagne di prevenzione in queste famiglie con accurata consulenza genetica e diagnosi prenatale.</p>
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	<p>Mese 1: - riorganizzazione del laboratorio mobile con particolare riguardo all'accesso per i disabili. - Predisporre bandi per contratto per 1 infermiere, 1 psicologo ed 1 assistente sociale</p> <p>Mese 2: - Selezione del personale</p> <p>Mese 3: - Pianificazione della campagna di visite contattando i Sindaci dei Comuni ed i medici di base ed elaborazione di un calendario delle visite</p> <p>Mese 4-11: - Inizio dell'attività dell'ambulatorio - Implementazione registri</p> <p>Mese 11-16 - Analisi dei risultati</p>
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	<p>Propongo di misurare la validità dell'intervento e la performance ottenuta dal numero di pazienti con malattie rare che saranno riconosciuti durante l'attività del progetto, pertanto dal numero di cartelle cliniche che saranno predisposte per ogni paziente ed inseriti nel database regionale delle malattie rare.</p> <p>Per ciascuno di questi pazienti potrebbero essere calcolati i costi medi di spesa per l'assistenza sanitaria, fornendo all'ASREM dati di costo più precisi per il capitolo delle malattie rare.</p>
RISULTATI ATTESI	<p>Stimando un tasso approssimativo di incidenza di malattie rare di 1/1000 ed uno screening in 50 piccoli Comuni con una media di 1000</p>

	abitanti, stimo che a fine progetto dovrebbero essere riconosciuti ed inseriti nel progetto almeno 50 nuovi pazienti con malattie rare in precedenza non riconosciuti dall'ASREM. E' ragionevole stimare che per riconoscere questi pazienti se ne esamineranno un numero 5 volte maggiore (250) con una media di 5 pazienti per Comune.
--	--

PROSPETTO ECONOMICO

DESCRIZIONE	TOTALE IMPEGNO ECONOMICO PRESUMIBILE (IN EURO)
<u>PERSONALE</u>	
Personale a contratto	€. 30.000,00
<u>MISSIONI</u>	
	€. 10.000,00
<u>MATERIALI DI CONSUMO</u>	
Materiale vario e reagenti di laboratorio	€. 10.000,00
<u>ALTRO</u>	
Spese varie	€.8.285,00
<u>TOTALE</u>	€. 58.825,00



Direzione Generale per la Salute

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	Regione Molise
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	Decreto del Commissario <i>ad Acta</i> n. del
LINEA PROGETTUALE	Malattie Rare
TITOLO DEL PROGETTO	Le Amiloidosi (Sistema ed Eredo-familiare)
DURATA DEL PROGETTO	36 mesi
REFERENTE/ENTE ATTUATORE	Regione Molise – Direzione Generale per la Salute / A.S.Re.M.

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 60.000,00
--------------------------------	-------------

IL PROGETTO

CONTESTO	<p>Le Amiloidosi. Il termine amiloidosi indica un gruppo eterogeneo di malattie caratterizzate dalla deposizione in sede extracellulare di materiale proteico, composto da fibrille con struttura a foglietto β-pieghettato, non ramificate, di lunghezza variabile e con un diametro di 10-12 nanometri. Questa caratteristica biofisica fa sì che la sostanza amiloide depositata nei tessuti, una volta sottoposta a colorazione con Rosso Congo, assuma una caratteristica birifrangenza color verde mela dopo osservazione al microscopio ottico a luce polarizzata.</p> <p>Classificazione. Finora si conoscono ben 24 diverse proteine o peptidi in grado di dare origine a questo materiale fibrillare: la classificazione delle amiloidosi si basa sulla natura delle diverse proteine amiloidogeniche. Per convenzione, il tipo di amiloidosi è indicato da un acronimo in cui la prima lettera è una A, seguita dalla abbreviazione della proteina precursore dell'amiloidosi, ad esempio L per light chain nell'amiloidosi causata da deposizione di catene leggere immunoglobuliniche monoclonali (AL).</p> <p>Patogenesi. Le amiloidosi sono patologie assai variegata sul piano clinico, ma molto omogenee sotto il profilo istologico-molecolare perché caratterizzate da fibrille strutturalmente simili all'interno dei tessuti. Pre-requisito per la formazione di materiale amiloide nei tessuti è la presenza di un precursore circolante, che per alterazioni genetiche o aumento delle sue concentrazioni plasmatiche o interventi proteolitici sulla sua struttura va incontro a delle modificazioni strutturali che ne condizionano la capacità di precipitare sotto forma fibrillare, insolubile nei tessuti. Le più comuni forme d'amiloidosi sistemica sono la AL la AA e le forme</p>
----------	--

	<p>eredofamiliari da transtiretina mutata (ATTR) . Nella AL l'amiloide deriva da un frammento delle catene leggere immunoglobuliniche circolante, prodotte in eccesso nell'ambito di una gammopatia monoclonale, mentre nella AA la proteina amiloidogenica è rappresentata dalla Serum A Amyloid protein (SAA), una proteina della fase acuta prodotta dagli epatociti sotto il controllo di alcune interleukine pro-infiammatorie (IL-1, IL-6 TNF-alpha). Nelle forme ereditarie, specifiche sostituzioni aminoacidiche nella struttura primaria di proteine solubili circolanti, secondarie a mutazioni genetiche, rendono queste proteine instabili e tendenti ad autoaggregarsi precipitando nei tessuti come fibrille insolubili, proprietà non possedute dalla proteina nativa "wild type". A questa forma appartengono le forme eredofamiliari da lisozima, gelsolina, fibrinogeno, apolipoproteina A1 e A-2 e da transtiretina. Una volta depositata nei tessuti l'amiloide è responsabile del danno d'organo attraverso due principali meccanismi, uno legato al progressivo infarcimento in sede extracellulare del tessuto con sofferenza ipossico/ischemica cronica, danno funzionale e conseguente morte cellulare e uno citotossico in grado di attivare processi apoptotici. Le manifestazioni cliniche di questo gruppo di malattie sono estremamente polimorfe e dipendono dal diverso coinvolgimento degli organi interessati nonché dal grado di infiltrazione. Diversità nell'esordio e nell'estrinsecazione clinica delle diverse forme di amiloidosi sono riconosciute ma in nessun caso la sola clinica permette di porre diagnosi di tipo di amiloidosi, <u>la cui diagnosi deve sempre essere confermata dal prelievo biotico, da esami istochimici sul campione di tessuto e/o test genetici.</u> D'altra parte il riconoscimento della specifica forma di amiloidosi è fondamentale per evitare diagnosi errate e terapia inappropriate proprio nella fase in cui terapie efficaci sono proponibili per il paziente.</p> <p>E' POSSIBILE IMPLEMENTAZIONE IL PRESENTE PROGETTO CON LE SEGUENTI ULTERIORI ATTIVITA' PROGETTUALI, COERENTI E COMPATIBILI CON LE LINEE DI INDIRIZZO MALATTIE RARE:</p> <p>A) CARCINOMA ORALE;</p> <p>B) MALATTIE RARE IN AMBITO REUMATOLOGICO</p>
DESCRIZIONE	<p>Diagnostica delle amiloidosi con tecniche non invasive e riproducibili e verifica nel tempo della risposta alle terapie utilizzate.</p> <p>1. Diagnostica e follow-up di laboratorio Amiloidosi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dosaggio sierico delle catene leggere libere o FLC (Free Light Chains) • Elettroforesi ed immunofissazione sierica ed urinaria • Dosaggio SAA (Serum Amyloid A.) • Dosaggio di NT proBNP <p>Esami supplementari:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dosaggio di IgG, IgA, IgM.

	<ul style="list-style-type: none"> • Troponina T (cTnT) e CK-MB. • Fosfatasi alcalina, ALT, γGT. • Proteinuria delle 24ore, Creatinina clearance, Urea, Acido Urico. Emocromo, Glicemia, esame urine. • B₂-microglobulina, PCR, VES, Ferritina, Fattore Reumatoide, ENA, ANA, LDH, TSH, Ca, P, Na, K, Cl. <p>Dosaggio fattore X, INR, PTT, Fibrinogeno, VES.</p> <p>2. Diagnostica Anatomo-patologica Amiloidosi</p> <p>Per la diagnosi di amiloidosi è necessario eseguire la colorazione rosso congo su prelievo di grasso periombelicale; la lettura di tale colorazione viene fatta con la luce polarizzata per cui è necessario applicare un sistema per osservazione in luce polarizzata al microscopio ottico. I microscopi attualmente disponibili in Anatomia Patologica sono della ditta LEICA per cui è stato chiesto alla suddetta ditta il costo di tale sistema che ammonta a 1650 euro.</p>
OBIETTIVI	<ol style="list-style-type: none"> 1) Perfezionamento della diagnosi di amiloidosi (sia Sistemica che Ereditarie 2) Possibilità di controllo nel tempo dei pazienti dopo le cure 3) Possibilità di istituire un centro di riferimento regionale per l'amiloidosi che coinvolga le diverse branche della medicina che gestiscono tale patologia (la Nefrologia, la Neurologia, la Cardiologia, la Medicina Interna, l' Ematologia) 4) Consolidare la collaborazione con il centro italiano dell' Amiloidosi di Pavia
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	<p>Nel 1° mese allestimento delle tecnologie, aggiornamento del medico ematologo e di anatomia patologia, dei biologi e dei tecnici dedicati alla progetto in questione.</p> <p>Dal 2° mese al 12° mese messa a regime della diagnostica sia di laboratorio che di anatomia patologia, che di genetica medica, nonché istituzione di un ambulatorio dedicato ed inizio attività ambulatoriale e di DH con calendario ed orari dell'attività.</p> <p>Il progetto potrebbe essere sperimentalmente prolungato a 36 mesi e poi tramutato nell'istituzione del centro regionale.</p>
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	<p><u>Indicatori di struttura.</u></p> <p>I requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi sono ampiamente rappresentati nella U.O.C. di Medicina di Laboratorio presso il P.O. Cardarelli di Campobasso.</p> <p><u>Indicatori di struttura.</u></p> <p>I requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi sono ampiamente rappresentati nella U.O.C. di Anatomia Patologica presso il P.O. Cardarelli di Campobasso.</p> <p><u>Indicatori di struttura.</u></p> <p>I requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi sono ampiamente</p>

	<p>rappresentati nella U.O. dip.le di Genetica Medica presso il P.O. Cardarelli di Campobasso.</p> <p><u>Indicatori di struttura.</u> I requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi sono ampiamente rappresentati nella U.O.C. di Oncologia/UOS Ematologia presso il P.O. Cardarelli di Campobasso.</p>
RISULTATI ATTESI	<ul style="list-style-type: none"> ● Diagnosticare con precisione le più comuni forme di amiloidosi sistemica, la AL la AA, e le forme eredo-familiari da transtiretina mutata (ATTR) , con indagini non invasive, ripetibili e di basso costo. ● Effettuare diagnosi differenziali in pazienti sintomatici ● Possibilità di ottenere degli indicatori di progressione di malattia ● Valutare il successo del trattamento ● Evitare ai pazienti di raggiungere il centro di riferimento italiano dell'amiloidosi di Pavia soltanto per l'esecuzione di esami di laboratorio ● Possibilità di potenziare la collaborazione con il centro italiano dell'amiloidosi di Pavia di cui siamo al momento i referenti regionali ● Istituzione di un Centro di riferimento regionale per l'Amiloidosi <p>L'istituzione di un centro di riferimento regionale per l'amiloidosi avrebbe come finalità la produzione di miglioramenti organizzativi e qualitativi per quanto attiene</p> <ul style="list-style-type: none"> ● gli aspetti diagnostici della malattia ● gli aspetti terapeutici dell'amiloidosi <p>e per creare le condizioni più favorevoli alla gestione interdisciplinare della patologia (Collaborazione con team specialistico composto da CARDIOLOGI, NEFROLOGI, INTERNISTI, NEUROLOGI, EMATOLOGI) nonché al miglioramento dei rapporti di collaborazione con il centro italiano per lo studio dell'amiloidosi di Pavia e quindi anche all'avvio successivo di protocolli di studio e ricerca.</p>

PROSPETTO ECONOMICO

DESCRIZIONE	TOTALE IMPEGNO ECONOMICO PRESUMIBILE (IN EURO)
<u>PERSONALE</u>	
Personale a contratto	€. 10.000,00
Coordinamento	€. 4.000,00
<u>MISSIONI</u>	
	0
<u>MATERIALI DI CONSUMO</u>	
Strumentazione	€. 16.000,00
Materiale	€. 5.000,00
Apparecchiature	€. 20.000,00
<u>ALTRO</u>	
Formazione	€. 5.000,00
<u>TOTALE</u>	€. 60.000,00



Direzione Generale per la Salute

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	Regione Molise
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	Decreto del Commissario <i>ad Acta</i> n. del
LINEA PROGETTUALE	Miglioramento dell'offerta riabilitativa
TITOLO DEL PROGETTO	I Disturbi Specifici dell' Apprendimento dalla Diagnosi all'Intervento proposto dall'U.O. di NPI e Riabilitazione dell' età evolutiva
DURATA DEL PROGETTO	36 mesi
REFERENTE/ENTE ATTUATORE	Regione Molise – Direzione Generale per la Salute / A.S.Re.M.

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 410.000,00
--------------------------------	--------------

IL PROGETTO

CONTESTO	<p>La dislessia è più in generale i Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA) sono un fenomeno emergente di grande impatto sociale. Nella scuola spesso si incontrano bambini che presentano difficoltà nell'apprendimento della lettura, della scrittura e del calcolo anche in assenza di disturbi nello sviluppo cognitivo e affettivo, queste difficoltà provocano quasi sempre conseguenze negative sull'intero percorso scolastico.</p> <p>Questi bambini vengono descritti come alunni scarsamente motivati, con un carente profitto scolastico, poco inclini ad esprimersi e a comunicare e corrono il rischio di essere colpevolizzati per il loro "scarso impegno". L'identificazione di questi alunni con tali attributi negativi determina in loro una scarsa autostima, una riduzione della motivazione all'apprendimento e, in alcuni casi, abbandono degli studi al termine dell'obbligo scolastico.</p> <p>Al contrario, con un'attenta osservazione e valutazione delle ragioni del disagio si può sostenerli nell'affrontare le richieste scolastiche e nel raggiungere gli obiettivi possibili, attraverso interventi adeguati.</p> <p>In virtù di ciò risulta evidente la necessità di intervenire mediante l'attivazione di un iter diagnostico che preveda una prima fase di valutazione clinica, necessaria alla definizione nosografica del disturbo, una seconda fase di approfondimento clinico e funzionale oltre che individuare le comorbilità ed effettuare la diagnosi differenziale così come previsto dalle linee guida della Consensus Conference e una terza</p>
----------	---

fase relativa all'intervento e cura dei bambini con DSA.

Il progetto nasce, inoltre, dalla consapevolezza di dover e poter intervenire in modo mirato al fine di prevenire o limitare, l'insorgenza di queste difficoltà e di recuperare i disturbi nell'apprendimento di lettura, scrittura e calcolo. Le indagini epidemiologiche stimano che circa il 5% dei bambini e ragazzi nella fascia di età compresa tra 6 e 18 anni manifesta disturbi specifici dell'apprendimento (DSA). Con il termine Disturbi evolutivi Specifici di Apprendimento ci si riferisce ai soli disturbi delle abilità scolastiche, e in particolare a: DISLESSIA, DISORTOGRAFIA, DISGRAFIA e DISCALCULIA.

La principale caratteristica di definizione di questa "categoria nosografia" è quella della "specificità", intesa come un disturbo che interessa uno specifico dominio di abilità in modo significativo ma circoscritto, lasciando intatto il funzionamento intellettivo generale (Consensus Conference, Disturbi Evolutivi Specifici Di Apprendimento, Raccomandazioni per la pratica clinica 2006/2007).

In merito ai DSA si seguono i seguenti criteri diagnostici:

- La diagnosi di dislessia e disortografia non può essere formulata prima della fine della II classe elementare, tuttavia, già in I elementare possono essere rilevati, come indicatori di rischio, segni importanti di discrepanza tra le competenze cognitive generali e l'apprendimento della lettura e della scrittura. I parametri essenziali per la diagnosi di dislessia sono la rapidità misurata come il tempo di lettura di brani, parole o sillabe, e la correttezza misurata come numero di errori di lettura e scrittura, che si discostino per difetto di almeno due deviazioni standard dalle prestazioni dei lettori della stessa età o risultino di due anni inferiori rispetto all'età cronologica. La comprensione del testo non concorre alla formulazione della diagnosi di dislessia, anche se viene effettuata perché fornisce informazioni utili sull'efficienza del lettore. Nel corso degli ultimi decenni, sulla base dell'analisi di alcuni tipici segni ottenuti mediante l'applicazione di test psicometrici, neuropsicologici e psicolinguistici e sulla base dell'analisi degli errori di lettura e scrittura è stata proposta una classificazione della dislessia in sottotipi denominati in vario modo, tutti riconducibili ad una carente integrazione della funzionalità delle vie ed aree visive ed uditive;
- L'esame del processo di scrittura richiede la valutazione delle componenti disortografiche e disgrafiche. Per la diagnosi di disortografia - connessa con disturbi dell'area linguistica - vale la regola di una quantità di errori ortografici che difettano in misura uguale o superiore alle due deviazioni standard rispetto ai risultati medi dei bambini che frequentano la stessa classe scolare; invece, la disgrafia sembra essere conseguenza di disturbi di esecuzione motoria di ordine disprassico quando non fa parte di un quadro spastico o atassico o extrapiramidale. Anche per i disturbi di apprendimento della scrittura sono riconosciuti sottotipi correlati a fattori linguistici (disortografia) e a fattori visuo-spaziali (disortografia, disgrafia) e, inoltre, viene

	<p>delineata una forma di difficoltà della scrittura dovuta a disturbi di esecuzione motoria, di ordine disprassico (disgrafia);</p> <p>➤ La diagnosi di discalculia non può essere formulata prima della III elementare, anche se già nel primo ciclo elementare possono essere rilevate discrepanze fra le capacità cognitive globali e l'apprendimento del calcolo numerico (che comprende la numerazione bidirezionale, la transcodifica, il calcolo mentale, l'immagazzinamento dei fatti aritmetici, il calcolo scritto). La valutazione si riferisce alla correttezza e soprattutto alla rapidità. L'efficienza del problem solving matematico non concorre alla diagnosi di discalculia evolutiva, ma appare correlato al livello delle competenze cognitive o al livello di competenza linguistica. Per la discalculia sono individuati diversi tipi di disabilità che riguardano: la processazione dei numeri, cioè il riconoscimento dei simboli numerici e la capacità di riprodurli graficamente e organizzarli nello spazio, il sistema del calcolo con l'utilizzazione di procedure per eseguire le operazioni matematiche, e la risoluzione dei problemi aritmetici che comporti l'analisi dei dati e l'organizzazione del piano di lavoro.</p> <p>Tali difficoltà nell'alunno compromettono in modo significativo il suo rendimento scolastico, determinano in lui conseguenze psicologiche negative e una serie di problematiche nella comunicazione con la famiglia e con gli insegnanti.</p> <p>Spesso le difficoltà psicologiche che possono derivare da un DSA sono rilevanti e richiedono appropriati interventi di supporto.</p> <p>Le manifestazioni sono molteplici e variabili e rendono fondamentale una precisa definizione delle caratteristiche del DSA, per indicare precisamente gli ambiti e i livelli di difficoltà, ma anche i "punti di forza" al fine di:</p> <ul style="list-style-type: none">- redigere un percorso didattico specifico che, partendo dalle caratteristiche rilevate nello studente, consenta un proficuo lavoro didattico sulle sue capacità usando strumenti compensativi e dispensativi ritenuti dal clinico più opportuni per quello studente come previsto dalle normative vigenti mettendo così in atto una didattica pensata per promuovere le competenze individuali e minimizzare gli ostacoli all'apprendimento;- attivare interventi a rete terapeutico- riabilitativi che si occupano di lui e del suo ambiente (famiglia e scuola): riabilitazione logopedia, intervento psico-pedagogico, tutoring nello studio, individuazione di strategie didattiche, sostegno psicologico individuale e familiare. <p>Sempre nell'ottica che in età evolutiva è ormai noto che è impossibile disgiungere i diversi ambiti di sviluppo (linguistico, cognitivo, neuromotorio, affettivo-relazionale, etc.), di conseguenza l'interdisciplinarietà è intesa come presa in carico globale del paziente mediante un processo integrato e continuativo attraverso cui deve essere garantito il governo coordinato degli interventi per favorire la riduzione del disturbo, l'inserimento scolastico, sociale e lavorativo dell'individuo, orientato al più completo sviluppo delle sue potenzialità.</p>
--	---

	<p>A tal fine è opportuno :</p> <ul style="list-style-type: none"> - attivare opportuni interventi psico-pedagogici al di fuori delle strutture sanitarie e di concerto con la scuola attraverso la realizzazione di un laboratorio attrezzato con strumenti di abilitazione e riabilitazione quali pc con software didattico, sintesi vocale, calcolatrice vocale, registratore-lettore mp3, materiale per la musicoterapia, materiale ludico-didattico ecc. Il laboratorio, potrà essere rivolto tanto a gruppi di studenti quanto a singoli, con regolarità, secondo un preciso programma individualizzato. - Il lavoro in gruppo rappresenta un utile approccio metodologico per i ragazzi perché possano confrontarsi con le singole difficoltà, attuando in modo cooperativo, le più efficaci e opportune strategie di compenso. Di conseguenza il ruolo dell'adulto diventa di guida e supervisione indiretta. Ciò rafforza il senso identitario e l'autostima dei singoli ragazzi, riducendo il rischio di insorgenza di disturbi psicopatologici secondari. <p>Questo tipo di laboratorio può essere di grande utilità per intervenire nei confronti delle difficoltà legate a disturbi specifici di apprendimento (Dislessia, Disgrafia, Disortografia, Discalculia) per i quali saranno previsti anche corsi sull' uso del pc, uso delle sintesi vocali e dei traduttori multilingua, uso dell'editor di scrittura vocale, uso delle mappe concettuali, uso degli audiolibri e dei convertitori di libri in formato mp3...ecc</p>
DESCRIZIONE	<p>La metodologia è articolata in più fasi , sotto specificate :</p> <ul style="list-style-type: none"> - VALUTAZIONE DIAGNOSTICA <p>1. Anamnesi: accurata e mirata alle possibili cause: sofferenza encefalica precoce (pre o perinatale) o post-natale (infezioni, traumi, encefalopatie epilettiche...); alterato sviluppo delle tappe motorie, prassiche e linguistiche, dell'organizzazione affettivo-relazionale; inadeguate esperienze ambientali (carenze, traumi, abusi...). Rilievo di disturbi neurologici (epilessia, disturbi motori, disturbi del sonno, cefalea...) e/o psichiatrici (ritardo mentale, disturbi generalizzati dello sviluppo, disturbo dell'umore, disturbo d'ansia, disturbo di personalità, psicosi...). Ricerca nei familiari di dislessia, discalculia, disortografia. Indagine sui tempi di acquisizione delle abilità di pregrafismo e dei primi elementi di lettura scrittura e calcolo.</p> <p>2. Esame somatico obiettivo: misurazione della circonferenza cranica, valutazione dell'accrescimento staturico-ponderale e rilievo di eventuali disfunzioni-alterazioni di organi e apparati, in particolare uditivo e visivo.</p> <p>3. Esame neurologico: valutazione dell'organizzazione posturale-motoria, delle abilità prassiche manuali, della coordinazioni visuo-motoria, della dominanza laterale; rilievo di segni patologici (spasticità, discinesie, atassia, aspetti disprassici e disartrici...). Esame dei segni neurologici minori.</p>

- PERCORSO PSICODIAGNOSTICO:

4.1. Indagine psicodiagnostica: l'esame di base comprende le fasi a) e b) alle quali possono essere aggiunte le fasi c) e d) con utilizzazione degli strumenti metodologici mirata al singolo caso, a scelta dell'operatore e secondo le risorse disponibili:

a) Valutazione dell'intelligenza generale con l'uso di almeno un test psicométrico (WPPSI, WISC III, WAIS R, Matrici di Raven, Leiter-R); è importante considerare il profilo delle prove, in particolare possibili discrepanze fra subtest verbali e di performance;

b) Valutazione delle abilità di lettura e scrittura:

- per la lettura (MT prove di lettura, Cornoldi C; Batteria per la valutazione della dislessia e della disortografia evolutiva, Sartori G, Job R, Tressoldi);

- per la scrittura (Batteria per la valutazione della scrittura e delle competenze ortografiche, Tressoldi PE, Cornoldi C);

- per la matematica (Biancardi A., Nicoletti C., test BDE; Lucangeli D, Tressoldi PE, Fiore C, Test ABCA, Valutazione delle abilità di calcolo aritmetico).

c) Valutazione di varie funzioni neuropsicologiche con batterie specifiche, da utilizzare in modo mirato a seconda del caso:

- per le competenze percettive visuo-spaziali (Progressive Matrices di Raven 47 e 38) e visuo-motorie grafo-spaziali (test di Hilda Santucci e Bender Santucci, test di Frostig, Figura complessa di Rey);

- per le abilità di memoria: uditiva (Span di cifre [digit span test], memoria di parole e di frasi [listening span test]) e visiva (cubi di Corsi, Figura complessa di Rey);

- per le capacità di attenzione (prova delle Campanelle, MFCPR);

- per abilità motorie (Scala di Oseretzki; Movement ABC);

- per la dominanza laterale: prove di Zazzo, di Oldfield;

- per le competenze linguistiche per l'analisi delle abilità di comprensione, produzione, sintassi e semantica e pragmatica; prove di fluency verbale, token test; test TVL per

valutazione del linguaggio, di Cianchetti e Sannio Fancello, Edizioni Erikson; prove di valutazione della comprensione linguistica, Rustioni, Metz, Lancaster;

- per capacità di pianificazione (Labirinti di Porteus, Torre di Londra, Winsconsin Card Test);

- per i prerequisiti della lettura e scrittura: PRCR2.

d) Valutazione dell'organizzazione emotivo-relazionale:

- colloqui con i soggetti e i familiari, osservazione del comportamento;

- uso di tecniche proiettive: test carta-matita (Machover, Corman, Koch); favole di Duss; Blacky pictures test; CAT e TAT; Rorschach;

- Scale di valutazione per disturbi psicopatologici specifici: per inquadramento dei sintomi (Child Behaviour Check List, CBCL), per disturbo da deficit di attenzione e iperattività (SDAI e SDAG, Scala Conners), per depressione (Child Depression Inventory CDI di Kovacs per autosomministrazione).

4.2. Indagini neurodiagnostiche mirate per casi nei quali alcuni segni clinici che emergono dall'anamnesi, esame neurologico e/o dall'indagine psicodiagnostica orientino per un danno/disfunzione

	<p>cerebrale: EEG in veglia e - in casi selezionati – EEG dopo deprivazione di sonno, potenziali evocati sensoriali ed evento-correlati o lettura-correlati, RM cerebrale.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valutazione pediatrica mirata per possibili disturbi somatici significativi che possano influenzare l'adattamento e apprendimento scolastico (anemia, diabete, grave asma, gravi anomalie della condotta alimentare...). - Visita oculistica per l'esame dell'acuità visiva e/o di eventuali disturbi della coordinazione binoculare. - Visita otorinolaringoiatrica (ORL) e valutazione audiologica. <p>Una fase successiva è rivolta alla terapia dei DSA.</p> <p>La terza fase è rivolta alla cura e al trattamento dei bambini e ragazzi con DSA, che pur non potendo prescindere dall'attuazione di specifici training e programmi riabilitativi specifici, deve tener conto della necessità di ridurre la medicalizzazione di questi bambini e prevedere forme integrate con altri Enti e Istituzioni che operano nel territorio. Così nell'ottica dell'interdisciplinarietà, intesa come presa in carico globale del paziente e attuata mediante un processo integrato e continuativo attraverso il quale deve essere garantito il governo coordinato degli interventi al fine di favorire la riduzione del disturbo, e di conseguenza un sereno inserimento scolastico, sociale e lavorativo dell'individuo, è opportuno :</p> <ul style="list-style-type: none"> - attivare opportuni interventi psico-pedagogici al di fuori delle strutture sanitarie e di concerto con la scuola attraverso la realizzazione di un laboratorio attrezzato con strumenti di abilitazione e riabilitazione quali pc con software didattico, sintesi vocale, calcolatrice vocale, registratore-lettore mp3, materiale per la musicoterapia, materiale ludico-didattico ecc. Il laboratorio, potrà essere rivolto tanto a gruppi di studenti quanto a singoli, con regolarità, secondo un preciso programma individualizzato. - Il lavoro in gruppo rappresenta un utile approccio metodologico per i ragazzi perché possano confrontarsi con le singole difficoltà, attuando in modo cooperativo, le più efficaci e opportune strategie di compenso. Di conseguenza il ruolo dell'adulto diventa di guida e supervisione indiretta. Ciò rafforza il senso identitario e l'autostima dei singoli ragazzi, riducendo il rischio di insorgenza di disturbi psicopatologici secondari. <p>Questo tipo di laboratorio può essere di grande utilità per intervenire nei confronti delle difficoltà legate a disturbi specifici di apprendimento (Dislessia, Disgrafia, Disortografia, Discalculia) per i quali saranno previsti anche corsi sull'uso del pc, uso delle sintesi vocali e dei traduttori multilingua, uso dell'editor di scrittura vocale, uso delle mappe concettuali, uso degli audiolibri e dei convertitori di libri in formato mp3...ecc</p>
OBIETTIVI	<ol style="list-style-type: none"> 1. consistono nell'individuare bambini o adolescenti con DSA 2. attivare appropriato percorso diagnostico in epoca precoce 3. attivare percorsi integrati scuola-famiglia- servizio sanitario al

	<p>fine di mettere in atto modalità congrue nell'apprendimento, evitando l'insorgenza di rischi psicopatologici secondari</p> <p>4. attivare attività abilitative in gruppo e in chiave laboratoriale anche multimediale per favorire il compenso e il recupero delle difficoltà rilevate e di facilitare la comunicazione fra pari .</p> <p>Il personale deve essere formato da un team interdisciplinare (medico specialista in NPI, psicologo, logopedista e eventuale neuro psicomotricista dell'età evolutiva) coordinato e diretto dal medico specialista in NPI. Il progetto potrebbe prevedere un'intesa fra operatori istituzionali, quali quella del neuropsichiatra infantile e operatori impegnati a progetto , quali :</p> <ul style="list-style-type: none"> • N. 4 psicologi con esperienza clinica e specifica formazione nel settore ; • N. 3 logopedisti <p>N. 1 neuropsicomotricista dell'età evolutiva</p>
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	<p>Il progetto prevede un periodo di tre anni con verifica semestrale.</p> <p>Il primo anno è di sperimentazione su un campione selezionato, con centralità sulla zona di Campobasso , aperto a tutti i residenti della Regione Molise, con individuazione anche degli ambienti per effettuare la messa in atto di attività laboratoriale.</p> <p>I successivi due anni prevedono l'implementazione sul territorio regionale.</p> <p>Il progetto prevede una verifica ogni 6 mesi attraverso valutazioni diagnostiche e funzionali specifiche.</p>
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	<ul style="list-style-type: none"> • il numero di scuole e/o istituti coinvolti.....15 • la appropriatezza del percorso diagnostico confrontata con evidenze scientifiche attuali <p>Implementazione di un'attività laboratoriale multimediale.</p>
RISULTATI ATTESI	<p>Costruire una rete specifica e interattiva fra gli operatori dell'età evolutiva sul territorio regionale.</p> <p>Ridurre i tempi di attesa per l'individuazione del DSA</p> <p>Sperimentazione di una didattica mirata e specifica con modalità laboratoriale multimediale.</p>

PROSPETTO ECONOMICO

DESCRIZIONE	TOTALE IMPEGNO ECONOMICO PRESUMIBILE (IN EURO)
<u>PERSONALE</u>	
Personale a contratto	€ 150.000,00
Personale dipendente	€ 50.000,00
Coordinamento struttura centralizzata	€ 20.000,00
Supporto amministrativo al responsabile. del procedimento regionale	€ 20.000,00
<u>MISSIONI</u>	
	0
<u>ATTREZZATURE E RISTRUTTURAZIONI</u>	
Adeguamento strutture	€ 120.000,00
Attrezzature	€ 30.000,00
<u>MATERIALI DI CONSUMO</u>	
Materiale	€ 10.000,00
<u>ALTRO</u>	
Formazione del personale	€ 10.000,00
<u>TOTALE</u>	€ 410.000,00



Direzione Generale per la Salute

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	Regione Molise
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	Decreto del Commissario <i>ad Acta</i> n. del
LINEA PROGETTUALE	Miglioramento dell'offerta riabilitativa
TITOLO DEL PROGETTO	Percorso abilitativo specifico delle funzioni comunicative e adattive in bambini e adolescenti con disturbi dello spettro autistico
DURATA DEL PROGETTO	36 mesi
REFERENTE/ENTE ATTUATORE	Regione Molise – Direzione Generale per la Salute / A.S.Re.M.

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€. 300.000,00
--------------------------------	---------------

IL PROGETTO

CONTESTO	<p>In molti paesi c'è un aumento documentabile di casi di bambini – soprattutto maschi – con la diagnosi di disturbi dello spettro autistico (ASD) (sindrome da alterazione globale dello sviluppo psicologico, secondo l'ICD-10, International statistical classification of diseases and related health problems, cioè la classificazione internazionale delle malattie pubblicata dall'Organizzazione mondiale della sanità nel 1992). Negli ultimi anni si è constatato che i disturbi dello spettro autistico sono molto più frequenti rispetto a quanto ritenuto in passato. Questo significa che sempre più famiglie sono coinvolte e che spesso si sentono perse e non sanno come poter aiutare il loro bambino. Nello specifico si tratta di una "famiglia" di disturbi che comprendono le forme tipiche e atipiche di autismo e la sindrome di Asperger. In ogni caso si tratta di disturbi causati da un disordine organico dello sviluppo. Le aree prevalentemente interessate sono quelle relative all'interazione sociale reciproca, all'abilità di comunicare idee e sentimenti e alla capacità di stabilire relazioni con gli altri (Baird et al., 2003; Berney, 2000; Szatmari, 2003). Questa sindrome ha esordio nei primi 3 anni di vita. Molti genitori notano i primi problemi nelle aree di comportamento sopra citate, tra i 15 ed i 18 mesi di vita del bambino (Ozand et al, 2003). Young et al (2003) suggeriscono che alcuni dei sintomi vengono notati dai genitori prima dei due anni di vita del bambino. La diagnosi precoce significa intervento precoce, e questo può condurre in alcuni casi ad una migliore prognosi in età adulta. Anche se i deficit sociali assumono</p>
----------	--

	<p>un'espressività variabile nel tempo, l'autismo si configura come una "disabilità permanente" che accompagnerà l'individuo per tutto l'arco della vita con gravità variabili da soggetto a soggetto . In termini più semplici e descrittivi, i bambini con autismo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • hanno compromissioni qualitative del linguaggio anche molto gravi fino a una totale assenza dello stesso ; • manifestano incapacità o importanti difficoltà a sviluppare una reciprocità emotiva, sia con gli adulti sia con i coetanei, che si evidenzia attraverso comportamenti, atteggiamenti e modalità comunicative anche non verbali non adeguate all'età, al contesto o allo sviluppo mentale raggiunto ; • presentano interessi ristretti e comportamenti stereotipati e ripetitivi. <p>Tutti questi aspetti possono accompagnarsi anche a ritardo mentale, che si può presentare in forma lieve, moderata o grave. La ricerca scientifica ha dimostrato che gli interventi dovrebbero iniziare quanto prima possibile (Buschbacher and Fox, 2003).</p> <p>Gli studi indicano chiaramente che i bambini che iniziano l'intervento prima dei cinque anni d'età hanno un risultato di gran lunga superiore. Tra gli approcci che, negli ultimi trent'anni, si sono posti l'obiettivo di rispondere ai bisogni dei soggetti autistici e delle loro famiglie, sono maggiormente raccomandati dalle linee guida in merito gli approcci ad indirizzo comportamentale.</p>
DESCRIZIONE	<p>Il progetto sarà coordinato dall' U.O.S. a V.D. di NPI e Riabilitazione dell'età evolutiva che si occupa della fascia di età 0-18 anni. Viene scelto il programma ad indirizzo comportamentale ovvero un approccio che prevede una collaborazione costruttiva ed indispensabile tra le diverse forze che interagiscono attorno al singolo soggetto. I tre principali sottosistemi che formano il sistema curante, sono: - il sistema socio-sanitario - il sistema scolastico; - il sistema famiglia. Si tratta di creare una interazione che permette lo scambio di competenze e il supporto reciproco fra i vari sistemi, con l'obiettivo di migliorare la qualità di vita del soggetto autistico. La metodologia prevede :</p> <p>A) VALUTAZIONE NEUROPSICHIATRICA INFANTILE</p> <p>1. Anamnesi: accurata e mirata alle possibili cause: sofferenza encefalica precoce (pre o perinatale) o post-natale (infezioni, traumi, encefalopatie epilettiche...); alterato sviluppo delle tappe motorie, prassiche e linguistiche, dell'organizzazione affettivo-relazionale; inadeguate esperienze ambientali. Rilievo di disturbi neurologici (epilessia, disturbi motori, disturbi del sonno, cefalea...) e/o psichiatrici (ritardo mentale, disturbi generalizzati dello sviluppo, disturbo dell'umore, disturbo d'ansia, disturbo di personalità, psicosi...). Ricerca nei familiari di dislessia, discalculia, disortografia. Indagine sui tempi di acquisizione delle abilità di pregrafismo e dei primi elementi di lettura scrittura e calcolo.</p> <p>2. Esame somatico obiettivo: misurazione della circonferenza cranica, valutazione dell'accrescimento staturale-ponderale e rilievo di eventuali disfunzioni-alterazioni di organi e apparati, in particolare uditivo e</p>

visivo.

3. Esame neurologico: valutazione dell'organizzazione posturale-motoria, delle abilità prassiche manuali, della coordinazioni visuo-motoria, della dominanza laterale; rilievo di segni patologici (spasticità, discinesie, atassia, aspetti disprassici e disartrici...). Esame dei segni neurologici minori.

B) PERCORSO PSICODIAGNOSTICO:

4.1. Indagine psicodiagnostica sarà rivolta attraverso metodi di osservazioni diretta e indiretta ad inquadrare la tipologia del disturbo autistico, secondo le linee guide prodotte dalla S.I.N.P.I.A. (Società Di Neuropsichiatria per l'Infanzia e Adolescenza).

C) APPROCCIO TERAPEUTICO

L'obiettivo principale di questo progetto è creare una rete tra tutte le figure professionali, familiari e sociali presenti nella vita del bambino, in modo che egli abbia chiarezza e coerenza negli apprendimenti e relazioni sociali. Il programma comportamentale rappresenta una modalità di presa in carico globale della persona con autismo o con disturbo generalizzato dello sviluppo: consiste, infatti, in un sistema di servizi che comprende scuole, centri riabilitativi, strutture e case-famiglia per adulti. All'interno del programma sono messe a punto metodologie educative e strategie abilitative, basate sull'educazione strutturata e su un approccio cognitivo-comportamentale. L'insegnamento strutturato ha come strumento principale di comunicazione il supporto visivo: al fine di favorire una migliore riuscita dell'intervento viene applicata una strategia di strutturazione dell'ambiente che utilizza uno dei possibili punti di forza delle persone con autismo, cioè l'abilità di elaborare proprio le informazioni visive. Considerato che le difficoltà dei ragazzi con problemi di autismo non riguardano solo il linguaggio verbale ma anche tutta una serie di caratteristiche legate alla pragmatica della comunicazione e alle regole sociali di tipo non verbale, l'organizzazione dello spazio è fondamentale. La terapia avverrebbe sia a livello ambulatoriale, all'interno dell'Unità Operativa di NPI, che nella scuola del bambino, dove gli operatori si recherebbero settimanalmente per condividere con le insegnanti il programma educativo e/o sostenere il loro lavoro in caso di difficoltà o cambiamenti.

La famiglia parteciperebbe, settimanalmente o mensilmente, al lavoro col bambino e le terapisti, in modo che essa sia il più possibile informata e formata sul lavoro svolto col figlio, possa anch'essa prendere parte alle attività, proseguirle eventualmente a casa, e creare una rete più coerente e chiara d'intervento. La famiglia può in qualsiasi momento chiedere un colloquio con l'equipe professionale per chiedere chiarimenti e/o aiuto. e

Il personale deve essere formato da un team interdisciplinare (medico specialista in NPI, psicologo, logopedista e neuropsicomotricista dell'età evolutiva con esperienza clinica e specifica formazione nel

	<p>settore) coordinato e diretto dal medico specialista in NPI ; Come risorsa appartenente all'U.O. a V.D. di NPI si propongono i medici specialisti in NPI. Sarebbero invece da reclutare i seguenti operatori :</p> <ul style="list-style-type: none"> • N. 1 logopedista • N. 2 neuropsimotricista dell'età evolutiva • N.4 psicologi <p>N.2 educatori professionali</p>
OBIETTIVI	<p>Al fine di garantire un efficace intervento sono necessari :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Collaborazione con la famiglia: se gli operatori professionali sono esperti di bambini, di autismo e di trattamenti educativi speciali, i genitori sono, dal canto loro, i migliori esperti del proprio bambino; da un'efficace collaborazione si possono quindi ottenere i risultati migliori. 2. Personalizzazione dell'intervento: ogni bambino autistico è unico, e per questo l'approccio comportamentale non propone un percorso rigido da applicare passo per passo a tutti i bambini, ma fornisce linee e strumenti per individuare i punti di forza, gli stili di apprendimento, le difficoltà, gli obiettivi e le priorità di ciascuno. 3. Diagnosi e valutazione precisa: una diagnosi corretta (secondo i criteri del DSM IV o dell'ICD-10)¹² è essenziale ai fini dell'intervento, così come esso non può prescindere da una precisa conoscenza delle abilità del bambino in aree essenziali: imitazione, percezione, motricità fine, motricità globale, coordinazione occhio-mano, capacità cognitive e capacità verbali; si valutano inoltre le modalità di interazione sociale e di comunicazione.. 4. Programmazione: il lavoro educativo con il bambino autistico si svolge in tutti i suoi ambienti di vita: non solo, quindi, in ambulatorio, ma anche e soprattutto a casa e a scuola. Coinvolge tutte le aree indagate in fase di valutazione privilegiando quelli che sono i punti di forza del bambino piuttosto che le sue carenze: si promuove l'uso indipendente di quelle capacità che il bambino ha mostrato di possedere e lo sviluppo di quelle apparse come «emergenti», ovvero in fase di acquisizione. Gli obiettivi educativi — a lungo, medio e breve termine — vengono individuati nelle aree funzionali dell'autonomia, della socializzazione, della comunicazione, dell'apprendimento e del tempo libero. 5. Strutturazione: nell'insegnare al bambino autistico occorre venire incontro alle peculiari modalità di essere e di agire proprie della persona con autismo: occorre progettare e organizzare lo spazio fisico e lo scorrere del tempo per aiutarlo a comprendere cosa ci si aspetta da lui in un dato momento, dove dovrà impegnarsi, per quanto tempo, cosa succederà dopo. I mezzi utilizzati, che tengono conto delle «aree forti», sono solitamente di tipo visivo: fotografie, disegni, oggetti o etichette scritte. È bene, inoltre, eliminare o ridurre stimoli potenzialmente in grado di distrarre il bambino e preparare compiti che «parlino da soli», suggerendogli cosa fare e come. E' importante non solo individualizzare un progetto abilitativo sulla base della valutazione del bambino, ma anche avere una visione d'insieme di quelle che sono le

	risorse, i vincoli e i bisogni dei contesti in cui il bambino è inserito (primi tra tutti, famiglia e scuola). Ciò implica che le metodologie dovranno adattarsi al contesto e non viceversa.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	<p>Il progetto prevede un periodo di tre anni con verifica semestrale.</p> <ul style="list-style-type: none">- Il primo anno è di sperimentazione su un campione selezionato, con centralità sulla zona di Campobasso , aperto a tutti i residenti della Regione Molise.- I successivi due anni prevedono l'implementazione sul territorio regionale. <p>Il progetto prevede una verifica ogni 6 mesi attraverso valutazioni diagnostiche e funzionali specifiche.</p>
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	<p>Gli indicatori possono consistere nella messa a punto di strategie ecologiche mirate al riconoscimento precoce di bambini con problematiche appartenenti allo spettro autistico, all'ottimizzazione di una presa in carico continuativa che coinvolge tutti i contesti di vita e al rilevamento di indici di miglioramento della qualità di vita delle famiglie e del bambino.</p>
RISULTATI ATTESI	<p>Raggiungere una maggiore appropriatezza clinica e riabilitativa nelle procedure diagnostiche e terapeutiche e un minor ricorso alla riabilitazione in strutture esterne intra ed extra regionali</p>

PROSPETTO ECONOMICO

DESCRIZIONE	TOTALE IMPEGNO ECONOMICO PRESUMIBILE (IN EURO)
<u>PERSONALE</u>	
Personale a contratto	€. 100.000,00
Personale dipendente	€. 20.000,00
Coordinamento struttura centralizzata	€. 10.000,00
Supporto amministrativo al responsabile. del procedimento regionale	€. 5.000,00
<u>MISSIONI</u>	
<u>ATTREZZATURE E RISTRUTTURAZIONI</u>	
Adeguamento strutture e/o attrezzature	€. 125.000,00
<u>MATERIALI DI CONSUMO</u>	
Materiale	€. 20.000,00
<u>ALTRO</u>	
Formazione del personale	€. 20.000,00
<u>TOTALE</u>	€. 300.000,00



Direzione Generale per la Salute

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	Regione Molise
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	Decreto del Commissario <i>ad Acta</i> n. del
LINEA PROGETTUALE	La salute mentale
TITOLO DEL PROGETTO	Popolazione a rischio e disuguaglianza sociale: interventi terapeutici riabilitativi
DURATA DEL PROGETTO	36 mesi
REFERENTE/ENTE ATTUATORE	Regione Molise – Direzione Generale per la Salute / A.S.Re.M.

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 225.000,00
--------------------------------	--------------

IL PROGETTO

CONTESTO	<p>“Il Centro di Salute Mentale è il fulcro dell’assistenza psichiatrica ed è responsabile dei programmi globali, individuali e selettivi per la Tutela e Promozione della salute mentale.</p> <p><i>Il CSM ha competenza su:</i></p> <p>A) Centro Diurno B) Ambulatori Clinici Decentrati C) Strutture Residenziali e semiresidenziali D) Ogni altra Attività Territoriale”</p> <p>Situazione relativa al Personale attualmente in dotazione al CSM di Termoli</p> <p>La sopra citata Legge Regionale di riferimento (n.30/2002), prevede la seguente dotazione di personale per tutto il DSM:</p> <p><i>a) 1 Psichiatra ogni 10.000 abitanti oltre al primario direttore del DSM.</i></p> <p>La figura professionale del medico psichiatra nel CSM, grazie al contratto che viene rinnovato da circa 3 anni (attualmente si è in attesa di nomina del sostituto, come si rammentava sopra, date le dimissioni della psichiatra nominata a suo tempo), risponde alle esigenze e agli standards. La psichiatra incaricata ha assicurato (unico caso tra i tre DDSSMM) l’assistenza</p>
----------	--

	<p>sistematica presso le carceri di Larino.</p> <p><i>b) 1 Psicologo ogni 30.000 abitanti.</i> Mancano due psicologi.</p> <p><i>c) 1 Sociologo.</i> Figura mai attribuita.</p> <p><i>d) 1 Assistente Sociale ogni 30.000 abitanti.</i> Ne sono in servizio 3 a tempo pieno e una part-time. Per l'assetto del CSM ne occorrerebbe un'altra.</p> <p><i>e) 3 Infermieri ogni 10.000 abitanti.</i> Gravissime carenze. Dovendo rispettare le esigenze della popolazione (e rispondendo agli standards previsti), l'U.O.C. CSM dovrebbe avere almeno 8 infermieri in più.</p> <p><i>f) 1 Caposala.</i> Il posto è coperto.</p> <p><i>g) 1 Amministrativo ogni 50.000 abitanti.</i> Mai assegnato. Esiste la Direzione Amministrativa congiunta dei DDSSMM di Termoli e di Campobasso, composta dal Direttore e da una sola impiegata.</p> <p><i>h) 1 Operatore Sanitario Ausiliario ogni 20.000 abitanti.</i> Per tutto il DSM dovrebbero quindi essere almeno 5. Per il CSM quindi due o tre. Assenza assoluta di questa professionalità.</p> <p>A fianco del CSM, dal 2003, è presente l'Associazione "Incontrarsi" Onlus, cui aderiscono familiari, Utenti e persone della società civile desiderose di supportare gli stessi Utenti e familiari nei propri diritti. L'Associazione da sempre collabora col Centro di Salute Mentale nella lotta allo stigma, e raccoglie dai propri associati la richiesta che sale dal territorio di informazione, aiuto e supporto delle famiglie che vivono al loro interno la malattia mentale. Ha pienamente aderito al presente progetto, come del resto accade per ogni significativa costruzione (quindi una co-costruzione) di percorsi terapeutici, riabilitativi, formativi promossi dal CSM stesso.</p> <p>L'eventuale, auspicato finanziamento andrebbe ad integrarsi e ad ottimizzare quanto in corso, offrendo opportunità di ottimizzazione di alcuni aspetti dei bisogni emergenti dal territorio e bene rappresentati dall'Associazione stessa.</p> <p>Il Molise, proprio per la sua conformazione geografica, è una Regione di difficile accesso: paesi piccoli, isolati, popolazione per la maggior parte anziana, infrastrutture scarse e rete viaria obsoleta.</p> <p>In questo contesto la rilevazione della malattia psichiatrica, soprattutto agli esordi, è difficilmente attuabile.</p> <p>Nel tempo si è constatato un progressivo rallentamento nell'arrivo di nuove segnalazioni di psicosi giovanili; il che, purtroppo, non</p>
--	---

corrisponde ad una realtà territoriale, dove in effetti si rilevano a posteriori nuovi casi, spesso non curati o nascosti, indice indiretto di non conoscenza delle reali possibilità di cura e di serie difficoltà di segnalazione. Frequentemente le famiglie dei portatori di disagio contribuiscono a creare e rafforzare il ritiro e l'isolamento, sia perché sono più o meno consapevolmente esse stesse parte integrante e partecipe del disagio, sia perché, nel tentativo di evitare la stigmatizzazione del congiunto e propria, cercano di nascondere e nascondersi, quasi a non voler vedere lo stato di disagio. Le dinamiche di queste famiglie coinvolte sono esse stesse generatrici di sofferenza e di immobilismo, impedendo di fatto il superamento della solitudine e della chiusura. Infatti gli atteggiamenti di protezione e di cura della famiglia portano ben presto a condizioni di vita soffocanti.

L'intervento (purtroppo tardivo) che si riesce ad attuare, una volta esploso il problema, è il ricovero in strutture ospedaliere che, pur intervenendo sulla crisi, non possono assicurare quella continuità di cura e quel supporto alle famiglie che il Centro di Salute Mentale, soprattutto se coinvolto nella fase iniziale della malattia, può dare.

Purtroppo non esiste attualmente una rete efficace valutare, porre in atto strumenti che, se ben usati, potrebbero rilevare esordi di patologie psichiatriche. L'insorgenza della malattia, vista la giovane età dei soggetti, può facilmente essere scambiata per una classica crisi adolescenziale, e per questo sottovalutata. In definitiva, emerge la necessità di offrire un servizio attento ai bisogni e alle richieste dell'utenza, un ascolto reale con maggiore copertura temporale, relazionarsi con le Istituzioni, i Comuni, i Medici di medicina generale, supportare i pazienti gravi e i soggetti appartenenti a popolazioni a rischio.

Nel tempo si è constatato un progressivo rallentamento nell'arrivo al CSM di nuove segnalazioni, che purtroppo non corrisponde ad una realtà territoriale dove si continuano a riscontrare nuovi casi, spesso non curati o nascosti, indice indiretto di non conoscenza delle reali possibilità di cura e di serie difficoltà di segnalazione.

Un potenziamento nel territorio della presenza del CSM sarebbe propedeutico per una diminuzione dei ricoveri, TSO, trasferimenti degli utenti fuori Regione, sia in regime di ricovero ordinario che per percorsi in Comunità Terapeutiche, le cui rette vanno dai 4.000 ai 7.000 euro mensili pro capite. Diventa necessario creare delle occasioni di facile accesso alle famiglie per ottenere informazioni e aiuto; la non conoscenza impedisce una prevenzione estesa ed efficace.

Il CSM di Termoli è operativo dal 2000, e dal 2008 assicura l'apertura giornaliera per 12 ore.

Sintesi dei principali servizi assicurati:

Sito in Termoli, alla via del Molinello 1, presso il vecchio ospedale, è aperto per 12 h/die, escluso il Sabato (chiusura alle 14), come da normativa in materia

- Attività ambulatoriale assicurata dai medici e dagli psicologi,

	<p>presso il CSM, per sei giorni a settimana, di mattina e di pomeriggio; di Sabato solo di mattina,</p> <ul style="list-style-type: none"> - Attività delle Assistenti Sociali presso il CSM e per tutto il territorio, dalle 8 alle 18,30 (il Sabato fino alle 14). - Tre ambulatori territoriali. L'U.O.C. assicura presenza ambulatoriale (con interventi territoriali richiesti e programmati): ogni venerdì mattina a Larino; ogni due martedì a Santa Croce, ogni due martedì a Montenero di Bisaccia. - Attività territoriale sistematica, seppur limitata dalla carenza di risorse umane e strutturali, peraltro in uno spazio orograficamente disagiata e per una popolazione residente di oltre 110.000 abitanti. - Assistenza presso il carcere di Larino, purtroppo assicurata solo da uno psichiatra, mentre è indispensabile la co-gestione con Psicologo, Assistente Sociale, Infermiere, cosa resa impossibile dalla carenza di tutte queste professionalità. Peraltro attualmente si è in attesa dell'assegnazione del sostituto, poiché la psichiatra nominata si è auto-dimessa. - Strutture Riabilitative di Casacalenda e attività territoriali collegate, che richiedono la presenza del Personale del CSM. - Rapporti e verifiche con le Strutture Riabilitative extra-regionali. - Co-gestione del Centro Diurno e del Centro Socio-lavorativo, di recente attivazione. - Riunioni di macro-équipe degli operatori del CSM; riunioni con gli Operatori delle cooperative; riunioni di micro-équipes per la costruzione del Progetto Terapeutico Individualizzato su ogni Utente grave e gravoso. - Attività riabilitative, gruppi, laboratori. - Attività Amministrativa (il CSM non dispone di un Amministrativo, quando la legge Regionale ne prevede "uno ogni 50000 abitanti"). Gli infermieri inseriscono e gestiscono i dati chiesti da ASReM, Regione, Nucleo Valutazione. - Partecipazione alla Commissione UVA. - Tutte le attività relative alla tutela della salute mentale, alla prevenzione, alla psichiatria fiscale, alle commissioni medico-legali. <p>Le leggi nazionali e regionali individuano nel CSM il fulcro dell'attività assistenziale; ne deriva la necessità, per il CSM di Termoli, di uniformarsi alle esigenze del nuovo Progetto Regionale di informatizzazione della raccolta dati (Sism) del SSN. Il Sism si è avviato circa un anno fa, ma è ancora in fase di sperimentazione sul campo. L'immissione dati e il debito informativo è obbligo di legge e per assolvere a tale compito vi è bisogno di personale dedicato. . Per i tempi dovuti all'istruzione del personale tutto, nonché al fatto che, dovendo recuperare un pregresso di due anni e le ovvie difficoltà dovute alla applicazione reale del nuovo software, il CSM di Termoli si è trovato a dover affrontare improvvisamente una notevole implementazione del lavoro, il carico degli ambulatori territoriali è stato giocoforza trascurato</p>
--	--

	<p>e l'inserimento dei dati relativi a questi è avvenuto solo in parte. Per quanto riguarda il programma interno di gestione, l'inserimento dati è fermo ad Agosto 2011.</p> <p>Un'altra priorità, per la sua gravità e impellenza, è quella carceraria. La situazione delle carceri resta invivibile, una situazione oramai diventata ingestibile, con provvedimenti che non incidono significativamente su un sovraffollamento da tutti ritenuto la principale causa del disagio dei detenuti, di cui il suicidio rappresenta l'espressione più inquietante, vero "evento sentinella" da contrastare a tutti i costi. Occorre quindi affrontare il problema con strumenti diversi da quelli usati o riattivare quelli già previsti dalla normativa: il carcere deve ritornare ad essere la risposta ultima ai fenomeni di devianza.</p> <p>Dal 2008 il CSM di Termoli collabora con la Casa Circondariale di Larino e, per le difficoltà oggettive a trasferire sistematicamente i detenuti presso il CSM o presso le sue sedi periferiche, si è reso necessario l'invio di uno psichiatra, per un giorno a settimana. Tali accessi rappresentano però un intervento-tampone, poiché i bisogni richiedono una sistematizzazione della presa in carico, o almeno una interazione più stratta con le risorse del carcere tesso.</p>
DESCRIZIONE	<p>Il Centro di Salute Mentale di Termoli, per rispondere, almeno in parte agli obiettivi proposti dalla Conferenza Stato-Regioni del 22 novembre 2012, intende proporre tre linee progettuali così come indicato nel documento, con riferimento specifico alla sanità penitenziaria (punto 5 dell'allegato A) e alla salute mentale (punto 11 dello stesso documento), e nell'ottica della creazione di buone pratiche.</p> <p>Dette linee, vengono intese come "<i>contrasto alle disuguaglianze sociali</i>", nella "<i>riprogrammazione e organizzazione ... nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) in modo da riorientarla in base all'asse di riferimento del contrasto alle disuguaglianze sociali</i>", attraverso l'"<i>adozione di strumenti di programmazione integrata con le istituzioni non sanitarie [...] mirata soprattutto ai soggetti di più bassa posizione sociale e culturale...</i>" con "<i>interventi attivi di prevenzione e assistenza sanitaria di base, anche attraverso l'utilizzo di ambulatori mobili che raggiungano gli utenti sul territorio...</i>" e "<i>l'arricchimento del sistema informativo, finalizzato alla raccolta di informazioni...</i>". (da "Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale. Anno 2012" protoc. Reg. 0017501/12 del 19/12/2012 - Linee Progettuali, Allegato A, linea 1, parte I e II).</p> <p>LE LINEE PROGETTUALI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Ascolto-decodificazione della domanda dal territorio e ampliamento dei servizi ambulatoriali e territoriali nell'area di Larino e del cratere sismico - ambulatorio "mobile", specie riferiti alla popolazione giovane e agli esordi psicotici. 2) Ottimizzazione del progetto regionale di informatizzazione della raccolta dati, onde poter incentivare l'emergere dei bisogni della popolazione.

3) Implementazione dell'assistenza nel carcere di Larino, il più congestionato del Molise.

4) Interventi terapeutici riabilitativi integrati.

Le finalità dell'intero progetto rispondono al perseguimento degli obiettivi che il Centro di Salute Mentale si è posto come obblighi nei confronti della popolazione, sopra esplicitati.

I LINEA

- Ascolto-decodificazione della domanda dal territorio
- Ampliamento dei servizi ambulatoriali e territoriali nell'area di Larino e del cratere sismico - ambulatorio "mobile",
Ambulatorio mobile

Una attenta valutazione dei bisogni ha evidenziato nella zona di Larino/Santa Croce, per intendersi, quella del cosiddetto "Cratere Sismico" (abitanti 30.000 complessivi; in età a rischio, cioè dai 13 ai 18 anni, 1810 adolescenti), un bacino di utenza particolarmente importante.

L'ambulatorio territoriale, con sede a Larino, al momento presente con apertura settimanale da parte dello psichiatra e bisettimanale da parte dello psicologo, non è in grado di soddisfare esaurientemente la domanda; ne consegue la necessità di un potenziamento del servizio.

È già mandato di un Centro di Salute Mentale l'intervento ambulatoriale in sedi diverse da quella dello stesso CSM. In Italia però non tutti i Centri di Salute Mentale sono operativi attraverso interventi ambulatoriali strutturati e sistematizzati.

Ferma restando la risposta alle esigenze del territorio fornita attraverso l'ambulatorio già assicurato, l'intervento previsto dal Progetto farebbe rispondere ai bisogni attraverso un netto miglioramento della domiciliarità, del lavoro di rete con istituzioni locali, con scambi con i Medici di Medicina Generale; così come si determinerebbe l'incentivazione di attività strutturate a seconda delle esigenze del determinato territorio. Un esempio può essere rappresentato da Comuni interessati in maniera particolare dal fenomeno dell'immigrazione, da sedi di Centri di accoglienza, dal supporto agli interventi sistematizzati di Associazioni tipo Caritas o Centri di servizio, tipo Il Melograno di Larino.

Si intende perciò aumentare la quantità, la tipologia, la frequenza temporale dei servizi erogati su quel territorio, creando una struttura più snella, "mobile", che possa offrire una più ampia opportunità di risposta ai bisogni e alle richieste dell'utenza, un ascolto reale con una maggiore copertura temporale.

Già in passato il CSM di Termoli ha fatto esperienze di questo tipo, ad esempio in occasione del sisma molisano del 2002 di S. Giuliano di Puglia; esperienza purtroppo sospesa per gli enormi carichi di lavoro

emersi negli anni immediatamente successivi.

Per ambulatorio mobile quindi si intende una risposta più articolata ai bisogni della popolazione, utilizzando proprio le risorse finanziate dal presente progetto.

Decentrando le attività, si otterrebbero interventi più immediati ed efficaci, una migliore visibilità e una risposta attenta e più adeguata alle richieste del territorio.

Questo per una migliore capacità di relazionarsi con le Istituzioni, i Comuni, i Medici di medicina generale, implementando la sinergia tra i servizi, approntando risposte nell'ottica dell'efficacia ed efficienza; specialmente, come in questo caso, in presenza di pazienti gravi e di popolazioni a rischio.

Il primo step prevede uno studio-mappatura del territorio. Il personale finanziato dal progetto incontrerà sia i medici di medicina generale che gli assistenti sociali, visiterà le Scuole Medie Superiori, le sedi parrocchiali e associative dei paesi che si trovano nella zona del Basso Molise, per capire quali possano essere i problemi più sentiti, le difficoltà che personale sanitario e strutture possano trovare con persone portatrici di patologie psichiatriche conclamate o con disagi ancora non diagnosticati e da affrontare. Questa linea progettuale perciò si ripropone una:

- lettura più capillare del territorio.
- una rilevazione più tempestiva e accurata dei bisogni emergenti dalla popolazione.

In seguito si propone una maggiore frequenza di presenza di operatori presso l'ambulatorio di Larino e interventi più sistematici sul territorio attraverso il servizio definito ambulatorio "mobile".

II LINEA

Ottimizzazione del progetto regionale di informatizzazione della raccolta dati, onde poter incentivare l'emergere dei bisogni della popolazione.

Il nuovo progetto regionale di informatizzazione ha evidenziato come sia fondamentale l'importanza dell'accoglienza degli utenti dei Servizi di Salute Mentale e la necessità di rendere concreto il Progetto Regionale di informatizzazione della raccolta dati (Sism).

Considerato che il funzionamento dello stesso CSM e l'erogazione dei LEA è in funzione del personale che vi opera; che la cronica carenza di personale (*3 Infermieri ogni 10.000 abitanti*. Gravissime carenze. Dovendo rispettare le esigenze della popolazione (e rispondendo agli standards previsti), l'U.O.C. CSM dovrebbe avere almeno 8 infermieri in più) rende ancora più complessa il corretto inserimento e il conseguente riscontro epidemiologico. Il personale richiesto potrebbe intervenire alleviando, almeno in parte, le difficoltà degli operatori attualmente

impegnati nell'inserimento dai dati. Gli operatori del CSM si integrerebbero ed interagirebbero con quelli auspicabilmente finanziati dal Progetto per una ottimizzazione nella raccolta, un'opportuna circolazione e un utilizzo mirato dei dati stessi. Attraverso il progetto si potranno effettuare rilievi epidemiologici più accurati che, in funzione dei dati raccolti, permettano uno studio approfondito dei bisogni e una risposta efficace in termini di prevenzione e applicazione di validi protocolli.

III LINEA

Implementazione dell'assistenza nel carcere di Larino, il più congestionato del Molise

Dal 2008 il CSM di Termoli collabora con la Casa Circondariale di Larino, che attualmente ospita circa 300 detenuti, in notevole soprannumero rispetto alle sue effettive potenzialità, contenendo un numero di ospiti che è quasi il triplo di quelli di Campobasso e Isernia. Attualmente il CSM risponde alle esigenze dell'Istituto di Pena con l'invio di uno psichiatra, un giorno a settimana. Tali accessi, come già evidenziato, rappresentano però un intervento-tampone, poiché i bisogni richiedono una sistematizzazione della presa in carico, o almeno una interazione più stretta con le risorse del carcere stesso.

Si è ben consapevoli che l'esclusivo ricorso allo psichiatra non è sufficiente e non risponde agli accordi tra i Ministeri della Giustizia e della Salute; occorre assicurare un'assistenza multidisciplinare.

Il CSM di Termoli, oltre a confermare lo psichiatra attualmente incaricato, col presente progetto vuole affiancare allo stesso la figura di uno psicologo, per un giorno a settimana, che assicurerebbe gli interventi nel carcere di Larino, certamente non esaustivi, ma più adeguati alle gravi problematiche che il carcere, per la sua precipua funzione istituzionale, inevitabilmente mette in luce. Le rimanenti ore dello Psicologo sarebbero distribuite nelle altre linee progettuali.

IV LINEA

Interventi terapeutici riabilitativi integrati.

Elaborazione del Software per le informazioni degli ospiti in accordo con i criteri del SISM tale da costituire un link con quello vigente per l'assistenza territoriale con l'aggiunta di un punteggio di sintesi e globale del Funzionamento Personale e Sociale. Le informazioni saranno disponibile per ogni struttura, per ogni UOC di Psichiatria e per il DSM con filtri selettivi per ogni livello. La presenza della variabile "clinica" di Funzionamento Personale e Sociale rappresenta non solo il punteggio basale necessario per la formulazione del progetto e dell'intervento riabilitativo, ma anche per il monitoraggio nel tempo della condizione dell'ospite e per la valutazione di routine dell'efficacia dell'intervento.

Per lo sviluppo del software, per la gestione del sistema e l'inserimento

routinario dei dati a regime si necessita di:

- 1 informatico
- 2 collaboratori tecnici

Si necessita come hardware di:

- 4 PC
- 4 stampanti
- 2 fotocopiatrici

Formazione del Personale dei CSM e delle Strutture Residenziali nei seguenti strumenti di valutazione, di interventi riabilitativi e di gestione. Quattro operatori per struttura per un totale di 96 operatori (4 x 14 SR) e 3 operatori per CSM per un totale di 9 operatori saranno formati alla Valutazione del Funzionamento Personale e Sociale tramite lo strumento FPS contenuto nel Manuale VADO (Erickson Editore, Trento), la scala ritenuta più riproducibile a livello internazionale conosciuta come PSP (Personal and Social Performance Scale) e dello strumento italiano “Camberwell Assessment of Need” (CAN) per la valutazione dei Bisogni degli utenti. Questo strumento analizza una vasta tipologia di Bisogni e raccoglie informazioni sia direttamente dagli utenti che dagli operatori di riferimento. Gli stessi operatori saranno formati agli interventi riabilitativi integrati attraverso l’approccio strutturato di Problem Solving in accordo con il Manuale pubblicato dai tipi della Erickson il cui approccio rappresenta in letteratura internazionale uno dei più efficaci ed efficienti. Nella formazione del Problem Solving sono previsti anche moduli di Social Skills Training. Per la formazione alla “FPS” si prevedono 3 giornate formative, per la formazione allo strumento “CAN” tre giornate formative, per la formazione al Problem Solving Training 6 giornate formative in due moduli.

Si necessita per la Formazione di

- 1) Uno psichiatra esperto per 12 giornate
- 2) Quattro “operatori psichiatrici” (Tecnici della Riabilitazione e/o psicologi e/o infermieri e/o assistenti sociali), Tutor per 12 giornate

Si necessita dell’acquisto di

- 14 Strumenti “VADO” per la scala FPS;
- 14 strumenti “CAN”
- 14 Manuali per il Problem Solving.

Erogazione di Interventi Riabilitativi Integrati. Dopo aver effettuato la formazione saranno erogati gli interventi presso le strutture sulla base della valutazione del Funzionamento Personale e Sociale e dei Bisogni. In questo modo sarà possibile formare gruppi omogenei di ospiti per condurre l’approccio. Infatti il Problem-Solving è un approccio di gruppo che prende progressivamente in esame i problemi di natura pratica, poi quelli interpersonali e poi quelli personali per rendere i pazienti sempre più competenti e abili ad affrontare la

	<p>tipologia dei problemi in esame. L'intervento viene erogato 2 volte a settimana della durata di 1 ora e 30 minuti per ogni incontro ad un gruppo di 6 utenti (massimo). Sono previsti circa trenta incontri, che saranno svolti settimanalmente per 3 mesi consecutivi, ogni quindici giorni per 2 mesi, 1 mensile per due mesi e poi 1 ogni tre mesi per due trimestri. Alla fine dell'intervento gli utenti saranno valutati di nuovo per osservare se il funzionamento personale o sociale si sia modificato, se i bisogni di salute sono stati soddisfatti e se gli obiettivi personali di cura sono stati raggiunti. Per l'erogazione degli interventi si prevede il coinvolgimento dell'intero nucleo familiare (o dei care-givers di riferimento) con cadenza bimensile per scambiare informazioni sul percorso di cura.</p> <p>Per la conduzione dell'intervento oltre agli operatori dei CRP sono da coinvolgere operatori psichiatrici, in particolar modo psicologi o tecnici della riabilitazione psichiatrica o infermieri che hanno uno specifico training nella conduzione di questi interventi. Vanno coinvolti sia gli operatori già in servizio presso le UUOCC di Psichiatria, sia quelli da contrattualizzare nel seguente numero:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 2 psicologi (uno per Campobasso ed uno Isernia) per 18 ore ciascuno a settimana 2 Tecnici della Riabilitazione a 36 ore ciascuno, uno per Campobasso ed uno per Isernia.
OBIETTIVI	<p>Gli obiettivi progettuali, non possono non corrispondere a quelli che il Centro di Salute Mentale porta avanti fin dalla sua creazione.</p> <p>Obiettivi strategici e obblighi nei confronti della popolazione</p> <p>Tutela e promozione della salute mentale della popolazione del Basso Molise, attraverso:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Il perseguire una visione globale della popolazione, del contesto socio-economico del paziente; b) Il perseguire una visione della prevenzione secondaria e terziaria individuale ma anche quella di popolazione; c) Il favorire l'accesso aperto ai servizi; d) Il favorire il lavoro di equipe; e) Il considerare la malattia in una prospettiva a lungo termine del corso della vita; f) Il valutare il costo e l'efficacia dei trattamenti in riferimento alla popolazione e non solo all'individuo; g) La riduzione dei comportamenti suicidari, specie per quanto riguarda l'età adolescenziale ed anziana; h) La riduzione del fenomeno del "revolving door" nelle strutture di degenza ospedaliera ed extra-ospedaliera; i) La riduzione dell'interruzione non concordata dei trattamenti mediante l'attuazione di programmi terapeutico-riabilitativi multidisciplinari integrati in relazione ai bisogni di salute mentale dei pazienti e delle loro famiglie; j) L'azzeramento dei tempi d'attesa per l'accesso ai trattamenti,

	<p>compreso quelli psicoterapici, da distribuire uniformemente sul territorio;</p> <p>k) La rilevazione epidemiologica dei bisogni di salute mentale nella popolazione, per identificare i soggetti maggiormente a rischio e rendere efficaci gli interventi;</p> <p>l) L'educazione sanitaria della popolazione in materia di salute mentale per diminuire lo stigma e l'esclusione e promuovere una maggiore solidarietà nei confronti di quanti soffrono di disagio psichico;</p> <p>m) L'individuazione precoce dei disturbi per realizzare interventi tempestivi ed efficaci, continuità terapeutica e mantenimento del paziente integrato nel suo contesto di vita o per reintegrarlo quanto prima possibile;</p> <p>n) L'elaborazione di programmi-percorsi personalizzati che contemplino (con prevalenze diverse in relazione alle specificità clinico-sociali) interventi individuali, sulla famiglia, sul contesto di vita ma anche un utilizzo di farmaci secondo schemi di trattamento basati sulle evidenze disponibili;</p> <p>o) L'impostazione di programmi sociali;</p> <p>p) L'adesione al Sistema Informativo Regionale;</p> <p>q) I programmi di sostegno e di coinvolgimento delle famiglie ad elevato carico assistenziale e comunque prioritariamente dei familiari dei pazienti gravi e/o gravosi per i servizi;</p> <p>r) La riduzione delle interruzioni non concordate di trattamento, mediante trattamenti integrati multidisciplinari per il paziente e la famiglia;</p> <p>s) L'attuazione di programmi specifici per la prevenzione terziaria, cioè per la riduzione della disabilità sociale associata al disturbo mentale soprattutto per quei pazienti con eventuale sintomi da istituzionalizzazione per l'assenza negli anni precedenti dei servizi territoriali;</p> <p>t) L'attivazione del cosiddetto Centro di Prossimità, cioè strategie di reti tra i diversi servizi socio-sanitari e gli enti locali, tra i servizi sanitari degli adulti e quelli dell'età evolutiva. È uno degli obiettivi più importanti soprattutto per quanto riguarda la cooperazione dei servizi di salute mentale con soggetti non istituzionali (Associazioni dei familiari, dei pazienti, volontariato, Associazioni di Advocacy);</p> <p>u) L'attuazione di programmi per favorire l'inserimento lavorativo degli utenti gravi in carico al DSM, attraverso protocolli tra enti locali, istituzioni, privato sociale ed imprenditoriale, azioni presso le aziende, per rimuovere gli eventuali pregiudizi legati alla malattia mentale.</p> <p>Nel perseguire tali obiettivi strategici, l'U.O.C. CSM deve predisporre tutti gli atti e le iniziative per perseguire anche i seguenti obiettivi, definiti di salute mentale del sistema DSM:</p> <ul style="list-style-type: none">- valutare l'indice di attrazione e l'indice di restituzione e predisporre tutti gli interventi per migliorare entrambi gli indici;- attivare programmi strutturati di collaborazione con i medici di
--	---

	<p>medicina generale, con il Distretto Sanitario, con i servizi sociali e socio-sanitari della comunità per favorire l'accesso ai servizi dei pazienti psichiatrici gravi e per co-gestire con tali agenzie del sanitario e socio-sanitario i problemi relativi alla salute mentale degli adulti e degli adolescenti;</p> <ul style="list-style-type: none"> - favorire la partecipazione del personale a corsi di formazione professionale i cui requisiti siano in accordo con quelli previsti dalla Regione; - favorire la formazione del personale per meglio trattare i disturbi alimentari; - trattare in modo tempestivo i disturbi affettivi, soprattutto le depressioni; - promuovere la salute mentale e garantirla nelle diverse fasi dell'esistenza e nei diversi contesti socio-culturali della vita umana; - ridurre i tentativi di suicidio e i suicidi associati a disturbo mentale grave; - promuovere la salute emozionale negli adolescenti e negli anziani; - agire sulla sofferenza del paziente e della sua famiglia in maniera multiprofessionale e attraverso la costruzione della "rete psico-sociale".
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	<p>FASI PROGETTUALI GENERALI (Vedi diagramma di Gantt)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pianificazione e coordinamento delle azioni progettuali (riunioni, preparazione, planning tra le varie figure coinvolte). • Monitoraggio delle situazioni (a rischio o conclamate) di rilevanza psicopatologica nel territorio (ivi comprese quelle rilevate nel carcere di Larino); indagini presso i Medici di medicina generale, le istituzioni sociali, le scuole, le associazioni locali, le parrocchie e i centri di aggregazione. • Valutazione della congruità del progetto su Larino attraverso controlli periodici del numero e della tipologia degli accessi e rilevazione dei dati. • Confronto epidemiologico e delle ricadute, utilizzando i dati rilevati dal CSM nel periodo del post-sisma. Rendicontazione dell'immissione e gestione dei dati relativi al controllo di gestione interno al CSM nonché dei dati <p>Vedi Diagramma di Gantt</p>
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	<p>Il bacino potenziale d'utenza del Centro di Salute Mentale di Termoli è di 100.636 abitanti, cioè tutto il Basso Molise Attualmente sono 1556 i pazienti in carico, provenienti da tutto il Basso Molise, di cui 1074 seguiti nella sede centrale, di cui 47.782 afferenti al vecchio distretto di Termoli. L'ambito Termoli comprende 66.082 abitanti; la sola città di Termoli 30.255. Una attenta valutazione dei bisogni ha evidenziato nella zona di</p>

	<p>Larino/Santa Croce, per intendersi, quella del cosiddetto “Cratere Sismico” (abitanti 30.000 complessivi; in età a rischio, cioè dai 13 ai 18 anni, 1810 adolescenti), un bacino di utenza particolarmente importante.</p> <p>L’afflusso in questi ambulatori degli ultimi due anni vede una media di 75 nuovi ingressi l’anno per un numero complessivo di 445 utenti in carico.</p> <p>Rispetto al carcere dal 2008 il CSM di Termoli collabora con la Casa Circondariale di Larino, che attualmente ospita circa 300 detenuti, in notevole soprannumero rispetto alle sue effettive potenzialità, contenendo un numero di ospiti che è quasi il triplo di quelli di Campobasso e Isernia.</p> <p>Si evidenzia che durante l’anno 2012 nella Casa Circondariale sono stati visitati dallo psichiatra incaricato circa 100 detenuti per un totale di 200 visite complessive.</p>
RISULTATI ATTESI	<p>Attraverso la realizzazione delle linee progettuali ci si propone di ottenere una:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diminuzione dei tempi d’attesa, risposta più pronta ed efficace. • Implementazione della rete tra servizio pubblico, universo privato e istituzioni. • Gestione dei rapporti e integrazione con i SERT, già in atto ma che necessita di essere migliorata, dato il crescente numero di utenti con “doppia diagnosi”. • Implementazione delle sinergie con le Strutture Territoriali presenti nei Distretti (Distretto Sanitario di Base, Ospedale, Hospice, RSA, Comunità Terapeutiche) per velocizzare i tempi di intervento. • Perfezionamento della collaborazione e creazione di un’equipe adeguata alle esigenze di un servizio quale quello carcerario. • Corretta gestione del progetto di informatizzazione regionale e delle conseguenti risposte epidemiologiche. • Dotazione di un software specifico e dedicato per la raccolta ed elaborazione dati del sistema residenziale allo stato assente. Sarà creato un Link con il SISM dell’assistenza territoriale già esistente ma penalizzato per l’assenza dei pazienti residenziali e quindi non permette la valutazione sistematica della continuità delle cure. • valutazione sistematica e periodica del Funzionamento Sociale, dei Bisogni di Cura e alla conduzione di interventi efficaci Evidence Based. • censimento dei Bisogni di Cura che permetterà la differenziazione dei percorsi di cura e la rideterminazione del fabbisogno della tipologia della residenzialità (Alta vs Bassa intensità assistenziale). <p>Per la zona di Larino e del “Cratere” si prevede, modulando gli orari di apertura in funzione delle esigenze rilevate, di ampliare almeno del 25% il numero di persone che possono accedere al servizio territoriale e</p>

<p>quindi ai servizi complessivi del CSM. Lo stesso per quanto riguarda la presa in carico complessiva degli ospiti della Casa Circondariale</p>
--

PROSPETTO ECONOMICO

DESCRIZIONE	TOTALE IMPEGNO ECONOMICO PRESUMIBILE (IN EURO)
<u>PERSONALE</u>	
Personale a contratto	€. 120.000,00
Personale dipendente	€. 30.000,00
Supporto amministrativo al responsabile. del procedimento regionale	€. 15.000,00
<u>MISSIONI</u>	
Missioni	€. 5.000,00
<u>ATTREZZATURE E RISTRUTTURAZIONI</u>	
Attrezzature	€. 30.000,00
<u>MATERIALI DI CONSUMO</u>	
Materiale	€. 5.000,00
<u>ALTRO</u>	
Formazione del personale	€. 20.000,00
TOTALE	€. 225.000,00



Direzione Generale per la Salute

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	Regione Molise
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	Decreto del Commissario <i>ad Acta</i> n. del
LINEA PROGETTUALE	Piano Nazionale della Prevenzione
TITOLO DEL PROGETTO	Piano regionale della prevenzione, screening e registri regionali
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi
REFERENTE/ENTE ATTUATORE	Regione Molise – Direzione Generale per la Salute

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 1.419.423,00
--------------------------------	----------------

IL PROGETTO

CONTESTO	<p>La linea progettuale Piano Nazionale della Prevenzione, offre l'opportunità alla Regione Molise di implementare, oltre alle attività previste dal PNP, come meglio specificate nel progetto Piano Regionale della Prevenzione, anche ulteriori attività di screening su fasce particolari di soggetti e la creazione di registri regionali per il controllo ed il monitoraggio di determinate patologie particolarmente diffuse sul territorio regionale.</p> <p>La priorità sarà data dalla prosecuzione della attività previste dal PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE (PRP) approvato dal Ministero della Salute secondo le linee progettuali individuate dal CCM.</p> <p>Nell'ambito dell'attività del PRP potranno essere inserite ulteriori attività progettuali, coerenti con la programmazione nazionale e regionale e le esigenze ed i bisogni della popolazione, anche in ragione delle disponibilità economiche residuali.</p>
DESCRIZIONE	<p>POSSIBILE IMPLEMENTAZIONE DEL PRP CON LE SEGUENTI ULTERIORI ATTIVITÀ PROGETTUALI, COERENTI E COMPATIBILI ANCHE CON LE LINEE DI INDIRIZZO DEL NUOVO PIANO SANITARIO NAZIONALE:</p> <p>A) SORVEGLIANZA E PROFILASSI DELLE PATOLOGIE INFETTIVE AD ELEVATO IMPATTO SOCIO-</p>

- SANITARIO NELLA REGIONE MOLISE MEDIANTE APPROCCIO EPIDEMIOLOGICO: implementazione del sistema vaccinale; sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive a trasmissione respiratoria, sorveglianza epidemiologica delle malattie a trasmissione sessuale; sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive professionali nel comparto dell'agricoltura e dell'edilizia; sorveglianza epidemiologica delle patologie infettive a trasmissione alimentare.
- B) REGISTRO REGIONALE MOLISANO DEI TUMORI MAMMARI: implementazione del progetto relativo alla creazione e monitoraggio di un registro regionale molisano dei tumori mammari, non solo per raccogliere e studiare i dati relativi alle pazienti affette da tali patologie ma anche, e soprattutto per elaborare i percorsi di assistenza e di valutazione delle procedure di diagnosi e trattamento. Il progetto intende migliorare la qualità delle cure offerte dall'oncologia mediante l'organizzazione di una Breast Unit allargata a tutto il territorio regionale con la definizione di specifiche linee guida, con un sistema di raccolta e di elaborazione dei dati e di indicatori di qualità.
- C) REGISTRO REGIONALE MOLISANO DI DIALISI E TRAPIANTO: implementazione del progetto relativo alla creazione di un Registro Regionale Dialisi e Trapianto. Il progetto consiste anche nella realizzazione di un registro on line, con utilizzo di software dedicato.
- D) DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE, SICUREZZA ALIMENTARE E CONTROLLO DELLA ZOONOSI: promozione di stili di vita salutari mediante la diagnostica dei disturbi alimentari e diffusione di informazioni sulla salute alimentare della popolazione molisana. Implementazione delle attività mediante il controllo delle zoonosi. Attuazione protocolli e Accordi di programma per promuovere lo sviluppo di un più alto livello di tutela della salute con Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise "G. Caporale" per implementazione attività mediante anche l'utilizzo di personale dipendente dell'Istituto in parola in posizione di comando e/o utilizzo presso Regione Molise, ASReM o altro ente.
- E) PROMOZIONE E TRATTAMENTO DELLA DISPLASIA DELLE ANCHE NEONATALI: prevenzione della displasia delle anche nei neonati. Trattamento della displasia delle anche con la restituito ad integrum in max 14 settimane.
- F) PROMOZIONE E TUTELA DELLO SVILUPPO DELLA EPRSONALITA' DEL BAMBINO: osservazione diretta del bambino attraverso strumenti osservativi per la promozione

	<p>delle condizioni per lo sviluppo armonico del bambino; incremento del benessere nell'età infantile; sviluppo dell'aspetto relazionale del bambino con i genitori.</p> <p>G) SCREENING DELLE PATOLOGIE RENALI E DELL'IMPERTENSIONE ARTERIOSA NELLA POPOLAZIONE SCOLARE (MEDIE SUPERIORI) DELLA REGIONE MOLISE: il progetto consiste nell'effettuare attraverso un semplice esame delle urini ed alla misurazione della pressione arteriosa, uno screening di prevenzione delle malattie su una fascia di popolazione in età scolare tra i 17 ed i 18 anni.</p> <p>H) CREAZIONE E GESTIONE REGISTRO PAZIENTI DIABETICI DELLA REGIONE MOLISE: il progetto consiste nell'istituzione di un registro che dove riportare le informazioni nella maniera più veloce ed efficiente verso coloro che hanno necessità ed al fine di applicarle nella pratica ordinaria di sanità pubblica.</p>
OBIETTIVI	<ul style="list-style-type: none"> - Realizzazione di attività di prevenzione; - Screening della popolazione; - Creazioni registri regionali; - Creazione di laboratori sperimentali
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	12 mesi
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	<ul style="list-style-type: none"> - Numero visite sui pazienti oggetto di screening; - Numero trattamenti effettuati; - Dati e flussi di riferimento per la creazione dei registri
RISULTATI ATTESI	<ul style="list-style-type: none"> - Implementazione delle attività di prevenzione sul territorio regionale; - Miglioramento dello stato di salute della popolazione; - Potenziamento del controllo e monitoraggio della popolazione molisana.

PROSPETTO ECONOMICO

DESCRIZIONE	TOTALE IMPEGNO ECONOMICO PRESUMIBILE (IN EURO)
<i>Progetto a)</i>	€ 200.000,00
<i>Progetto b)</i>	€ 200.000,00
<i>Progetto c)</i>	€ 50.000,00
<i>Progetto d)</i>	€ 80.000,00
<i>Progetto e)</i>	€ 150.000,00
<i>Progetto f)</i>	€ 150.000,00
<i>Progetto g)</i>	€ 50.000,00
<i>Progetto h)</i>	€ 50.000,00
<i>Supporto amministrativo al Responsabile del procedimento regionale</i>	€ 50.000,00
<u>TOTALE</u>	€ 980.000,00



Direzione Generale per la Salute

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	Regione Molise
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	Decreto del Commissario <i>ad Acta</i> n. del
LINEA PROGETTUALE	Misure dirette al contrasto delle disuguaglianze in sanità
TITOLO DEL PROGETTO	Screening audiologico neonatale regionale di II° livello
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi
REFERENTE/ENTE ATTUATORE	Regione Molise – Direzione Generale per la Salute / A.S.Re.M.

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€. 93.500,00
--------------------------------	--------------

IL PROGETTO

CONTESTO	<p>In Italia ed in Europa soffre di disturbi uditivi circa il 13% della popolazione. Sono oltre sette milioni nel nostro paese. Un milione e mezzo in condizioni di gravità. Nel Molise sono piu' di 40.000 persone. Diecimila in condizione di gravità. Molti sono bambini. L'incremento medio della sordità è pari al 4-6 %: questa percentuale è destinata a raddoppiare o triplicare in pochi anni. Piu' di 50.000 sono gli iscritti all'Ente Nazionale sordi in Italia: oltre seicento nel Molise. Ogni anno in Italia sono piu' di ottomila gli insegnanti di sostegno che si occupano di decine di migliaia di Bb. sordi e disabili: piu' di cinquecento di questi abitano nel molise. Se il bambino nasce sordo non acquisisce il linguaggio e non ha la percezione di ciò che non ha! La sordità rappresenta il 30% di tutte le invalidità nella popolazione italiana ed i costi sociali vanno dai 320 milioni di euro per i minori di 12 aa. ai 3,3 miliardi degli adolescenti-adulti, pari al 5% dell'intero fondo sanitario nazionale. Prevenzione e diagnosi tempestive sono le chiavi per il contenimento della spesa. La sordità da sola, è 3 volte maggiore alla s. di Down, sei volte piu' della spina bifida e 50 volte piu' della fenilchetonuria.</p>
DESCRIZIONE	<p>Realizzazione di un Centro di Audio-fonologia di Riferimento Regionale, dotato di un'equipe medico-specialistica multidisciplinare (già esistente) che si occupa d'interventi sia preventivi che riabilitativi per le ipoacusie infantili e per le patologie della comunicazione. Il target</p>

	<p>è costituito da tutti i bambini provenienti dai 3 punti-nascita regionali risultati “Fail” allo screening di 1° livello e di tutta la fascia fino ai 6 anni di età: diagnosi, terapia, riabilitazione e follow-up sono gli obiettivi. Bambini coinvolti da 0 a 6 anni, circa 20.000 in tutta la regione.</p>
OBIETTIVI	<p>Diagnosi di 2° livello con riabilitazione protesica e logopedica; sorveglianza audio-fonologica nelle età successive, con personale precipuamente addestrato; medici specialisti (neurologo, psicologo, genetista, oculista, otorinolaringoiatra, foniatra) ed apparecchiature diagnostiche-riabilitative di ultima generazione.</p> <p>Il tutto si svolgerà a livello territoriale regionale, in collegamento con una rete capillare di tredici poliambulatori specialistici e 3 punti-nascita.</p>
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	<p>Inizialmente per un anno con possibilità di proroga fino alla auspicabile approvazione di una legge regionale tematica, analogamente a quanto già avvenuti in altre regioni d'Italia come le regioni Toscana, Campania, Umbria ecc.</p>
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	<p>a. Indicatori di struttura:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Costituzione della struttura di coordinamento regionale del progetto - Unità multidisciplinare interna DPCM 185/06, già costituita ; - reclutamento personale; - formazione del personale. <p>b. Indicatori di processo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Individuazione dei bambini risultati “Fail” allo screening di primo livello; - Rapida ed efficace diagnosi audiologica e gestione audiologica consistente nella scelta e nel fitting degli ausili uditivi piu’ adatti, con verifica degli stessi (protesi , impianto cocleare); - Inserimento del B. in un adeguato programma di riabilitazione logopedica; - Inserimento del B. in un protocollo di valutazione eziologica dell’ipoacusia; - fornire alle famiglie informazioni e supporto psicologico necessario; - Valutare a scadenze regolari il corretto funzionamento dei dispositivi uditivi e l’idoneità degli stessi, insieme allo sviluppo delle abilità percettive e comunicative del bambino; - Favorire l’inserimento del B. in contesti educativi regolari, assicurandosi che ottenga risultati accademici soddisfacenti ed un’adeguata integrazione sociale;

	<ul style="list-style-type: none"> - Attuare un programma di sorveglianza audiologica su Bb. a rischio per sordità progressiva o ad esordio tardivo. <p>c. Indicatori di risultato:</p> <ul style="list-style-type: none"> - numero di bambini e genitori coinvolti; - numero di prestazioni specialistiche e strumentali effettuate; - numero sedute protesiche e riabilitative; - numero operatori coinvolti nei percorsi diagnostici-terapeutici-riabilitativi e di follow-up.
RISULTATI ATTESI	<p>Numerosi studi hanno dimostrato la validità dello screening audiologico di secondo livello, la sua attendibilità ed efficacia ed i benefici di un intervento riabilitativo precoce iniziato entro il sesto mese di vita. E' dimostrato che questo si associa ad un notevole miglioramento dello sviluppo del linguaggio e delle abilità cognitive del bambino. Sono inoltre, tanti i benefici che ne risultano nell'inserimento scolastico e sociale in seguito ad una diagnosi, terapia protesica e riabilitazione precoci.</p>

PROSPETTO ECONOMICO

DESCRIZIONE	TOTALE IMPEGNO ECONOMICO PRESUMIBILE (IN EURO)
<u>PERSONALE</u>	
Personale a contratto e dipendente	€. 60.000,00
<u>MISSIONI</u>	
	0
<u>MATERIALI DI CONSUMO E ATTREZZATURE</u>	
Attrezzature varie	€. 23.000,00
software	€. 2.500,00
<u>ALTRO</u>	
Altro	€. 8.000,00
<u>TOTALE</u>	€. 93.500,00



Direzione Generale per la Salute

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	Regione Molise
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	Decreto del Commissario <i>ad Acta</i> n. del
LINEA PROGETTUALE	Misure dirette al contrasto delle disuguaglianze in sanità
TITOLO DEL PROGETTO	Prevenzione dell'infezione di malattie infettive negli immigrati
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi
REFERENTE/ENTE ATTUATORE	Regione Molise – Direzione Generale per la Salute / A.S.Re.M.

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 79.513,00
--------------------------------	-------------

IL PROGETTO

CONTESTO	<p>L'Italia sta diventando sempre di più una nazione multi-etnica, con diverse identità culturali, religiose e sociali con l'apporto di donne e uomini di origine nord africana e sub-sahariana che debbono essere informate sui comportamenti a rischio di infezioni da HIV&AIDS. Purtroppo ancora oggi si è dedicata poca attenzione ai migranti provenienti da diversi paesi sia per quanto concerne l'informazione e sia per la prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili.</p> <p>Tuttavia dobbiamo sottolineare La forte correlazione tra MST, infezione da HIV e i bassi livelli di educazione, dovuta alla carenza di informazioni , la barriera linguistica, la paura e la mancanza di fiducia nelle istituzioni.</p> <p>Gli obiettivi globali della strategia di lotta all'AIDS e delle malattie trasmissibili suggerita dall'Unione Europea, per il quinquennio 2009/2013 si possono riassumere in:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Migliorare l'accesso alla prevenzione e continuare ad informare su metodi di prevenzione della trasmissione sessuale. - Dedicare particolare attenzione agli immigrati provenienti da paesi con tasso elevato di HIV per sensibilizzarli sulla prevenzione dell'infezione, sulla necessità di sottoporsi al test, sulle terapie disponibili e sul counselling: non solo come categorie a rischio, ma per le situazioni incontrate e le attività intraprese durante il processo di migrazione
----------	---

	<p>- Prevedere il coinvolgimento delle regioni, degli enti, delle associazioni transculturali e delle O.N.G presenti sul territorio cittadino. Infatti in ambito sanitario le iniziative territoriali di sensibilizzazione alla prevenzione e gli interventi atti a ridurre i comportamenti a rischio, a favore del test HIV volontario e anonimo per i migranti che promuovano metodologie di educazione tra pari (peer-education) per un'informazione efficace contro l'AIDS e le malattie trasmissibili potrebbero rappresentare, nell'ambito sanitario, un efficace strumento in grado di migliorare sensibilmente la fruibilità dei servizi sanitari da parte dei migranti. Secondo gli ultimi dati del Ministero dell'interno, in Italia, la popolazione regolare straniera è di 4.329.000 persone e l'incidenza degli immigrati è pari al 7% della popolazione Italiana. Gli africani residenti in Italia oggi rappresentano oltre un quinto di tutti i residenti.</p>
DESCRIZIONE	<p>In sintonia con la tradizione orale Africana, questo progetto è basato su approcci partecipativi e concetti attivi di <i>empowerment&health literacy</i>. Questo significa che è possibile permettere alle persone migranti di acquisire maggior autorevolezza rispetto alla propria salute, comprendere ed usare l'informazione con modalità utili a promuovere e mantenere un buon stato di salute. Si tratta quindi di considerare i migranti con particolare riguardo alla popolazione femminile come persone-risorse con le quali condividere, le strategie di prevenzione e di promozione della salute. E' calcolato che una limitata health literacy aumenta di tre volte il costo del servizio sanitario e un minor utilizzo dei servizi di prevenzione.</p> <p>Il Programma di informazione e sensibilizzazione all'infezione da HIV e all'AIDS e di prevenzione delle malattie infettive è rivolto ai seguenti soggetti:</p> <p>a) Il gruppo target Beneficiari diretti: Opinion leaders come facilitatori e educatori socio-sanitari;</p> <p>b) Farmacie: Sono soggetti in grado di comunicare i messaggi di prevenzione e sensibilizzazione in sintonia con la tradizione orale al gruppo dei beneficiari indiretti dove maggiore è la presenza della comunità di migranti: il farmacista come educatore sanitario di base;</p> <p>c) Il gruppo Beneficiari indiretti: migranti donne (giovane in età scolare e adulte) e uomini (giovani, adulti).</p> <p>Obiettivo epidemiologico è la costituzione di una banca dati regionale finalizzata alla raccolta di informazioni sulla posizione sociale del paziente e del contesto in cui vive al fine di disegnare e aggiornare una mappa attendibile della situazione sociosanitaria e dei conseguenti fabbisogni sociosanitari.</p> <p>Appare estremamente efficace l'affissione all'interno dei luoghi frequentati da migranti di un poster multilingue di Prevenzione per dare visibilità e informazione: deve trattarsi di un poster il cui layout deve ben rappresentare un messaggio sociale e culturale, attento alla sensibilità del destinatario che dia grande attenzione alla prevenzione e protezione dall'infezione da HIV e dall'AIDS e sulle malattie infettive trasmissibili.</p>

	Naturalmente l'arma principale per la prevenzione delle malattie trasmissibili è costituita dai vaccini, dove è disponibile; di conseguenza, con questa progettualità, si implementeranno le vaccinazioni per la prevenzione delle malattie trasmissibili.																		
OBIETTIVI	<p>Obiettivi qualitativi del progetto sono</p> <ul style="list-style-type: none"> • informare i migranti su una corretta ed equa educazione sanitaria • disporre di dati regionali • implementare le vaccinazioni <p>Obiettivi quantitativi del progetto sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • costituire la banca dati su dati sociosanitari • predisporre incontri con migranti sulla corretta educazione sanitaria (almeno 3 su provincia) • predisporre materiale di informazione (poster ed opuscolo multilingue) su malattie trasmissibili e HIV • incrementare le vaccinazioni negli adulti e minori, fornendo corrette informazioni sull'utilità e i pericoli del non vaccinarsi 																		
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	12 mesi																		
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">INDICATORI NUMERICI</th> </tr> <tr> <th>indicatore</th> <th>stato attuale</th> <th>stato a fine progetto</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>incontri con migranti</td> <td>0</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>banca dati</td> <td>0</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>materiale informazione su HIV e malattie trasmissibili</td> <td>0 poster/0 opuscoli</td> <td>1 poster/1 opuscolo</td> </tr> <tr> <td>fornire informazioni corrette sull'importanza dei vaccini negli adulti e nei minori, mediante opuscoli, incontri, poster</td> <td>0 corsi 0 poster 0 opuscoli multilingue</td> <td>3 corsi 1 poster 1 opuscolo multilingue</td> </tr> </tbody> </table>	INDICATORI NUMERICI			indicatore	stato attuale	stato a fine progetto	incontri con migranti	0	6	banca dati	0	1	materiale informazione su HIV e malattie trasmissibili	0 poster/0 opuscoli	1 poster/1 opuscolo	fornire informazioni corrette sull'importanza dei vaccini negli adulti e nei minori, mediante opuscoli, incontri, poster	0 corsi 0 poster 0 opuscoli multilingue	3 corsi 1 poster 1 opuscolo multilingue
INDICATORI NUMERICI																			
indicatore	stato attuale	stato a fine progetto																	
incontri con migranti	0	6																	
banca dati	0	1																	
materiale informazione su HIV e malattie trasmissibili	0 poster/0 opuscoli	1 poster/1 opuscolo																	
fornire informazioni corrette sull'importanza dei vaccini negli adulti e nei minori, mediante opuscoli, incontri, poster	0 corsi 0 poster 0 opuscoli multilingue	3 corsi 1 poster 1 opuscolo multilingue																	

PROSPETTO ECONOMICO

DESCRIZIONE	TOTALE IMPEGNO ECONOMICO PRESUMIBILE (IN EURO)
<u>PERSONALE</u>	
Struttura di coordinamento	€. 10.000,00
Personale a contratto e dipendenti	€. 40.000,00
<u>MISSIONI</u>	
	0
<u>MATERIALI DI CONSUMO</u>	
Materiale	€. 9.513,00
<u>ALTRO</u>	
Formazione, seminari ecc	€. 20.000,00
<u>TOTALE</u>	€. 79.513,00



Direzione Generale per la Salute

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	Regione Molise
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	Decreto del Commissario <i>ad Acta</i> n. del
LINEA PROGETTUALE	Misure dirette al contrasto delle disuguaglianze in sanità
TITOLO DEL PROGETTO	Tempi di attesa e discriminanti sociali, economiche, geografiche nella regione Molise come fattori generanti disuguaglianza in sanità
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi
REFERENTE/ENTE ATTUATORE	Regione Molise – Direzione Generale per la Salute

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 122.700,00
--------------------------------	--------------

IL PROGETTO

CONTESTO	<p>Le disuguaglianze sociali in ambito sanitari fanno riferimento a differenze nelle condizioni di salute sulla base di fattori di natura socio-economica, demografica o geografica.</p> <p>Molte ricerche di carattere sociologiche e mediche, hanno evidenziato come in tutti i paesi sono i gruppi più svantaggiati a presentare tassi di mortalità più elevati rispetto alle classi di reddito più avvantaggiate, e che il reddito e l'istruzione sono i fattori che più influiscono in maniera negativa sui livelli di salute.</p> <p><i>I punti maggiormente sensibili alle disuguaglianze sociali sono i diversi meccanismi di controllo della domanda (ticket ed esenzioni, liste di attesa e criteri di priorità), quelli di controllo dell'offerta (allocazione delle risorse, definizione dei livelli essenziali di assistenza), e la gestione della appropriatezza, qualità e continuità delle procedure e della conduzione dei percorsi assistenziali.</i></p> <p>L'Osservatorio Regionale sulla Qualità dei Servizi Sanitari è stato costituito con Legge Regionale n. 28 del 21.11.1997 e messo a regime con D.G.R. n.1823/2002 tra le sue attività istituzionali svolge, in particolare, le funzioni di monitoraggio e valutazione di efficienza e standard di qualità strutturali e organizzativi del Sistema Sanitario Regionale con particolare riferimento al governo delle liste di attesa per le prestazioni specialistiche ambulatoriali e dei ricoveri ospedalieri, ai processi di umanizzazione all'interno delle strutture sanitarie, al miglioramento dei sistemi di relazione con i cittadini.</p>
----------	--

	<p>La sua Mission è, fra l'altro, quella di orientare l'organizzazione sanitaria al servizio dell'utente, alla salvaguardia dei diritti di cittadinanza sociale per un efficace contrasto alle disuguaglianze in sanità. Questi obiettivi sono perseguiti attraverso l'intervento sui processi organizzativi mediante una corretta attività di programmazione, di assistenza, valutazione e appropriatezza nei processi di miglioramento continuo della qualità dei servizi e delle prestazioni erogate, in rapporto ai reali bisogni e alla domanda della popolazione.</p>
DESCRIZIONE	<p>Il tempo di attesa soggettivo nasce infatti nello stesso momento in cui si manifesta un problema di salute che deve essere identificato e successivamente risolto. Esso è pertanto percepito come tempo effettivamente più lungo dall'utente e tale percezione in realtà influenza il comportamento il suo comportamento e il suo giudizio sull'efficienza del SSR. Nel contesto sanitario di fatti, l'attesa del paziente si riferisce all'intervallo temporale che intercorre tra l'insorgenza di un problema di salute, la sua identificazione oggettiva da parte del MMG, la sua diagnosi ed l'eventuale trattamento. Esso rappresenta il primo contatto diretto tra l'utente e l'organizzazione e ciò riveste un ruolo importante nel determinare i successivi atteggiamenti e i comportamenti anche futuri della persona in termini di soddisfazione del servizio e di fidelizzazione nei riguardi dell'organizzazione che ha erogato il servizio.</p> <p>Questa proposta progettuale intende individuare gli eventuali nodi critici che si possono verificare all'interno del sistema CUP regionale, dal momento in cui la persona effettua una richiesta di prestazione presso il sistema, al momento in cui riceve la prestazione stessa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Come viene vissuto e quale comportamento genera nel paziente il tempo di attesa prospettato dal CUP anche in relazione all'epoca di insorgenza del bisogno di salute (si rassegna all'attesa, propone reclamo, rinuncia, si rivolge al privato, si reca fuori regione); • Qual è la percezione dell'utente rispetto alla modalità di relazione con l'operatore di sportello CUP e quanto questa influenza il comportamento e decisioni conseguenti; • Quali sono le problematiche soggettivamente riscontrate e vissute dagli operatori sanitari coinvolti nel sistema di prenotazione e di erogazione delle prestazioni sanitarie (operatori di front-office e di back-office del CUP regionale e del Call Center Sanitario Regionale, medici, infermieri,) relativamente al tema dei tempi di attesa; • In considerazione della particolare struttura del territorio molisano (zone montane, aree interne) quanto la residenza in aree disagiate differenzia il comportamento rispetto all'attesa nella erogazione della prestazione sanitaria e genera disuguaglianza orizzontale tra cittadini rispetto alla tutela della salute della persona. <p>Il progetto prevede quindi una prima fase che esplora il sistema attraverso la raccolta di informazioni e indagini qualitative attraverso la</p>

	<p>metodologia dei focus group con gli operatori dei servizi sanitari erogatori di prestazione. I dati e le informazioni raccolti e sottoposti ad analisi in questa fase serviranno per la progettazione della seconda fase che si rivolge direttamente all'utenza tramite interviste e somministrazione di questionari.</p>
OBIETTIVI	<p>-Promuovere e garantire a tutti i cittadini un servizio sanitario omogeneo in termini di quantità e qualità delle prestazioni erogate al fine di individuare un corretto livello di erogazione dei servizi resi a garanzia dei diritti fondamentali della persona, quali la tutela della salute e l'uguaglianza nell'accesso alle prestazioni sanitarie.</p> <p>-Promuovere attività di agevolazione e correzione del sistema erogante le prestazioni sanitarie attraverso politiche di ricerca ed informazione volte a redistribuire le risorse sanitarie verso le aree geografiche a maggiore disagio sociale, in modo da eliminare le barriere improprie all'accesso a cure tempestive ed appropriate.</p> <p>-Attribuire ai vari operatori sanitari interessati al sistema di erogazione maggiore partecipazione alla programmazione, raccogliendo proposte operative volte al miglioramento della qualità del servizio.</p> <p>-Valutare quanto lo stato socio-economico e la residenza in aree interne e disagiate dell'utente incide sul comportamento e sulla decisione in relazione al tempo di attesa prospettato</p> <p>-Elaborare il concetto di tempo di attesa soggettivo dal punto di vista dell'utente portatore di un bisogno di salute, valutato dal momento dell'insorgenza del bisogno al momento dell'erogazione della prestazione richiesta.</p>
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	<p>12 mesi</p> <p>focus grup con operatori sanitari - 3 mesi</p> <p>somministrazione questionari - 6 mesi</p> <p>report e pubblicazione attività - 3 mesi</p>
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	<p>-N° di operatori sanitari che aderiscono ai focus groups / n° operatori invitati</p> <p>-N° di utenti che accettano i tempi di attesa prospettati / n°utenti totali monitorati</p> <p>-N° di utenti che rifiutano e si rivolgono al privato/ n°utenti totali monitorati</p> <p>-N° di utenti che rifiutano e si recano fuori regione / n°utenti totali monitorati</p> <p>-N° di utenti che espongono reclamo scritto / n°utenti totali monitorati</p> <p>-N° di utenti residenti in aree interne e disagiate / n° di utenti che accettano i tempi di attesa prospettati</p> <p>-N° di utenti appartenenti a classi socio-economiche disagiate / n° di utenti che accettano i tempi di attesa prospettati</p> <p>-N° di utenti appartenenti a classi socio-economiche medio-alte / n° di utenti che rifiutano e si rivolgono al privato</p> <p>-N° di utenti appartenenti a classi socio-economiche medio-alte / n° di utenti che rifiutano e si rivolgono fuori regione</p>

	-Tempo di attesa prospettato / tempo di attesa soggettivo
RISULTATI ATTESI	Report attività

PROSPETTO ECONOMICO

DESCRIZIONE	TOTALE IMPEGNO ECONOMICO PRESUMIBILE (IN EURO)
<u>PERSONALE</u>	
Coordinatore scientifico	€. 15.000,00
Responsabile tecnico organizzativo/amministrativo Statistico informatico	€. 10.000,00
Personale a contratto	€. 57.700,00
<u>MISSIONI</u>	
Missioni	€. 3.000,00
<u>MATERIALI DI CONSUMO</u>	
Manuali e fotocopiatura dei questionari	€. 4.000,00
Materiale vario	€. 3.000,00
<u>ALTRO</u>	
Elaborazione del progetto, costi segretariati, organizzativi, gestionali e di promozione della ricerca-intervento presso le scuole	€. 5.000,00
Analisi statistica, elaborazione del report e pubblicazioni scientifiche	€. 10.000,00
Organizzazione dell'evento pubblico per la presentazione dei dati	€. 5.000,00
Formazione	€. 10.000,00
<u>TOTALE</u>	€. 122.700,00



Direzione Generale per la Salute

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	Regione Molise
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	Decreto del Commissario <i>ad Acta</i> n. del
LINEA PROGETTUALE	Misure dirette alla promozione dell'approccio di genere in sanità
TITOLO DEL PROGETTO	Strategie di prevenzione della sindrome metabolica e malattie cardiovascolari nella donna: percorsi clinici e caratterizzazione biomolecolare delle donne a rischio
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi
REFERENTE/ENTE ATTUATORE	Regione Molise – Direzione Generale per la Salute

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 59.143,00
--------------------------------	-------------

IL PROGETTO

CONTESTO	<p>Numerosi studi indicano che le donne sono svantaggiate rispetto agli uomini nella tutela della loro salute e suggeriscono una costante promozione della consapevolezza sociale e individuale sui fattori di rischio che sono legati alla salute delle donne. Questi aspetti non riguardano solo la vita produttiva della donna, ma sono soprattutto legati al ruolo sociale delle donne stesse sempre di più coinvolte nella famiglia e nel lavoro con inevitabili conseguenze sulla salute. In particolare, mentre fino a pochi decenni fa, le malattie cardiovascolari erano considerate come malattie tipiche degli uomini, i cambiamenti sociali, l'emancipazione della donna ed il cambiamento degli stili di vita hanno aumentato la presenza di malattie cardiovascolari e dei fattori di rischio – correlati anche nel genere femminile. I recenti rapporti dell'Osservatorio Nazionale sull'uso dei medicinali in Italia (OSMED 2011) sottolineano un maggiore consumo dei farmaci da parte delle donne: tra il 20% ed il 30% maggiore rispetto agli uomini in quasi tutte le fasce d'età. Inoltre, le donne, sviluppano più reazioni avverse, che possono risultare anche più gravi rispetto a quelle degli uomini (maggiore numero di ricoveri). Pertanto, è necessario, implementare azioni specifiche di prevenzione per le donne atte a preservare la loro salute. Mentre la maggior parte degli interventi sanitari in questo campo è rivolta alla diagnosi ed alla terapia delle patologie quando esse sono clinicamente manifeste, pochi sono gli interventi di tipo preventivo attraverso le modifiche degli stili di vita (abuso di grassi di origine</p>
----------	---

	<p>animale, abuso d alcool, fumo, elevato consumo di sale, scarsa attività fisica), conoscenza dei fattori di rischio (obesità, diabete di tipo II, menopausa), e interazione multifattoriale di questi ultimi.</p> <p>Accanto a classici presidi preventivi, una maggiore conoscenza dei meccanismi biomolecolari che sottendono l'aumentato rischio cardiovascolare del genere femminile e dei relativi biomarcatori potrebbe aiutare a porre le basi per interventi specificamente orientati alla riduzione del rischio.</p> <p>Il presente progetto si articola quindi su due piani distinti, proponendo:</p> <p>1) la definizione di percorsi educativi e preventivi circa i fattori di rischio clinici associati con malattie cardiovascolari e metaboliche;</p> <p>2) creazione di una “sieroteca” relativa a campioni prelevati nelle condizioni basali, e nel follow-up, conservati secondo le regole GCP.</p>
DESCRIZIONE	<p>Nell'ambito del primo punto del progetto si procederà a :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valutare l'entità del problema: analizzando i dati già raccolti nel progetto Moli-sani su oltre 12.000 donne di età maggiore di 35 anni, residenti nella regione Molise, si valuterà la percentuale di donne affette da obesità, sindrome metabolica, patologie cardiovascolari, o respiratorie, depressione e ipotiroidismo. Inoltre verrà identificato il numero di donne che siano affette da fratture ossee nei 5 anni precedenti e il numero con rischio cardiovascolare medio-alto, come misurato dalla Carta del Rischio dell'Istituto Superiore di Sanità – ISS (Progetto Cuore). I risultati verranno raccolti in una monografia che sarà resa disponibile alle Autorità Sanitarie del Molise e accessibile sul sito del Progetto Moli-sani (http://www.moli-sani.com). Inoltre, attraverso la collaborazione con il centro di Farmacovigilanza della Regione Molise ed il Centro di Farmacoutilizzazione dell'Università del Molise (CERFU), saranno valutate le possibili differenze di genere nei consumi di farmaci cardiovascolari (categoria terapeutica che nel 2011 è in Italia al primo posto della spesa farmaceutica nazionale complessiva con quasi 5 milioni di euro), nonché nelle reazioni avverse che interessano l'apparato cardiovascolare. - Avviare un ambulatorio della prevenzione del rischio metabolico della donna: l'ambulatorio si avvarrà di medici esperti in prevenzione dei fattori di rischio, uno psicologo e un esperto di alimentazione. Durante la visita si valuterà: 1. Nelle pazienti sovrappeso o obese la distribuzione del grasso corporeo mediante esame impedenziometrico e il rischio metabolico ad esso connesso. 2. La presenza di sindrome metabolica attraverso la misurazione dei seguenti fattori: pressione arteriosa, circonferenza fianchi, livelli ematici di glucosio, trigliceridi e colesterolo HDL. 3. Rischio cardiovascolare a 10 anni (attraverso l'applicazione della carta

del rischio del progetto Cuore dell'ISS) e rischio cardiovascolare "lifelong", secondo criteri recentemente elaborati dall'Unità di Bio-statistica (Di Castelnuovo et al 2011). 4. Il rischio di osteoporosi attraverso un ultrasonometro osseo (Achilles Insight) in grado di generare un'immagine in reale della sede calcaneare. La tecnologia ad ultrasuoni esistente effettua misurazioni cieche, senza riferimenti anatomici durante l'esame, nonostante le naturali differenze strutturali di calcagni di pazienti diversi. Numerosi studi clinici dimostrano che l'ultrasonometria al calcagno con Achilles Insight costituisce un'economica ed affidabile alternativa alla DEXA nella valutazione del rischio di fratture. 5. Valutazione della funzionalità respiratoria, al fine di porre in essere misure preventive, terapeutiche e riabilitative in periodi critici quali la gravidanza e la menopausa. Numerose evidenze suggeriscono infatti che malattie respiratorie croniche, quali l'asma possono insorgere o esacerbarsi in tali periodi. Valutazione delle abitudini alimentari mediante FFQ sviluppato dalla studio EPIC e adattato a validato in Molsie dal progetto Moli-sani e calcolo dell'adesione alla dieta mediterranea. 6. Valutazione dell'attività fisica svolta sia nell'ambito del lavoro che nel tempo libero. 7. Rilievo anamnestico di eventuali patologie ed eventuale indirizzo della paziente alle strutture regionali di diagnosi e cura. Ogni donna verrà sottoposta a visite periodiche di verifica del cambiamento degli stili di vita a distanza di tre mesi.

- Sviluppare campagne di informazione. L'apertura dell'ambulatorio verrà pubblicizzata attraverso vari canali: 1. I medici di medicina generale verranno informati degli obiettivi e del funzionamento dell'ambulatorio in maniera capillare attraverso un apposito sito web, in rete con il sito web dell'Università del Molise, e dell'Ordine dei Medici di Campobasso, oltre che in riunioni specifiche. 2. Convegni scientifici monotematici clinici e/ sperimentali diretti a medici di base, specialisti sul territorio, studenti della facoltà di Medicina. 3. Manifesti da diffondere negli studi dei medici di medicina generale, negli ospedali e nelle strade delle principali città molisane. 4. Verrà organizzata una campagna di informazione sul rischio metabolico delle donne e sulla sua prevenzione attraverso: l'istituzione di un sito web contenente informazioni specializzate, ma chiaramente comprensibili per un pubblico generale. Verranno periodicamente commentati articoli scientifici sull'argomento, linee guida per la prevenzione, iniziative internazionali. 5. Produzione di una news – letter semestrale dedicata alla prevenzione del rischio da inviare alle donne residenti in Molise.

Nell'ambito del secondo punto del progetto si procederà a :

- Previo consenso informato scritto, ad esecuzione dei prelievi

	<p>sierici trattati e conservati secondo le regole del Good Clinical Practice per gli studi clinici.</p> <ul style="list-style-type: none"> - I prelievi verranno eseguiti in condizioni basali e nel corso del follow-up successivo. - Le analisi dei metaboliti di interesse verranno eseguite nei laboratori della Fondazione certificati. - Le analisi statistiche e la costruzione dei profili di rischio saranno eseguite con analisi multivariate, e correlate con i dati clinici.
OBIETTIVI	<p>Nell'ambito del primo punto del progetto gli obiettivi sono i seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Promozione delle istanze della Medicina di Genere nell'ambito della Sanità e specificatamente nell'ambito di patologie, quali le malattie cardiovascolari e metaboliche, di elevato impatto sanitario e socio-economico. - Creare i presupposti per l'acquisizione di una banca dati clinico-epidemiologici nella quale i fattori di rischio possono essere inquadrati nell'ottica della medicina di genere, enfatizzando come fasi della vita, critiche e peculiari del genere femminile (ad es. menopausa) possono giocare un ruolo chiave nell'insorgenza di patologie gravi. - Incrementare la consapevolezza nella popolazione generale, negli adolescenti e nei giovani e negli operatori sanitari sul territorio sulla necessità di adottare stili di vita adeguati in relazione anche ai fattori di rischio associati al genere. - Porre le basi per una rete informatica sul territorio che possa veicolare le istanze della Medicina di Genere anche in altri settori sanitari e rendere più ampio ed agile l'accesso ad iniziative, approfondimenti, campagne di prevenzione ed eventuali protocolli clinici diretti a malattie "di genere". - Potenziare, attraverso al messa a punto di profili di rischio "di genere", una maggiore personalizzazione degli approcci alla tutela della salute. - Creare una banca dati clinici e sieroteca utile per le successive valutazioni.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	<p>Si stima di valutare 10 donne al giorno per due/tre giorni alla settimana per 12 mesi per un totale di 800/1200 donne in un anno.</p> <p>Le analisi dei fattori clinico-epidemiologici di rischio saranno effettuati al completamento del reclutamento.</p> <p>Le analisi sierologiche dei metaboliti e degli eventuali marcatori biomolecolari predittivi di rischio verranno effettuate nel corso degli ultimi 3 mesi del progetto.</p>
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	<p>L'efficacia degli interventi preposti sarà valutata attraverso la rilevazione seriale e finale degli indici clinici e di laboratorio, e modifiche della qualità della vita. Per valutare l'efficacia dell'intervento, a tutte le donne</p>

	<p>che verranno visitate nell'ambulatorio verrà somministrato un questionario sulla qualità della vita (SF36). Tale questionario verrà somministrato nuovamente dopo un anno, inviandolo per posta o mediante intervista telefonica.</p> <p>Indicatori di risultato saranno: il numero di donne che afferiranno all'ambulatorio di valutazione del rischio metabolico della donna, il numero di eventi informativi e formativi che verranno attivati in regione sulle tematiche della sanità di genere, il numero di contatti web.</p>
RISULTATI ATTESI	<ul style="list-style-type: none">- Porre una sempre maggiore attenzione nei confronti delle problematiche legate alla medicina di genere.- Creazione di una banca dati dei fattori di rischio clinico-epidemiologici legati alla medicina di genere.- Porre le basi per successivi interventi sulla popolazione di genere atti a promuovere stili di vita adeguati in relazione anche ai fattori di rischio associati al genere.- Creazione di una rete informatica sul territorio che veicoli le istanze della medicina di genere.- Sviluppare approcci sempre più individualizzati a tutela della salute, attraverso la messa a punto di profili di rischio "di genere".- Creazione di una banca dati clinici e sieroteca utile per successive valutazioni.

PROSPETTO ECONOMICO

DESCRIZIONE	TOTALE IMPEGNO ECONOMICO PRESUMIBILE (IN EURO)
<u>PERSONALE</u>	
Personale a contratto	€ 20.000,00
Personale dipendente	€ 10.000,00
<u>MISSIONI</u>	
	0
<u>MATERIALI DI CONSUMO</u>	
Materiale e attrezzature	€ 5.000,00
Computer, stampanti ecc.	€ 5.143,00
<u>ALTRO</u>	
Formazione, eventi per MMG e specialisti	€ 10.000,00
<u>TOTALE</u>	€ 59.143,00



Direzione Generale per la Salute

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	Regione Molise
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	Decreto del Commissario <i>ad Acta</i> n. del
LINEA PROGETTUALE	Diagnosi di infezione da HIV
TITOLO DEL PROGETTO	Prevenzione dell'infezione da HIV mediante implementazione, informazione ed offerta attiva del test HIV nell'ambito di un programma di assistenza integrata rivolta alle fasce deboli
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi
REFERENTE/ENTE ATTUATORE	Regione Molise – Direzione Generale per la Salute / A.S.Re.M.

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 88.714,00
--------------------------------	-------------

IL PROGETTO

CONTESTO	<p>Uno dei problemi più rilevanti nella gestione dell'infezione da HIV è dato dal ritardo di diagnosi: i dati europei (Conference HIV in Europe, marzo 2012) mostrano come più del 50% dei pazienti venga diagnosticato con un quadro già avanzato di compromissione immunologica. I principali fattori correlati con la diagnosi tardiva sono: sesso maschile, trasmissione HIV per via sessuale, tossicodipendenza, appartenenza a fasce deboli della popolazione (immigrati, detenuti, ecc.). Dati analoghi provengono dal sistema di sorveglianza sulle nuove diagnosi attivo in Molise, confermando quindi l'elevato rischio di diagnosi tardiva nella popolazione migrante e tra detenuti e tossicodipendenti.</p> <p>Questo fenomeno ha importanti conseguenze sia cliniche che epidemiologiche: il ritardo all'accesso alle cure riduce la possibilità di successo terapeutico ed aumenta la diffusione dell'infezione. Diventa quindi prioritario "far emergere il sommerso", cioè ricercare strategie che aumentino l'offerta del test HIV, in particolare in quelle popolazioni che hanno un più difficile accesso alle strutture sanitarie.</p>
DESCRIZIONE	Attraverso la collaborazione fra le competenti strutture regionali, la U.O. AIDS - Malattie Infettive dell'Ospedale A. Cardarelli di Campobasso e le strutture di riferimento per i detenuti, gli immigrati e i

	<p>tossicodipendenti, si ritiene di poter implementare la individuazione e la prevenzione delle malattie infettive, ed in particolare della infezione da HIV, nella consapevolezza che questi soggetti sono maggiormente esposti al rischio di malattie anche a causa di vari fattori specifici (area di provenienza, ambiente di vita, percorso migratorio intrapreso, spesso svolto in condizioni di deprivazione, pericoli e conseguente scarsa tutela sanitaria, stili di vita errati)</p> <p>Il progetto prevede:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● intervento di informazione degli utenti sulle modalità di trasmissione e di prevenzione di HIV, ● formazione di peer educator, ● colloqui individuali, visita medica, raccolta dati demografici, valutazione di eventuali situazioni a rischio per HIV, ● offerta del test HIV, acquisizione del consenso, ● esecuzione del prelievo per test HIV, ● consegna del referto con colloquio ed eventuale presa in carico dei soggetti riscontrati HIV positivi.
OBIETTIVI	<p>Basandosi su dati nazionali e regionali, è noto che tra i soggetti appartenenti a fasce deboli (detenuti, tossicodipendenti, immigrati) che accedono alle specifiche strutture sociosanitarie, meno del 15% si sottopone al test HIV. Scopo del progetto è implementare la conoscenza e la compliance al test per HIV (ma anche ad altre malattie infettive trasmissibili).</p> <p>Obiettivi qualitativi del progetto sono</p> <ul style="list-style-type: none"> ● predisporre attività di informazione, anche mediante opuscoli multilingue sull'importanza della diagnosi precoce dell'infezione da HIV e malattie trasmissibili; ● disporre di dati regionali; ● implementare l'offerta del test HIV e di altre malattie trasmissibili, a livello di ambulatori sanitari nei SERT, carceri e nei servizi socio-sanitari per immigrati. <p>Obiettivi quantitativi del progetto sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● elaborare un opuscolo multilingue; ● creazione di una banca dati sui tests eseguiti dagli appartenenti alle fasce deboli; ● effettuare 3 incontri rivolti a detenuti, tossicodipendenti e immigrati sull'utilità della diagnosi precoce dell'infezione da HIV e di altre malattie trasmissibili; ● implementare al 25% la percentuale degli utenti delle fasce deboli che si sottopongono al test.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	12 mesi

INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	indicatore	stato attuale	stato a fine progetto
	opuscolo	0	1
	corsi di informazione	0	3
	banca dati	0	1
	percentuale di soggetti che si sottopongono al test HIV	<15	25

PROSPETTO ECONOMICO**DESCRIZIONE****TOTALE IMPEGNO ECONOMICO PRESUMIBILE
(IN EURO)****PERSONALE**

Personale a contratto e dipendente	€ 60.000,00
Struttura di coordinamento	€ 10.000,00

MISSIONI

0

MATERIALI DI CONSUMO

Materiale	€ 11.000,00
-----------	-------------

ALTROFormazione, seminari e materiale
divulgativo

€ 7.714,00

TOTALE

€ 88.714,00



Direzione Generale per la Salute

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	Regione Molise
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	Decreto del Commissario <i>ad Acta</i> n. del
LINEA PROGETTUALE	Promozione di una rete nazionale per i tumori rari
TITOLO DEL PROGETTO	Attuazione di un laboratorio di biologia molecolare finalizzato alla ricerca delle mutazioni degli oncogeni a scopi terapeutici e preventivi
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi
REFERENTE/ENTE ATTUATORE	Regione Molise – Direzione Generale per la Salute / A.S.Re.M.

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€. 48.714,00
--------------------------------	--------------

IL PROGETTO

CONTESTO	<p>L'installazione di un laboratorio di genetica molecolare per la ricerca di oncogeni nello studio e trattamento del cancro del colon-retto, è nata dalla esigenza di affrontare in maniera non convenzionale la problematica che verte attorno alla gestione e alla terapia, chirurgica e medica, di questa malattia. Dal punto di vista epidemiologico il CRC è una delle più frequenti cause di morte per neoplasia nei paesi occidentali: ogni anno l'incidenza si aggira intorno 200.000 nuovi casi diagnosticati. Si presenta più frequentemente intorno ai 60 anni di età con interessamento del retto intorno al 50%, del sigma intorno al 20%, del colon ascendente e del trasverso con la flessura splenica intorno rispettivamente al 16% e 8% dei casi.</p> <p>Attualmente il 70% dei pazienti si presenta alla diagnosi con malattia chirurgicamente aggreabile, il 30% con malattia metastatica ed il 25% dei pazienti operati radicalmente presenterà una ripresa di malattia dopo un tempo variabile.</p> <p>L'esigenza di carattere terapeutico nasce dal contrasto sempre più stridente tra la chemioterapia e la radioterapia convenzionali da una parte, ed il nuovo approccio terapeutico del cancro dall'altra; approccio, infatti, ormai diretto verso i "sentieri molecolari" che causano la trasformazione cellulare maligna. Le nuove impostazioni terapeutiche hanno, come bersaglio, i recettori tumore-specifici della cellula e i segnali critici per la progressione della malattia, mentre la tossicità è</p>
----------	--

	<p>ridotta per le cellule normali. Questo nuovo approccio terapeutico, di supporto ai più tradizionali presidi chemioterapeutici (prima monochemioterapia e poi polichemioterapia), chirurgici e radioterapici, prende il nome di TARGET THERAPY (era della bio-terapia). L'introduzione dell'utilizzo dei farmaci biologici sempre più mirati ed intelligenti è figlia delle metodiche in crescente e progressivo sviluppo che vengono realizzate nei Laboratori di Anatomia Patologica e di Biologia Molecolare. Infatti, la terapia biologica personalizzata al singolo paziente è diventata realtà nel momento in cui il gene K-ras, per il carcinoma del colon-retto appunto, è stato studiato con metodologia molecolare traducendosi in una risposta farmacologica attraverso la realizzazione dei farmaci anti-EGFR.</p> <p>Nel carcinoma del colon-retto metastatico il gene ricercato è proprio il K-ras, del quale è necessario stabilire lo stato, normale (wild) o mutato, per essere in grado di predire l'efficacia dell'azione dei farmaci biologici quali gli anticorpi antiEGFR. Questi farmaci sono anticorpi monoclonali che si legano al loro bersaglio, il recettore EGFR (recettore del Fattore di Crescita Epidermico sito sulla superficie delle cellule tumorali) spegnendolo e portando alla morte le cellule tumorali stesse. Infatti, alcuni tumori del colon-retto dipendono dall'attivazione di specifici recettori per fattori di crescita, una sorta di interruttori che dicono alla cellula di crescere (il recettore EGFR). Questo recettore viene utilizzato come bersaglio dai farmaci anticorpali ed inattivato nella sua funzione. La terapia funziona solo nei pazienti il cui il gene K-ras è normale (wild type) che sono poi il 60% di quelli col tumore del colon-retto.</p>
DESCRIZIONE	<p>Il progetto prevede una dotazione strumentale dedicata allo studio degli oncogeni a partire dal K-ras (per il carcinoma del colon-retto), per arrivare a rilevare anche quelli identificati per patologie neoplastiche metastatiche diverse quali il melanoma ed il carcinoma del polmone.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si tratta di una strumentazione da aggiudicare con una gara. <p><i>Da esperienze maturate in altri centri scaturisce la necessità di avvalersi della collaborazione di genetisti, specificatamente formati sia nel campo della consulenza genetica-oncologica, sia nella gestione del laboratorio di genetica molecolare.</i></p> <p>Ad essi spetterebbero:</p> <ul style="list-style-type: none"> • la fase di consulenza necessaria alla selezione dei soggetti candidabili alle analisi di mutazione, nel rigoroso rispetto dei criteri selettivi concordati a livello internazionale; • il controllo delle delicate fasi operative laboratoristiche; • la gestione del dato di mutazione, intesa quale fase di comunicazione ai pazienti e di elaborazione di un rischio

	<p>allargato all' ambito familiare.</p> <p>RISORSE UMANE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personale tecnico • Personale laureato <p>LOGISTICA DEL LABORATORIO</p> <p>Il Laboratorio verrebbe organizzato in spazi già a disposizione presso le due U.O., collocate, si fa presente, negli stessi locali dell' Ospedale Cardarelli. Pertanto la struttura laboratoristica nascerebbe con l' impegno di scarsissime risorse economiche.</p> <p>PIANO ECONOMICO</p> <p>Occorrono fondi per la ristrutturazione dei locali, già esistenti nel Laboratorio, per adeguarli alle specifiche esigenze tecniche Si prevede, inoltre:</p> <p>Fondi per l'assegnazione di una borsa di studio per Personale Laureato Fondi per l'acquisto di piccole attrezzature dedicate. Organizzazione di un evento pubblico per la presentazione dei dati. Organizzazione di promozione del progetto presso le scuole</p>
OBIETTIVI	<p>La ricerca degli oncogeni Ras, allo scopo di discriminare le forme wild dalle forme mutate, consente l'instaurazione della terapia con panitumumab (inibitore dell'EGFR) che nelle prime si associa ad un buon tasso di risposta e ad out migliori.</p> <p>L'applicabilità degli studi biomolecolari appare strategica anche per lo screening dei tumori ereditari. L'analisi del K-RAS può essere effettuata anche nelle fasi precoci della malattia mediante sequenziamento del DNA o real-time PCR con controlli di qualità a partire dai campioni tissutali di piccole dimensioni, conservati in formalina e fissati in paraffina.</p> <p>Quest'ultimo tipo di applicazione biomolecolare apre futuri orizzonti poiché potrà permettere di ovviare alla colonscopia, esame invasivo per sua natura, nello screening di una popolazione per l'individuazione del CRC.</p>
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	<p>1° mese: allestimento del laboratorio.</p> <p>Dal 2° al 12° mese: messa a regime della diagnostica</p>
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	<p>STRUTTURA</p> <p>Numero di campioni non inferiore a 150 all'anno (pezzi operatori e</p>

	<p>biopsie)</p> <p>Personale impiegato: non più di un tecnico e di un biologo molecolare</p> <p>PROCESSO</p> <p>Numero ore lavorative per singolo caso non superiore a 6</p> <p>Numero di campioni istologici non diagnosticabili per inidoneità intrinseca al tessuto stesso non superiore a 2</p> <p>RISULTATO</p> <p>Percentuale campioni per i quali non è possibile una conclusione diagnostica non superiore a 2</p>
RISULTATI ATTESI	<p>NUMEROSITA'</p> <p>Numero di casi da sottoporre alla diagnostica non inferiore a 150 all'anno</p> <p>Selezione di familiarità sulla base di diagnostica applicata ai preparati bioptici</p> <p>Sviluppo di un programma di follow up più serrato sulle famiglie a rischio</p> <p>Interventi terapeutici mirati sulle conclusioni diagnostiche applicate ai pezzi operatori</p>

PROSPETTO ECONOMICO

DESCRIZIONE	TOTALE IMPEGNO ECONOMICO PRESUMIBILE (IN EURO)
<u>PERSONALE</u>	
Personale a contratto e dipendente	€ 25.000,00
<u>MISSIONI</u>	
	0
<u>MATERIALI DI CONSUMO</u>	
Materiale , attrezzature e apparecchiature informatiche	€ 15.000,00
<u>ALTRO</u>	
Formazione, seminari ecc	€ 8.714,00
<u>TOTALE</u>	€ 48.714,00



Direzione Generale per la Salute

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	Regione Molise
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	Decreto del Commissario <i>ad Acta</i> n. del
LINEA PROGETTUALE	Promozione di una rete nazionale per i tumori rari
TITOLO DEL PROGETTO	La biologia molecolare nella diagnostica e nella valutazione della risposta al trattamento della Leucemia Promielocitica Acuta (LAP)
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi
REFERENTE/ENTE ATTUATORE	Regione Molise – Direzione Generale per la Salute / A.S.Re.M.

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 40.000,00
--------------------------------	-------------

IL PROGETTO

CONTESTO	<p>La leucemia promielocitica acuta è un sottotipo di leucemia acuta non linfoblastica classificata come variante M3, secondo la classificazione Francese-Americana-Britannica (FAB), con peculiari caratteristiche patogenetiche, molecolari, fisiopatologiche e cliniche che la rendono una entità patologica quasi a sé stante e che rappresenta il 5-15% di tutte le forme di LAM. Le caratterizzazioni morfologica e citochimica, per quanto spesso dirimenti, non sono sufficienti per la diagnosi di LAP; sono infatti le tipiche anomalie citogenetiche e molecolari le caratteristiche fondamentali di questa malattia, la cui determinazione è essenziale per una diagnosi di certezza. I precursori promielocitici presentano una specifica traslocazione reciproca tra i cromosomi 15 e 17 t(15;17), che determina la fusione del gene che codifica per il recettore alfa dell'acido retinoico (RAR-alfa) con un'unità trascrizionale, definita PML (che sta per leucemia promielocitica) generando quindi un mRNA di fusione PML/RAR-alfa che codifica per una proteina chimerica. Questa alterazione determina un blocco maturativo delle cellule staminali mieloidi che si arrestano allo stadio di promielocita, risultando in un accumulo a livello midollare di questo tipo di cellule. Per tale motivo è raccomandata da tutte le linee guida internazionali la diagnosi genetica, che consiste nell'individuare, attraverso tecniche di citogenetica e di biologia molecolare, la classica traslocazione e/o la proteina anomala PML/RARalfa. E' stato dimostrato che il tipico blocco maturativo che caratterizza le cellule della LAP dipende dalla</p>
----------	---

	<p>capacità di PML/RAR-alfa di legarsi al complesso corepressore-istone deacetilasi (HDAC); tale legame determina una repressione trascrizionale. Quando utilizzato a dosi terapeutiche l'Acido retinoico (ligando naturale di RAR-alfa) determina il rilascio del complesso PML/RAR-HDAC nonché la conversione di PML-RAR-alfa in attivatore trascrizionale; ciò comporta l'induzione del differenziamento dei blasti con remissione clinica della malattia. Il trattamento della LAP differisce notevolmente dal trattamento delle altre forme di LAM, in quanto prevede l'associazione della chemioterapia convenzionale proprio con l'acido retinoico, durante tutte le fasi del trattamento ed è in grado di ottenere una percentuale di remissioni complete molto più alta rispetto alle altre forme di LAM che si aggira intorno al 90%. La scoperta della sensibilità di questa forma di leucemia all'acido retinico e lo sviluppo di schemi di trattamento che prevedono l'associazione dell'acido retinoico alla chemioterapia convenzionale, ha modificato drammaticamente la prognosi di questa malattia, che era fino a poco tempo fa considerata come la forma più temibile tra le LAM e che è invece oggi considerata come la forma più curabile e guaribile, nonostante esista ancora il 5% dei pazienti che muore prima di poter iniziare una terapia. Attualmente, un pronto e corretto trattamento in un centro ematologico specializzato consente di guarire circa il 75-80% dei pazienti affetti da LAP. Alla fine degli anni 90, è stato dimostrato che il tipico blocco maturativo che caratterizza le cellule della LAP dipende dalla capacità di PML/RAR-alfa di legarsi al complesso corepressore-istone deacetilasi (HDAC); tale legame determina una repressione trascrizionale. Quando utilizzato a dosi terapeutiche l'Acido retinoico (ligando naturale di RAR-alfa) determina il rilascio del complesso PML/RAR-HDAC nonché la conversione di PML-RAR-alfa in attivatore trascrizionale; ciò comporta l'induzione del differenziamento dei blasti con remissione clinica della malattia.</p>
DESCRIZIONE	<p>La LAP rappresenta, tra tutte le leucemie mieloidi acute, la leucemia per la quale sono stati fatti i maggiori progressi durante gli ultimi decenni. In particolare, la scoperta della sensibilità di questa forma di leucemia all'acido retinico e la sua associazione con i farmaci antraciclinici hanno trasformato la LAP da malattia rapidamente fatale, nella leucemia mieloide acuta dell'adulto più frequentemente guaribile. Attualmente, un pronto e corretto trattamento in un centro ematologico specializzato consente di guarire circa il 75-80% dei pazienti affetti da LAP</p> <p>La diagnosi di LAP presuppone la presenza del gene di fusione PML/RAR per cui la sua documentazione è molto importante.</p>
OBIETTIVI	<p>Diagnostica molecolare della Leucemia Promielocitica Acuta e valutazione della risposta molecolare al trattamento.</p> <p>La traslocazione reciproca bilanciata t(15;17) porta alla fusione del gene della leucemia promielocitica PML con il gene del recettore alfa dell'acido retinico (RARa) a generare la proteina di fusione PML-RARa. La proteina chimerica PML-RARa è un repressore trascrizionale e la</p>

	<p>sua espressione è associata ad una differenziazione mieloide alterata. I punti di rottura all'interno del gene RARa avvengono a livello dell'esone 2. A seconda della localizzazione del punto di rottura all'interno del gene PML, introne 6, esone 6, ed introne 3, i rispettivi trascritti PML-RARa sono rispettivamente bcr1, bcr2 e bcr3. La quantificazione del numero di copie dei trascritti del gene di fusione PML-RARa mediante Real Time PCR (RQ-PCR) fornisce notevoli vantaggi, quali la elevata sensibilità, la facilità nel seguire l'evoluzione della malattia e l'alta riproducibilità.</p> <p>PIANO ECONOMICO:</p> <p>1. Materiali</p> <p>Strumentazione già presente nel laboratorio U.O.S. di Biologia Molecolare presso il P.O. Cardarelli di Campobasso. Costo Reagenti: 20.000 €</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kit per il rilevamento trascritto bcr1, • per il rilevamento bcr2 , • per il rilevamento trascritto bcr3 . <p>2. Risorse umane</p> <p>Un biologo molecolare dedicato per il periodo indicato: 14.000/anno.</p>
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	<p>Nel 1° mese allestimento della tecnologia per la rilevazione e quantificazione del gene di fusione PML-RARa mediante Real Time PCR (RQ-PCR). Dal 2° mese al 12° mese messa a regime della diagnostica PML-RARa.</p>
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	<p><u>Indicatori di struttura.</u></p> <p>I requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi sono ampiamente rappresentati nella U.O.S. di Biologia Molecolare, laboratorio ad alto impatto tecnologico già presente presso il P.O. Cardarelli di Campobasso.</p> <p><u>Indicatori di processo.</u></p> <p>La diagnostica della Leucemia Promielocitica Acuta tramite Real Time PCR (RQ-PCR) richiede tempi brevi di attesa per l'impatto clinico.</p> <p><u>Indicatori di risultato.</u></p> <p>Risultato di notevole importanza per la terapia che va instaurata nel più breve tempo possibile.</p>
RISULTATI ATTESI	<p>Una certezza nella diagnosi della Leucemia Acuta Promielocitica che permetta un trattamento adeguato ed immediato nonché la possibilità di un monitoraggio della malattia nel tempo dopo trattamento con acido retinoico e chemioterapia.</p>

PROSPETTO ECONOMICO

DESCRIZIONE	TOTALE IMPEGNO ECONOMICO PRESUMIBILE (IN EURO)
<u>PERSONALE</u>	
Personale a contratto	€ 25.000,00
Personale dipendente	€ 5.000,00
<u>MISSIONI</u>	
	0
<u>MATERIALI DI CONSUMO</u>	
Materiale e attrezzature	€ 5.000,00
Computer, stampanti ecc.	€ 5.000,00
<u>ALTRO</u>	
Formazione, eventi per MMG e specialisti	€ 0
<u>TOTALE</u>	€ 40.000,00



Direzione Generale per la Salute

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	Regione Molise
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	Decreto del Commissario <i>ad Acta</i> n. del
LINEA PROGETTUALE	Sorveglianza epidemiologica e presa in carico delle patologie asbesto correlate
TITOLO DEL PROGETTO	Studio pilota per l'identificazione dei siti contaminati da amianto sul territorio della Regione Molise e per l'attivazione di un programma di sorveglianza epidemiologica delle patologie asbesto-correlate, con particolare riferimento ai mesoteliomi, propedeutico all'attivazione del Centro Operativo Regionale.
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi
REFERENTE/ENTE ATTUATORE	Regione Molise – Direzione Generale per la Salute / ARPA Molise

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 59.143,00
--------------------------------	-------------

IL PROGETTO

CONTESTO	<p>L'Italia è uno dei Paesi dove le conseguenze dell'uso dell'amianto sulla salute umana sono particolarmente studiate, sia per la lunga latenza delle malattie correlate, sia per le caratteristiche patogenetiche. Inoltre, l'Italia è stata uno dei maggiori produttori ed utilizzatori di amianto fino alla fine degli anni '80, ed il suo utilizzo in numerosi campi ha favorito, anche nella Regione Molise, una massiccia diffusione di manufatti che lo contengono. I settori in cui tale utilizzo è stato maggiore sono: l'industria, l'edilizia e l'agricoltura. Per contrastare il problema, in Italia è stato attivato un programma di sorveglianza epidemiologica, che fa capo al Registro Nazionale dei Mesoteliomi (ReNaM), dei casi di mesotelioma maligno al fine di stimarne l'incidenza, definire le modalità di esposizione, l'impatto e la diffusione della patologia nella popolazione e di identificare sorgenti di contaminazione ancora ignote. Il ReNaM si articola su base regionale, dove è istituito un Centro Operativo Regionale (COR) con compiti di identificazione di tutti i casi di mesotelioma incidenti nel proprio territorio e di analisi della storia professionale, residenziale, ambientale dei soggetti ammalati per identificare le modalità di esposizione ad amianto. In base a quanto riportato nell'edizione 2012 del rapporto INAIL "Il Registro Nazionale dei Mesoteliomi (ReNaM)", al 31.12.2011 non risulta attivo il Centro Operativo</p>
----------	---

	Regionale del Molise. Il miglioramento della conoscenza della diffusione della patologia asbesto-correlata e della presenza di amianto sul territorio regionale risulta indispensabile per prevenire gli effetti sulla salute umana e, indirettamente, anche sull'ambiente, in relazione alla necessità di porre in essere piani di bonifica adeguati.
DESCRIZIONE	<p>La presente proposta progettuale si sviluppa nell'ambito del protocollo d'intesa stipulato tra l'Università degli Studi del Molise e l'Agenzia Regionale Protezione Ambientale del Molise, in data 22 luglio 2011. Il progetto prevede, quindi, la compartecipazione di due unità operative (U.O.): l'ARPA Molise (U.O.1) e l'Università degli Studi del Molise, Cattedra di Igiene (U.O.2).</p> <p>La U.O. 1 mira a valutare i siti contaminati da amianto e ad identificare eventuali fonti di contaminazione misconosciute ed inattese. Già in passato l'Arpa Molise ha realizzato un censimento dei manufatti contenenti amianto in area urbana, al fine di individuare le misure più adeguate da intraprendere a livello regionale, nonché di minimizzare i rischi ambientali legati alla presenza di manufatti contenenti amianto; è necessario aggiungere, per rendere esaustiva la fase conoscitiva, l'analisi della realtà territoriale della presenza di coperture a base di amianto in ambito extraurbano, per quantificarne la presenza nel territorio, dove più elevato ne è stato l'impiego per le coperture di aziende agricole, allevamenti zootecnici e rimesse per attrezzi.</p> <p>La U.O.2 ha il compito di individuare e valutare la relativa popolazione esposta a siti contaminati da amianto, nonché la segnalazione di aree potenzialmente contaminate ma sconosciute, associate alla segnalazione di patologie asbesto-correlate e casi di mesotelioma, e dalla conseguente ricostruzione delle modalità di esposizione che hanno generato la patologia. Sebbene sia ampiamente accertata l'esistenza di una relazione di proporzionalità fra dose e rischio di malattia, per le caratteristiche patogenetiche delle malattie asbesto-correlate non è possibile escludere un rischio anche a fronte di livelli bassi, discontinui e non lunghi di esposizione. E', quindi, necessario giungere ad una migliore comprensione della diffusione dei siti contaminati sul territorio molisano e, conseguentemente, della popolazione esposta. Questo appare come una misura necessaria e propedeutica all'attivazione/implementazione delle attività del COR. Inoltre, l'esigenza di informare in maniera più dettagliata coloro che risultassero esposti, è <i>conditio sine qua non</i> per l'attuazione di campagne di sensibilizzazione degli <i>stakeholder</i> verso l'attuazione di programmi di diagnosi precoce e di presa in carico dei pazienti. La promozione di stili di vita salutari e diffusione di informazioni sulla salute della popolazione molisana potranno trovare realizzazione anche mediante l'attuazione di protocolli e accordi con l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise "G. Caporale" e con l'utilizzo di personale dipendente dell'Istituto in parola in posizione di comando e/o utilizzo presso Regione Molise, ARPA o altro ente.</p>
OBIETTIVI	<ul style="list-style-type: none"> • Completamento della mappatura della presenza di amianto su tutto il territorio della Regione Molise in ambito urbano, industriale e agricolo, inclusa la ricerca e la classificazione di siti oggetto di abbandono e delle

	<p>discariche abusive interessate dalla presenza di amianto.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Valutazione della potenziale pericolosità dei materiali di amianto al fine di individuare gli interventi più idonei per la bonifica e messa in sicurezza dei siti secondo i criteri riportati nelle “Linee Guida INAIL” emanate ai sensi dell’art. 20 della Legge 23 marzo 2001 n° 93 e del D.M. 18 marzo 2003 n° 101. ● Realizzazione di un Sistema Informativo Territoriale in ambiente GIS con l’archiviazione dei dati raccolti, per consentire l’incrocio dei dati catastali dei siti interessati dalla presenza di amianto con i dati relativi alla proprietà degli immobili. ● Identificazione della popolazione esposta a fonti ambientali di amianto. ● Identificazione dei casi di patologie asbesto-correlate (in particolare del mesotelioma) incidenti e prevalenti nel territorio molisano, inclusi i casi eventualmente presi in carico da strutture sanitarie extra-regionali. ● Analisi della storia professionale, residenziale e ambientale dei soggetti ammalati. ● Informazione degli esposti ed individuazione di un percorso di diagnosi precoce (in collaborazione con le strutture sanitarie regionali) volto a contrastare l’aumentato rischio di cancro polmonare. ● Realizzazione di un elaborato di sintesi per la presentazione dei risultati ottenuti. <p>Promozione di una campagna di sensibilizzazione a livello regionale, tesa a far conoscere la natura ambientale e sanitaria del problema relativo all’utilizzo e alla presenza dell’amianto.</p>
<p>TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)</p>	<p>Le fasi di realizzazione del progetto comprendono: la ricerca bibliografica per la predisposizione di protocolli operativi e la loro validazione anche in base alle esigenze ed alle situazioni presenti sul territorio regionale; la mappatura del territorio regionale e catalogazione delle classi di rischio dei manufatti ancora in situ o abbandonati in discariche abusive; la realizzazione di un Sistema Informativo Territoriale (GIS) per l’archiviazione dei dati raccolti; la raccolta dei dati di incidenza/prevalenza eventualmente disponibili presso INAIL, Dipartimenti di Prevenzione, U.O. di Oncologia Medica, di Chirurgia, etc. presenti negli ospedali della Regione Molise; l’individuazione georeferenziata, su base epidemiologica, dei casi di patologie asbesto-correlate e valutazione della loro eventuale clusterizzazione; l’individuazione della popolazione esposta in base all’identificazione di siti contaminati; la somministrazione di questionari; l’analisi dei dati; la realizzazione di un elaborato di sintesi e attivazione della campagna di sensibilizzazione; Le fasi di realizzazione del progetto comprendono: la ricerca bibliografica per la predisposizione di protocolli operativi e la loro validazione anche in base alle esigenze ed alle situazioni presenti sul territorio regionale; la mappatura del territorio regionale e catalogazione delle classi di rischio dei manufatti ancora in situ o abbandonati in discariche abusive; la realizzazione di un Sistema Informativo Territoriale (GIS) per l’archiviazione dei dati raccolti; la raccolta dei dati di incidenza/prevalenza eventualmente disponibili presso INAIL, Dipartimenti di Prevenzione, U.O. di Oncologia Medica, di Chirurgia, etc. presenti negli ospedali della Regione Molise; l’individuazione georeferenziata, su base epidemiologica, dei casi di patologie asbesto-correlate e valutazione della loro eventuale clusterizzazione;</p>

l'individuazione della popolazione esposta in base all'identificazione di siti contaminati; la somministrazione di questionari; l'analisi dei dati; la realizzazione di un elaborato di sintesi e attivazione della campagna di sensibilizzazione;; la predisposizione del report e la divulgazione dei risultati sul territorio molisano; la predisposizione di idonee campagne informative.
la predisposizione del report e la divulgazione dei risultati sul territorio molisano; la predisposizione di idonee campagne informative.

ATTIVITA'	U.O.	MESI												
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Ricerca bibliografica	1/2	■	■											
Mappatura territorio regionale	1		■	■	■	■	■	■						
Catalogazione classi di rischio	1			■	■	■	■	■						
Realizzazione Sistema Informativo Territoriale	1								■	■	■	■	■	■
Raccolta dati di incidenza/prevalenza	2		■	■										
Individuazione georeferenziata casi di patologie asbesto-correlate	2				■	■	■	■	■	■				
Valutazione cluster di casi	2						■	■	■	■				
Individuazione popolazione esposta in base ai siti contaminati	2				■	■	■	■	■	■				
Somministrazione questionari	2						■	■	■	■				
Analisi dei dati	1/2											■	■	
Predisposizione report e divulgazione dei risultati	1/2												■	■
Predisposizione campagne informative	1/2													■

INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)

Indicatori di realizzazione/processo:

- Numero di comuni coperti dall'indagine.
- Numero di strutture sanitarie coinvolte nell'indagine.

	<ul style="list-style-type: none"> ● Raccolta dei dati sanitari disponibili sul territorio regionale. ● Stima della pericolosità locale in funzione della classe di appartenenza dei manufatti censiti. ● Stima dello stato di conservazione (friabile/compatto) dei materiali contenenti amianto in funzione della classe di appartenenza; ● Stima del grado di danneggiamento in funzione della categoria censita. ● Numero di siti individuati e georiferiti. ● Identificazione della popolazione esposta. ● Valutazione della incidenza/prevalenza di patologie asbesto-correlate. <p>Indicatori di risultato:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● % dei siti censiti, risultati positivi, con indicazione delle categorie di rischio rilevate ● % dei siti censiti sui siti attesi, desunti dal Piano Nazionale Amianto del 28/12/2012. ● Individuazione di un centro di riferimento regionale per la presa in carico dei pazienti. ● Identificazione di un centro regionale per il follow up degli esposti. ● Numero di soggetti presi in carico dal Servizio Sanitario Regionale. <p>Gli indicatori esposti <i>ex ante</i> non sono da ritenersi comunque esaustivi, essendo ampliabili e migliorabili <i>in itinere</i>.</p>
RISULTATI ATTESI	<p>Il Piano consentirà di dare risposta ai dettami della Legge 93/2001 e del relativo D.M. 101/2003 in merito alla realizzazione della mappatura completa della presenza di amianto sul territorio nazionale e permetterà di dotare la Regione Molise di uno strumento efficace per l'individuazione di tutte le fonti di rischio e la conseguente bonifica dei siti inquinati.</p> <p>Consentirà, inoltre, di realizzare una corretta sorveglianza sanitaria ed epidemiologica a favore della popolazione esposta professionalmente o involontariamente all'amianto, anche attraverso l'indirizzo degli esposti a programmi di diagnosi precoce. Consentirà, inoltre, di avviare appropriate indagini ambientali in caso di clusterizzazione di casi di patologie asbesto-correlate. La disponibilità di dati epidemiologici raccolti attraverso lo studio pilota sul territorio regionale e la validazione delle metodologie di indagine utilizzate saranno opportunamente messe a disposizione per l'istituzione/implementazione del Centro Operativo Regionale (COR) e delle attività di sorveglianza per le patologie asbesto-correlate (in particolare per il mesotelioma).</p> <p>I risultati del progetto saranno, inoltre, utili a contribuire all'elaborazione di una proposta di Legge regionale per il recepimento della Legge n° 257/92.</p>

PROSPETTO ECONOMICO

DESCRIZIONE	TOTALE IMPEGNO ECONOMICO PRESUMIBILE (IN EURO)
<u>PERSONALE</u>	
Personale	€ 50.000,00
<u>MISSIONI</u>	
Missioni	€ 2.500,00
<u>MATERIALI DI CONSUMO</u>	
Reagenti, DPI, manutenzione apparecchiature	€ 3.500,00
Materiale di cancelleria, programmi informatici ecc.	€ 3.143,00
<u>ALTRO</u>	
<u>TOTALE</u>	€ 59.143,00

ALLEGATO C

linea progettuale	denominazione linee progettuale	titolo progetto	Atto di approvazione del progetto	Riferimenti DCA 88/2011	Rimodulazione economica per l'anno 2012	Tempi del progetto	Anno di prima approvazione del progetto	Ente Referente - Ente/i attuatore/i
1	ATTIVITA' DI ASSISTENZA PRIMARIA	Riduzione degli accessi impropri nelle strutture di emergenza e delle liste d'attesa. Casa della Salute: innovazione tecnologica, telemedicina, governo clinico	DCA n. 88 del 02/11/2011	All. B - Progetto 3	€ 535.000,00	12	2008	REGIONE MOLISE
		Qualificazione complessiva del sistema sanitario regionale e miglioramento della rete ospedaliera e assistenziale: monitoraggio dell'appropriatezza LEA	DCA n. 88 del 02/11/2011	All. B - Progetto 4	€ 500.000,00	12	2011	REGIONE MOLISE
2	LA NON AUTOSUFFICIENZA	Non autosufficienza: centri di riferimento diagnosi e presa in carico dei pazienti. Gestione multidisciplinare integrata. Potenziamento delle strutture pubbliche del territorio. Aggiornamento del personale	DCA n. 88 del 02/11/2011	All. B - Progetto 8	€ 1.064.568,00	12	2011	REGIONE MOLISE
5	LA SANITA' PENITENZIARIA	Sanità Penitenziaria e Territorio	DCA n. 88 del 02/11/2011	All. B - Progetto 13	€ 300.000,00	12	2012	ASREM
6	L'ATTIVITA' MOTORIA PER LA PREVENZIONE DELLE MALATTIE CRONICHE E PER IL MANTENIMENTO DELL'EFFICIENZA FISICA NELL'ANZIANO	Prevenzione delle malattie croniche e mantenimento dell'efficienza fisica nell'anziano: Anni in movimento	DCA n. 88 del 02/11/2011	All. B - Progetto 14	€ 200.000,00	12	2011	REGIONE MOLISE/ASREM
9	VALORIZZAZIONE DELL'APPORTO DEL VOLONTARIATO	Valorizzazione dell'apporto del volontariato in ospedale	DCA n. 88 del 02/11/2011	All. B - Progetto 18	€ 156.504,00	12	2010	REGIONE MOLISE
10	RIABILITAZIONE	Organizzazione sanitaria e riequilibrio dell'offerta riabilitativa	DCA n. 88 del 02/11/2011 e DCA n. 9 del 23/12/2009	All. B - Progetto 19	€ 200.000,00	12	2008	REGIONE MOLISE
11	LA SALUTE MENTALE	Centro salute mentale: interventi efficaci per il trattamento della depressione medio-lieve, attacchi di panico e agorafobia	DCA n. 88 del 02/11/2011	All. B - Progetto 20 e 21	€ 220.000,00	12	2011	REGIONE MOLISE





DIREZIONE GENERALE PER LA SALUTE

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	Regione Molise
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	Decreto Commissariale n. 25 del 26/05/2010 <i>Art. 1, comma 806, l. 296/2006 – Fondo per il cofinanziamento dei progetti attuativi del Piano Sanitario Nazionale: quota destinata ad iniziative nazionali del Ministero della Salute;</i> Decreto Commissariale n. 3 del 2/02/2011;
LINEA PROGETTUALE	1. Cure Primarie
TITOLO DEL PROGETTO	<i>“Riduzione degli accessi impropri nelle strutture di emergenza e delle liste di attesa. Casa della Salute: innovazione tecnologica, telemedicina, governo clinico”</i>
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi
REFERENTE / ENTE ATTUATORE	Regione Molise – Direzione Generale per la Salute / A.S.Re.M.

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€.649.605,00
--------------------------------	--------------

IL PROGETTO

CONTESTO	<p>L'elevato tasso di ospedalizzazione dei ricoveri ordinari che ancora caratterizza l'assetto sanitario regionale, colloca il Molise in una posizione critica rispetto al panorama nazionale. L'analisi della situazione delle attività sanitarie, ospedaliere ed extra-ospedaliere, coinvolte nelle emergenze-urgenze, nella Regione, evidenzia la necessità di una trasformazione e riorganizzazione dell'intera rete.</p> <p>Come noto, il nuovo PSN 2011-2013 affida un ruolo centrale all'assistenza primaria e alle strutture territoriali, in una logica di rete; contestualmente prevede, quale priorità assoluta dell'assistenza sanitaria, la gestione e il contenimento delle liste e dei tempi di attesa.</p> <p>Il <i>trend</i> del sistema sanitario nazionale conduce pertanto allo sviluppo di due distinte direttrici, connesse tra loro per obiettivi e funzione: da un lato, una migliore gestione delle liste e dei tempi di attesa, come emerge anche l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul “Piano Nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012”, di cui all'articolo 1, comma 280 della legge 23 dicembre 2005, n.266; dall'altro, l'integrazione socio-sanitaria delle prestazioni e l'implementazione dell'assistenza primaria.</p> <p>Circa il primo obiettivo, si propone di condividere un percorso per il governo delle liste di attesa finalizzato a garantire un appropriato accesso dei cittadini ai servizi sanitari che si realizza con l'applicazione di rigorosi criteri di appropriatezza, del rispetto delle classi di priorità e della trasparenza del sistema a tutti i livelli.</p> <p>Con riferimento alla seconda priorità, invece, si individua l'esigenza di un approccio multidisciplinare e multidimensionale nell'assistenza erogata ai pazienti che impone lo sviluppo di meccanismi di integrazione delle prestazioni sociali e sanitarie, territoriali ed ospedaliere, per una presa in carico “globale” del paziente e della</p>
----------	--

	<p>famiglia, al fine di assicurare i Livelli Essenziali di Assistenza di cui al D.P.C.M. 29.11.2011 s.m.i.</p> <p>A livello regionale, appare indispensabile, pertanto, da un lato, migliorare l'appropriatezza delle prestazioni erogate dalle strutture di Pronto Soccorso (P.S.) degli ospedali regionali; dall'altro, potenziare la rete assistenziale territoriale, al fine di offrire all'utente un servizio sanitario che sia più efficiente (puntando all'Assistenza h12 e h24) e, al contempo, dislocato capillarmente sul territorio, sì da intercettare la 'domanda' di accessi impropri presso le strutture di Pronto Soccorso (Codici Bianchi; Codici Verdi).</p> <p>La complessità orografica del territorio molisano impone, già di per sé, l'implementazione, in via sperimentale, di nuovi modelli assistenziali (ad es., Casa della Salute; Progetto A.DI.TE.), soprattutto in aree disagiate della Regione, ove si rende indispensabile il miglioramento del sistema di cure primarie.</p>
DESCRIZIONE	<p>Il progetto, già avviato in una prima fase sperimentale presso l'A.S.Re.M., intende perseguire l'obiettivo di un miglioramento complessivo qualitativo e quantitativo delle attività e dei settori coinvolti nelle emergenze-urgenze, con efficacia a breve-medio termine e a costi il più possibile contenuti.</p> <p>In tale contesto, si intende sviluppare un progetto orientato su due azioni distinte, ma connesse per le specifiche finalità perseguite:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>potenziamento della rete assistenziale territoriale;</i> ➤ <i>appropriatezza delle prestazioni erogate dai P.S. regionali;</i> ➤ <i>riduzione degli accessi impropri al PS.</i> <p>POTENZIAMENTO DELLA RETE ASSISTENZIALE TERRITORIALE</p> <p>Si intende implementare sul territorio l'assistenza territoriale distrettuale, finalizzata a:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ garantire la continuità delle cure, mediante gestione integrata del paziente da parte dei servizi territoriali (puntando all'assistenza h12 prima e h24 poi); ➤ garantire un elevato livello di integrazione tra i diversi servizi sanitari e sociali, anche attraverso il potenziamento dell'ADI; ➤ utilizzare strumenti informatici, telemedicina e teleconsulto, per la gestione del paziente nella fase diagnostica; ➤ fornire un'ampia e capillare rete di comunicazione nella prevenzione. ➤ creazione/potenziamento di ambulatori di codici bianchi e verdi, distrettuali e territoriali, da incardinare presso strutture poliambulatoriali già presenti sul territorio regionale e/o nelle diverse strutture di nuova costituzione, sperimentate sulla base del modello "Casa della Salute" (S. Croce di Magliano, Riccia, Frosolone, ecc. e A.DI.TE); <p>APPROPRIATEZZA DELLE PRESTAZIONI EROGATE DAI P.S. DEGLI OSPEDALI REGIONALI.</p> <p>Al fine di ottenere la riduzione degli accessi impropri e del tasso di ospedalizzazione saranno attivate presso le suddette UU.OO.:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ formazione del personale per gestire i tempi di attesa; ➤ miglioramento della trasmissione dei dati intra-ospedaliera ed extra-ospedaliera (con gli ambulatori dei codici bianchi, ecc.); ➤ migliore selezione dei pazienti da inviare al P.S. da parte della C.O. 118, con creazione di creazione standardizzate e condivise, anche attraverso l'ausilio dei MCA nelle ore diurne presso la centrale 118; ➤ creazione di percorsi diagnostico-assistenziali nella fase ospedaliera e/o territoriale tra di loro incardinate. <p>IMPLEMENTAZIONE DEL PROGETTO</p> <p>Il potenziamento della progettualità, in una logica di interazione tra i vari livelli dell'assistenza territoriale, punta al coinvolgimento dei diversi operatori sanitari (MMG, PLS, MSA e MCA) nell'offerta dei servizi di prima assistenza della</p>

	<p>popolazione molisana, mediante un approccio di tipo multidisciplinare.</p> <p>In continuità con gli obiettivi del progetto presentato al cofinanziamento ex art. 1, comma 806, l. 296/2006 nelle pregresse annualità, si rende necessario implementare un percorso organizzativo integrato in grado di rispondere con maggiore efficacia al bisogno di salute del territorio regionale, contribuendo a realizzare l'obiettivo di riduzione degli accessi impropri al PS.</p> <p>Le principali azioni da svolgere, nella fase di implementazione, dovranno essere integrate con quelle del progetto presentato, in via sperimentale, in attuazione dell'Accordo del 27/07/2011 integrativo dell'Accordo 20 aprile 2011, Rep. atti 84/CSR, sulla "Continuità delle cure in un sistema integrato: modello organizzativo del 118 e MCA".</p>
OBIETTIVI	<p><u>Obiettivi generali:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Alternativa assistenziale al ricorso al pronto soccorso con miglioramento dei livelli di appropriato utilizzo dei servizi per le urgenze sanitarie; - Miglioramento dei livelli di appropriato utilizzo dei servizi sanitari territoriali e gestione integrata degli stessi; - Riduzione del rischio clinico per la collettività; - Miglioramento dei livelli di <i>customer satisfaction</i>; - Miglioramento del governo clinico. <p><u>Obiettivi specifici:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Continuità delle cure, mediante gestione integrata del paziente da parte dei servizi territoriali, puntando all'assistenza h12 e h24; - Perseguimento del coordinamento funzionale dell'attività di MMG, PLS, MCA e MSA, con i servizi e le attività di Distretto, nonché con il Servizio 118 e PS; - Perseguimento di un elevato livello di integrazione tra i diversi servizi sanitari e sociali, attraverso il potenziamento in ADI; - Utilizzo di strumenti informatici, telemedicina e teleconsulto, per la gestione del paziente nella fase diagnostica; - Miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni erogate dalle UU.OO. di Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza (M.C.A.U.); - creazione di un numero unico regionale per la gestione dei codici bianchi e verdi, gestito dal MCA; - creazione di un <i>Call center</i> di operatori non sanitari con funzione di filtro e di gestione delle chiamate; - formazione del personale destinato ad operare in tale ambito.
TEMPI DI ATTUAZIONE	12 mesi.
INDICATORI	<ul style="list-style-type: none"> - Gestione dei codici bianchi e valutazione del rapporto urgenza <i>triage</i>/urgenza esito; - Riduzione percentuale di ospedalizzazione; - Riduzione dei tempi di permanenza al P.S. a decorrere dall'accettazione amministrativa; - Aumento del numero dei controlli finalizzati alla verifica dell'utilizzo appropriato dei servizi territoriali (confronto con i dati anno 2008); - Incontri formativi sul territorio con sviluppo di tematiche riguardanti gli obiettivi di salute propri del vigente Piano Sanitario Nazionale; - Elaborazione e distribuzione di questionari utili alla valutazione della <i>Customer Satisfaction</i> - Valutazione della riduzione percentuale di richieste di accessi del sistema di emergenza territoriale 118 nell'area afferente alla Struttura territoriale; - Valutazione del numero delle prestazioni specialistiche erogate dalla struttura territoriale.

RISULTATI ATTESI	<ul style="list-style-type: none"> - Riduzione significativa dell'afflusso dei codici bianchi e verdi al PS; - Riduzione percentuale di ospedalizzazione; - Riduzione del 30-50% dei tempi di attesa per l'effettuazione di prestazioni; - Implementazione delle cure primarie e del governo clinico del territorio regionale; - Gestione dell'appropriatezza nella presa in carico degli utenti; - Potenziamento attività di prevenzione e diagnosi sul territorio.
RELAZIONE ANNUALITA' PRECEDENTI	<p>Il progetto, avviato a seguito del cofinanziamento ministeriale dei progetti attuativi del Piano Sanitario Nazionale, quale quota destinata ad iniziative nazionali ex art. 1, comma 806, l. 296/2006, e attuato presso l'A.S.Re.M., ha come obiettivo principale quello di offrire un'alternativa assistenziale al ricorso al Pronto Soccorso con miglioramento dei livelli di appropriato utilizzo dei servizi per le urgenze sanitarie, rafforzando al contempo il coordinamento funzionale dell'attività di MMG, PLS, MCA con i servizi e le attività distrettuali.</p> <p>Il progetto, attuativo della Linea progettuale sulle Cure primarie, è peraltro riconducibile per continuità e coerenza di obiettivi ad altre progettualità, nell'ambito degli obiettivi di Piano relativi alle annualità pregresse, quali Casa della Salute, Riduzione delle liste di attesa, Telemedicina, Governo clinico del territorio, già in corso di realizzazione presso l'A.S.Re.M.</p> <p>Il raccordo tra le progettualità richiamate risulta indispensabile ai fini di una migliore attuazione degli obiettivi e una gestione più efficiente delle risorse.</p>

PROSPETTO ECONOMICO

DESCRIZIONE	TOTALE IMPEGNO ECONOMICO PRESUMIBILE (IN EURO)
<u>PERSONALE</u>	
Personale Medico (MMG e MCA)	€ 300.000,00
Supporto amministrativo al responsabile del procedimento regionale	€ 50.000,00
<u>RISTRUTTURAZIONI, MATERIALE E ATTREZZATURE</u>	
Ristrutturazione / riconversione delle strutture esistenti	€ 100.000,00
Attrezzature tecniche	€ 100.000,00
Formazione del personale medico e infermieristico	€ 50.000,00
Acquisto / noleggio apparecchiature informatiche / software	€ 49.605,00
<u>TOTALE</u>	€ 649.605,00



DIREZIONE GENERALE PER LA SALUTE

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	Regione Molise
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	1. Cure Primarie
TITOLO DEL PROGETTO	<i>“Qualificazione complessiva del sistema sanitario regionale e miglioramento della rete ospedaliera e assistenziale: monitoraggio dell'appropriatezza LEA”</i>
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi
REFERENTE / ENTE ATTUATORE	Regione Molise - Direzione Generale per la Salute / A.S.Re.M.

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 370.000,00
--------------------------------	--------------

IL PROGETTO

PREMESSA	<p>Il progetto si compone di tre sottoprogetti, da realizzarsi in collaborazione tra Regione Molise e A.S.Re.M., nel rispetto delle linee di indirizzo del nuovo PSN 2011-2013 e della normativa vigente relativa agli adempimenti contabili anche nel settore sanitario:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) <u>Armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio regionale;</u> 2) <u>Il nuovo Sistema informativo Sanitario: strumento di riferimento regionale per la misura dei Livelli Essenziali di Assistenza;</u> 3) <u>Analisi di fattibilità per attività di partenariato pubblico-privato nel settore dell'edilizia sanitaria.</u>
CONTESTO E DESCRIZIONE	<p>1) ARMONIZZAZIONE DEI SISTEMI CONTABILI E DEGLI SCHEMI DI BILANCIO REGIONALE</p> <p>L'art. 1, comma 1 della legge 196/2009 individua i soggetti destinatari delle disposizioni contenute nella norma; stabilisce, infatti, che <i>“tutte le amministrazioni pubbliche contribuiscono al raggiungimento degli obiettivi di finanza pubblica e delle responsabilità che ne derivano”</i>. I principi contenuti nella legge si indirizzano, dunque, non solo alle organizzazioni centrali dello Stato, ma anche alle Regioni, attraverso il processo di armonizzazione dei bilanci di tutti gli enti pubblici. Le esigenze di armonizzare gli schemi contabili, di sincronizzare l'approvazione dei documenti di bilancio e di coordinare i sistemi di contabilità finanziaria con quelli economico-patrimoniale, derivano dall'attuale condizione di eterogeneità di forme giuridiche e modelli contabili delle amministrazioni dello Stato e dall'eterogeneità delle forme giuridiche e dei meccanismi di <i>governance</i>.</p> <p>L'aspetto di rilievo nella nuova disciplina è rappresentata dalla esatta <i>“perimetrazione”</i>, nel bilancio, delle entrate e delle uscite relative al finanziamento del servizio sanitario, per consentire la confrontabilità tra le entrate e le spese iscritte nel bilancio regionale e le risorse indicate negli atti che determinano il fabbisogno sanitario della regione, e che, correlativamente, ne individuano le fonti di finanziamento. Per le</p>

entrate si dispone tra finanziamento ordinario corrente, finanziamento aggiuntivo corrente, finanziamento regionale del disavanzo pregresso e finanziamento per investimenti. Per la spesa si dispone, la distinzione tra spesa sanitaria corrente per il finanziamento dei LEA, spesa per livelli di assistenza superiori ai LEA, spesa per il ripiano del disavanzo pregresso e spesa per investimenti. Anche i flussi di cassa vengono contabilizzati in maniera differenziata (anche con distinti codici SIOPE) tra le risorse destinate al finanziamento del fabbisogno regionale *standard*, che confluiscono in appositi conti di tesoreria unica intestati a ciascuna regione, dai quali si effettuano le erogazioni mensili, e le risorse ulteriori, che vanno in appositi conti correnti intestati alla sanità presso il tesoriere dell'ente regionale.

I modelli sono differenziati in base alla sussistenza o meno delle gestione sanitaria accentrata. Le Regioni che scelgono di gestire direttamente una quota di finanziamento del proprio servizio sanitario in regime di contabilità economico-patrimoniale devono a tal fine individuare nella propria struttura organizzativa uno specifico centro di responsabilità, denominato "gestione sanitaria accentrata presso la regione" con il compito di implementare e tenere una contabilità di tipo economico-patrimoniale. Le regioni che invece non operano tale scelta possono effettuare, a valere sui capitoli di spesa dedicati alla sanità, solo operazioni di trasferimento verso enti del servizio sanitario regionale, l'intero importo del finanziamento previsto nell'esercizio di riferimento; conseguentemente, presso la regione sono trattate le sole operazioni di consolidamento degli enti medesimi.

2) IL NUOVO SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO: STRUMENTO DI RIFERIMENTO REGIONALE PER LA MISURA DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

Come noto, secondo le linee di indirizzo del nuovo PSN 2011-2013, il nuovo Sistema Informativo Sanitario Nazionale (NSIS), basato sulla cooperazione e l'integrazione dei diversi sistemi informativi regionali e locali, rappresenta lo strumento di riferimento a supporto del governo dei flussi informativi del SSN, la fonte informativa per il monitoraggio dei LEA. Nell'ambito del NSIS, infatti, confluiscono secondo le modalità stabilite dal Garante privacy, anche i dati di dettaglio delle prestazioni, rilevati in via telematica attraverso il Sistema Tessera Sanitaria, resi disponibili all'ASREM e alla Regione. I dati regionali riguardano: ricoveri ospedalieri, eventi nascita, prestazioni farmaceutiche effettuate in distribuzione diretta o per conto; assistenza domiciliare; assistenza residenziale e semiresidenziale; assistenza sanitaria di emergenza-urgenza; consumi di medicinali in ambito ospedaliero.

Risulta pertanto necessario proseguire il percorso evolutivo già avviato, attraverso: la messa a regime dei flussi informativi circa:

- il monitoraggio dell'assistenza domiciliare;
- la rilevazione delle prestazioni residenziali e semiresidenziali;
- la rilevazione delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza in emergenza-urgenza;
- la rilevazione delle prestazioni farmaceutiche;

l'attivazione dei flussi:

- per le dipendenze;
- per la salute mentale;
- per l'hospice;

il completamento della progettazione di nuovi contenuti informativi per:

- il monitoraggio della rete di assistenza;
- il monitoraggio della rete di riabilitazione territoriale.

3) ANALISI DI FATTIBILITÀ PER ATTIVITÀ DI PARTENARIATO PUBBLICO-PRIVATO NEL SETTORE DELL'EDILIZIA SANITARIA

Le *Public Private Partnership* e, in particolare, la finanza di progetto sono divenute il principale strumento cui fa ricorso la sanità pubblica non solo per colmare il gap tra le risorse finanziarie disponibili e il fabbisogno di investimenti, ma anche per convogliare

	<p>l'efficienza e gli standard qualitativi, tipici del settore privato.</p> <p>Nonostante i notevoli investimenti nel settore sanitario attivati in finanza di progetto, in Italia – e in Molise ancor di più – ci si trova di fronte a una pubblica amministrazione che, in assenza di un supporto operativo e di strumenti di programmazione e controllo idonei, tende ad approcciare questa complessa modalità di realizzazione degli investimenti pubblici con le stesse logiche dell'appalto tradizionale.</p> <p>La programmazione degli interventi di edilizia sanitaria, anche nella Regione, ha mostrato evidenti limiti, sia in termini di previsione delle esigenze del territorio, sia in termini di praticabilità delle soluzioni individuate.</p> <p>Risulta allora indispensabile sviluppare una progettualità che sia in grado di offrire una fotografia preliminare sullo stato dell'arte dell'edilizia sanitaria e dare risposte concrete circa la possibile applicazione di strumenti di partenariato pubblico-privato in ambito sanitario sul territorio regionale: uno studio preliminare per l'implementazione di un'analisi di fattibilità per l'implementazione di attività di partenariato pubblico-privato nel settore sanitario.</p>
OBIETTIVI	<p><u>SOTTOPROGETTO N. 1</u></p> <p>Il Piano dei conti integrato in coerenza con il sistema delle regole contabili, nazionali ed internazionali ed un piano sui risultati attesi di bilancio per illustrare gli obiettivi di spesa, misurare i risultati e monitorare l'effettivo andamento in termini di servizi forniti e di interventi realizzati. A tanto mira il decreto approvato in via definitiva dal Consiglio dei Ministri in data 31 maggio 2011 sull'adeguamento e armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle amministrazioni pubbliche.</p> <p>Nel dare piena attuazione alle disposizioni di cui ai D.Lgs. n. 91 del 31 maggio 2011 che entrerà in vigore il 1° settembre 2011, le P.A. tendono a:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Perseguire l'obiettivo dell'armonizzazione delle procedure contabili connesse ai vari sistemi contabili e di bilancio; ➤ Rappresentare in maniera corretta, attraverso il sistema di bilancio, le scelte programmatiche, amministrative e gestionali; ➤ Consentire la corretta ed efficace applicazione delle norme; ➤ Formazione c/o primarie università del personale regionale; ➤ Coadiuvare gli organi di revisione e controllo nel verificare che il sistema dei bilanci e le relative informazioni contabili pubbliche risultino conformi ai principi di efficienza ed efficacia. <p><u>SOTTOPROGETTO N. 2</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Coordinamento con il flusso di dati NSIS, per il tramite del sistema "Tessera Sanitaria"; ➤ Monitoraggio dei flussi informativi; ➤ Analisi dell'inappropriatezza delle prestazioni erogate; ➤ Studio dell'efficacia dei servizi erogati; <p><u>SOTTOPROGETTO N. 3</u></p> <p>Il progetto mira, in particolare, ad ottenere:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Valutazione di un'applicazione efficace ed efficiente di nuove modalità di finanziamento delle opere pubbliche attraverso il modulo procedimentale del partenariato pubblico-privato; ➤ Accelerazione dei tempi e snellimento delle procedure di aggiudicazione; ➤ Coinvolgimento nella fase di programmazione delle iniziative di tutti i soggetti appartenenti al settore privato (costruttori, gestori e finanziatori); ➤ Stesura di linee guida e modalità operative standardizzate per operatori pubblici e privati in ambito sanitario; ➤ Formazione di competenze professionali qualificate nella pubblica amministrazione.
TEMPI	Le diverse attività progettuali, in via sperimentale, avranno una durata di 12 mesi, prorogabili.

INDICATORI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Elaborazione delle diverse soluzioni di intervento; 2. Accuratezza nell'indagine; 3. Flussi di Dati NSIS, per il tramite del sistema "Tessera Sanitaria"; 4. Dati economici CE/SP/LA (costi per Livelli di assistenza); 5. Analisi e Fattibilità tecnico-amministrativa.
RISULTATI ATTESI	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Implementazione del sistema di contabilità economico-patrimoniale; ➤ Perimetrazione del bilancio delle entrate e delle uscite relative al finanziamento del servizio sanitario; ➤ Monitoraggio dei flussi informativi; ➤ Analisi dell'inappropriatezza delle prestazioni erogate; ➤ Studio dell'efficacia dei servizi erogati; ➤ Stesura di uno studio preliminare per l'implementazione di un'analisi di fattibilità per l'implementazione di attività di partenariato pubblico-privato; ➤ Formazione specifica del personale regionale; ➤ Analisi dei risultati.

PROSPETTO ECONOMICO

DESCRIZIONE	TOTALE IMPEGNO ECONOMICO PRESUMIBILE (IN EURO)
<u>SOTTOPROGETTO N. 1</u>	
Personale a contratto	€ 25.000,00
Personale struttura centrale	€ 25.000,00
Supporto amministrativo al responsabile del procedimento regionale	€ 20.000,00
Elaborazione del progetto, Supporto informatico esterno – software	€ 120.000,00
Formazione Personale regionale	€ 30.000,00
<u>SOTTOPROGETTO N. 2</u>	
Num. 2 Risorse di Personale tecnico a contratto	€ 45.000,00
Formazione Personale regionale	€ 15.000,00
<u>SOTTOPROGETTO N. 3</u>	
Supporto informatico esterno – Personale tecnico a contratto	70.000,00
Personale struttura centrale	20.000,00
<u>TOTALE</u>	€ 370.000,00



DIREZIONE GENERALE PER LA SALUTE

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	Regione Molise
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	<i>2. La non autosufficienza. Assistenza ai pazienti affetti da demenza</i>
TITOLO DEL PROGETTO	<i>“Non autosufficienza: Centri di riferimento diagnosi e presa in carico dei pazienti. Gestione multidisciplinare integrata. Potenziamento delle strutture pubbliche del territorio. Aggiornamento del personale”</i>
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi
REFERENTE / ENTE ATTUATORE	Regione Molise – Direzione Generale per la Salute / ASReM

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€.820.418,00
--------------------------------	--------------

IL PROGETTO

CONTESTO	<p>Il progetto si colloca in una linea di continuità con alcune progettualità sviluppate nella Regione Molise nell’ambito degli obiettivi di Piano 2007-2010, al fine di implementarne le attività e realizzare in modo pieno ed efficace gli obiettivi ed i risultati previsti.</p> <p>Il “Piano Alzheimer” già prevedeva:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ la rimodulazione e implementazione di Unità di Valutazione Alzheimer (U.V.A.); ➤ l’apertura di n. 2 Centri Diurni Specialistici Alzheimer e prosecuzione delle attività nei centri già esistenti; ➤ la realizzazione di “Nuclei Funzionali Alzheimer” nei Presidi Ospedalieri regionali, in particolare quelli da riconvertiti in RR.SS.AA.; nelle RR.SS.AA. in esecuzione della seconda fase di applicazione dell’art. 20, l. 67/88; e in Residenze per Anziani per l’attuazione dei cosiddetti “Ricoveri di Sollievo”; ➤ prosecuzione ed implementazione dell’Assistenza Domiciliare Alzheimer (ADA). <p>Talune di queste attività sono da considerarsi avviate nell’ambito della riconversione dei Presidi Ospedalieri di Agnone, Venafro e Larino in RR.SS.AA. Altre saranno oggetto di implementazione mediante la realizzazione del presente progetto</p>
DESCRIZIONE	<p>1. Adeguamento strutture residenziali e semiresidenziali ad alta attività terapeutica socio-riabilitativa (CRP): si rende necessario adeguare le strutture residenziali e semiresidenziali ad alta attività terapeutica socio-riabilitativa (CRP), già esistenti sul territorio regionale, al fine di implementare la rete dei servizi.</p> <p>2. Realizzazione di Centri Diurni Specialistici Alzheimer e Demenza. I Centri Diurni Specialistici sono strutture semiresidenziali ove afferiscono soggetti valutati in una fase precoce della patologia, che si occupano della diagnosi e presa in carico dei pazienti affetti da Alzheimer e da Demenza.</p>

	<p>Il servizio ha lo scopo di stimolare e mantenere la funzionalità e l'autonomia del malato con attività specifiche che vengono svolte con supporto assistenziale e medico-psicologico. Sono inseriti nel Centro Diurno anche utenti autosufficienti con forme di demenza lieve moderata a cui viene fornito un progetto individuale finalizzato alle attività da mettere in essere sulla scorta delle capacità residue dell'utente stesso.</p> <p>Le attività si svolgeranno in regime diurno in locali debitamente individuati e comprenderanno attività assistenziali e sanitarie quali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - riabilitazione cognitiva; - terapia occupazionale; - musicoterapica; - ginnastica dolce; - laboratori; - cineforum; - escursioni programmate e scoperta del territorio anche attraverso degli spazi verdi appositamente destinati agli utenti "Giardini di Alzheimer".
OBIETTIVI	<p>Obiettivi generali.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Adeguamento della rete dei servizi socio-sanitari</i> ai bisogni complessi e specifici dei malati affetti da demenza e delle loro famiglie, migliorando lo standard di offerta in una prospettiva di integrazione territoriale, professionale e sociale. • <i>Adeguamento delle strutture e della rete dei servizi socio-sanitari</i> ai bisogni complessi e specifici dei malati di Alzheimer e delle loro famiglie, migliorando lo standard di offerta in una prospettiva di integrazione territoriale, professionale e sociale. • <i>Offerta di maggiori opportunità ai soggetti affetti dalla malattia</i> nei diversi contesti nei quali vivono (a domicilio o in strutture residenziali e semiresidenziali) e promozione di interventi sanitari e sociali per assicurare ai pazienti il più alto livello di benessere possibile. <p>Obiettivi specifici:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adeguamento delle strutture residenziali esistenti (CRP); • Creazione di Centri Diurni Specialistici Alzheimer e Demenza; • Adeguamento e specializzazione della rete dei servizi socio-sanitari nella presa in carico e cura dei pazienti; • Adeguamento delle politiche di intervento per ottimizzare le spese sociali e sanitarie connesse alle patologie dementigene; • Costruzione di percorsi diagnostico-terapeutici in grado di facilitare e veicolare correttamente le informazioni e agevolare il conseguente accesso ai servizi da parte delle famiglie con utenti affetti da patologie dementigene; • Costruzione di percorsi assistenziali domiciliari; • Gestione informatizzata dei dati relativi ai pazienti; • Addestramento e formazione del personale; • Diffusione e applicazione delle linee guida e degli orientamenti regionali.
TEMPI DI ATTUAZIONE	12 mesi
INDICATORI	<ul style="list-style-type: none"> - indice di invecchiamento della popolazione molisana; - indice di dipendenza della popolazione molisana; - indice di vecchiaia; - numero di pazienti reclutati; - numero di corsi di formazione realizzati.
RISULTATI ATTESI	<ul style="list-style-type: none"> • Miglioramento della qualità delle cure e della vita dei malati e dei loro familiari; • Specializzazione della rete dei servizi socio-sanitari nella presa in carico e cura dei soggetti colpiti dalla malattia; • Adeguamento delle politiche di intervento per ottimizzare le spese sociali e sanitarie connesse alla malattia.

PROSPETTO ECONOMICO

DESCRIZIONE	TOTALE IMPEGNO ECONOMICO PRESUMIBILE (IN EURO)
<u>PERSONALE</u>	
Personale a contratto	€ 150.000,00
Personale dipendente	€ 125.000,00
Formazione del personale e MMG	€ 100.000,00
Coordinamento Struttura Centralizzata	€ 50.000,00
Supporto amministrativo al responsabile del procedimento regionale	€ 25.000,00
<u>ATTREZZATURE E RISTRUTTURAZIONI</u>	
Adeguamento strutture esistenti CRP e Centri Diurni	€ 240.000,00
Attrezzature	€ 120.000,00
Materiali	€ 10.418,00
<u>TOTALE</u>	€ 820.418,00



DIREZIONE GENERALE PER LA SALUTE

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	Regione Molise
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	Decreto Commissariale n. 21 del 10/05/2010 Decreto Commissariale n. 3 del 2/02/2011
LINEA PROGETTUALE	6. <i>Sanità penitenziaria</i>
TITOLO DEL PROGETTO	<i>“Sanità Penitenziaria e Territorio”</i>
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi
REFERENTE / ENTE ATTUATORE	Regione Molise Direzione Generale per la Salute / A.S.Re.M.

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 300.000,00
--------------------------------	--------------

IL PROGETTO

CONTESTO	<p>I servizi sanitari negli Istituti di pena, in base al principio dell'equivalenza delle cure, devono essere in grado di fornire assistenza in condizioni paragonabili a quelle della popolazione civile. I disturbi psichiatrici, compresi quelli di personalità e i comportamenti suicidari, hanno prevalenza molto più alta nel carcere rispetto alla popolazione generale. Al fine di limitare questo problema si rende necessaria una formazione specifica per la diagnosi e la cura delle patologie psichiche negli Istituti di pena e, allo stesso tempo, che tale formazione specifica non riguardi soltanto gli psichiatri ma coinvolga tutto il personale sanitario, trattamentale e di custodia che entri in contatto con i detenuti.</p> <p>Tra le problematiche psichiatriche più importanti e delicate vi è la prevenzione delle condotte autolesive e la cura dei soggetti ad alto rischio. A tal fine si rende necessario individuare percorsi identificativi dei fattori di rischio per i quali implementare protocolli di trattamento per i cd. “nuovi giunti” (sia dalla libertà che da altri Istituti di Pena) che consentano di individuare tra questi quelli ad alto rischio al fine di implementare anche programmi di prevenzione all'uopo predisposti.</p> <p>Un'ulteriore importante questione che si pone agli operatori della sanità penitenziaria è promuovere e sostenere la continuità della cura, fondamentale in soggetti portatori di patologie croniche come quelle psichiatriche, in soggetti che spesso vengono trasferiti da un carcere all'altro, e al momento dell'uscita dal carcere. In tal senso è imprescindibile prevedere una via di comunicazione privilegiata non solo tra i diversi operatori penitenziari dell'area psicologica e psichiatrica all'interno di ogni Istituto ma anche tra i diversi Istituti dello stesso provveditorato e tra i servizi penitenziari e quelli territoriali.</p> <p>L'esigenza è dunque quella di offrire adeguata assistenza sanitaria alle persone detenute e/o internate secondo quanto previsto dal D.P.C.M. 1 aprile 2008 recante <i>“Modalità e criteri per il trasferimento al SSN delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, risorse finanziarie e attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria”</i>.</p>
DESCRIZIONE	Il progetto si articola su tre linee di intervento:

	<p>- <i>I FASE - Screening epidemiologico della popolazione penitenziaria per i disturbi mentali e valutazione dei livelli correnti di assistenza:</i> I risultati ottenuti dalle misurazioni saranno poi confrontati ed integrati con quelli desumibili dalle cartelle cliniche dei detenuti e con quelli desunti da un successivo colloquio clinico.</p> <p>- <i>II FASE - Formazione per gli operatori penitenziari:</i> Verranno preparati corsi di formazione riguardanti la tutela della salute psichica all'interno degli Istituti di Pena. Tali Corsi saranno strutturati sulla base delle specifiche linee guida pubblicate dall'OMS per le diverse categorie di operatori sanitari.</p> <p>- <i>III FASE - Individuazione della presenza dei fattori di rischio per le condotte di auto nocumento:</i> Verrà rilevata la presenza di fattori di rischio per le condotte di auto nocumento attraverso la somministrazione di specifiche scale psicometriche e di questionari anamnestici ad hoc per indagare le Dimensioni Psico-Socio Patologiche coinvolte in questi comportamenti.</p> <p>I risultati così conseguiti consentiranno di indirizzare specifici interventi di prevenzione secondaria sugli individui a rischio e di indicare un iter diagnostico specifico finalizzato all'individuazione precoce dei fattori di rischio per condotte di auto nocumento.</p>
OBIETTIVI	<ul style="list-style-type: none"> - Valutazione epidemiologica dei disturbi mentali nelle carceri regionali; - Assistenza per recupero e mantenimento della salute mentale dei detenuti; - Formazione degli operatori della sanità penitenziaria; - Istituzione di un Servizio Nuovi Giunti negli Istituti di pena del Molise; - Integrazione degli operatori appartenenti ad aree diverse; - Miglioramento dei servizi di assistenza psicologica e sanitaria ai detenuti; - Elaborazione di protocolli di trattamento che garantiscano il diritto alla cura e consentano una continuità terapeutica; - Gestione informatizzata ed elaborazione dei dati raccolti; - Valutazione dell'efficacia degli interventi proposti.
TEMPI DI ATTUAZIONE	Il progetto avrà durata 12 mesi.
INDICATORI	<ul style="list-style-type: none"> - Valutazione degli obiettivi formativi con test a scelta multipla da somministrare prima e dopo i corsi di formazione; - Numero di consulenze psichiatriche effettuate negli Istituti; - Tipologia di terapie farmacologiche somministrate.
RISULTATI ATTESI	Miglioramento complessivo della qualità dell'assistenza psicologica e sanitaria erogata ai detenuti
RELAZIONE ANNUALITA' PRECEDENTI	Il progetto è stato avviato, in fase sperimentale, con la collaborazione dell'Università degli Studi del Molise ed è coordinato da un comitato costituito dai responsabili dei Dipartimenti di Salute Mentale Regionali competenti per territorio per i rispettivi Istituti di pena e dal titolare della Cattedra di psichiatria della Facoltà di Medicina dell'Università degli Studi del Molise. È prevista per l'anno 2011 l'implementazione delle attività progettuali con la collaborazione dell'A.S.Re.M.

PROSPETTO ECONOMICO

DESCRIZIONE	TOTALE IMPEGNO ECONOMICO PRESUMIBILE (IN EURO)
<u>PERSONALE</u>	
Personale medico e paramedico	€ 200.000,00
<u>ATTREZZATURE E FORMAZIONE</u>	
Attrezzature	€ 50.000,00
Formazione personale medico	€ 50.000,00
<u>TOTALE</u>	€ 300.000,00



DIREZIONE GENERALE PER LA SALUTE

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	Regione Molise
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	<i>7. L'attività motoria per la prevenzione delle malattie croniche e per il mantenimento dell'efficienza fisica nell'anziano</i>
TITOLO DEL PROGETTO	<i>"Prevenzione malattie croniche e mantenimento dell'efficienza fisica nell'anziano: Anni in movimento"</i>
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi
REFERENTE / ENTE ATTUATORE	Regione Molise, Direzione Generale per la Salute / A.S.Re.M. / Comitato Provinciale CONI

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 30.000,00
--------------------------------	-------------

IL PROGETTO

CONTESTO	<p>Con circa 1/4 della popolazione avente più di 65 anni di età, il Molise è non solo la regione più anziana d'Italia, ma anche la seconda per percentuale di sedentari. Incrementare l'attività fisica in questa fascia della popolazione potrebbe portare ad un arresto del forte aumento di consumo di farmaci e della spesa sanitaria avvenuto negli ultimi anni, ad un miglioramento delle prestazioni fisiche/stato di salute ed alla prevenzione di malattie croniche e/o neurodegenerative.</p> <p>A tale scopo è necessaria un'azione complessa sulla popolazione, in modo da superare le barriere fisiche, psicologiche e sociali che si oppongono ad un aumento dell'attività fisica negli anziani.</p> <p>Il presente progetto mira pertanto, anche attraverso la collaborazione di organismi istituzionali preposti, alla promozione e attuazione dell'attività fisica negli anziani.</p> <p>L'invecchiamento della popolazione si accompagna anche ad un aumento della prevalenza di malattie croniche e, quindi, ad aumento della spesa sanitaria. Specificamente, in Molise la spesa pro capite è tra le più alte in Italia, e conseguentemente anche la spesa farmaceutica aumenta significativamente. Quanto di tale incremento di spesa sia da ascrivere al fenomeno dell'invecchiamento della popolazione è intuibile considerando che, a livello italiano, circa il 65% della spesa del Servizio Sanitario Nazionale ed il 70% della spesa farmaceutica è utilizzata per la cura e l'assistenza alle persone anziane.</p> <p>E' noto come l'attività fisica svolga benefici effetti a carico di vari organi ed apparati, tanto da rappresentare uno dei cardini nella terapia e prevenzione di molte patologie quali l'ipertensione arteriosa, il diabete, l'obesità e l'osteoporosi. Di conseguenza, un intervento basato sulla promozione, a scopo preventivo, dell'<i>attività fisica nella popolazione anziana non ospedalizzata</i> avrebbe un effetto di riduzione del consumo di farmaci pro capite e presidi per la disabilità, determinando una riduzione della spesa sanitaria regionale e un miglioramento della qualità di vita in termini di autonomia e di</p>
----------	---

	stato dell'umore (per i noti effetti dell'esercizio fisico sullo stato mentale) di tali soggetti. Un aspetto particolare in tale ambito è rappresentato da soggetti con sarcopenia (diminuzione della massa muscolare) ed obesità, nei confronti dei quali l'attività fisica rappresenta un intervento di prima scelta. Oltre questo si deve ricordare il comprovato effetto dell'attività fisica sulla prevenzione della demenza e di morbo di Alzheimer.
DESCRIZIONE	L'iniziativa progettuale prevede lo svolgimento di attività motoria per gli anziani finalizzata alla prevenzione delle malattie croniche e al mantenimento dell'efficienza fisica nelle persone in età avanzata. Si prevede l'organizzazione di una serie di incontri con gli anziani per svolgere attività motoria una/due volte la settimana sotto la guida di esperti, laureati in scienze motorie, nonché medici designati, di concerto, dall'A.S.Re.M. e dal Comitato provinciale CONI di Campobasso. Beneficiari dell'iniziativa saranno uomini e donne in terza età, nel numero massimo complessivo di 500 persone circa.
OBIETTIVI	<ul style="list-style-type: none"> - Promozione e sensibilizzazione dell'attività fisica nella popolazione anziana non ospedalizzata; - Aumento del 10% del numero di anziani che praticano attività fisica; - Monitoraggio dell'attività fisica negli anziani sul territorio;
TEMPI DI ATTUAZIONE	Il progetto avrà durata 12 mesi.
INDICATORI	<ul style="list-style-type: none"> • numero di anziani / medici ed esperti coinvolti nel progetto; • numero di eventi organizzati; • questionari di <i>customer satisfaction</i>; • <i>report</i> finali.
RISULTATI ATTESI	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Aumento dello stato di salute degli anziani, ➢ Cambiamento culturale nei confronti della attività fisica da parte di anziani e dei medici curanti, ➢ Prevenzione di patologie croniche e demenze, ➢ Rallentamento nell'incremento del consumo di farmaci.

PROSPETTO ECONOMICO

DESCRIZIONE	TOTALE IMPEGNO ECONOMICO PRESUMIBILE (IN EURO)
<u>ORGANIZZAZIONE EVENTI</u>	
Acquisto materiale sportivo e divise	€ 3.000,00
Rimborso spese	€ 1.500,00
Stampati brochure	€ 1.500,00
Acquisto piccole attrezzature sportive	€ 3.000,00
Acquisto materiale di consumo	€ 1.000,00
Compensi per collaborazioni tecnico-sportivo dilettantistiche / sanitarie	€ 20.000,00
<u>TOTALE</u>	€ 30.000,00



DIREZIONE GENERALE PER LA SALUTE

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	Regione Molise
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	Decreto Commissariale n. 3 del 2/02/2011
LINEA PROGETTUALE	10. <i>Valorizzazione dell'apporto del volontariato</i>
TITOLO DEL PROGETTO	<i>Valorizzazione dell'apporto del volontariato in ospedale</i>
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi
REFERENTE / ENTE ATTUATORE	Regione Molise Direzione Generale per la Salute / A.S.Re.M. / Associazioni di volontariato

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 48.498,00
--------------------------------	-------------

IL PROGETTO

CONTESTO	<p>Nel contesto Molisano si avverte fortemente la necessità di coinvolgere le organizzazioni di volontariato (OdV) nella realtà sanitaria e socio-sanitaria della Regione.</p> <p>Le OdV possono infatti svolgere un ruolo importante nella presa in cura del paziente e diventare così soggetti attori e valutatori di servizi che la Regione è chiamata ad erogare.</p>
DESCRIZIONE	<p>Il coinvolgimento delle OdV che la Regione Molise intende promuovere, in via sperimentale, sul territorio regionale dovrebbe riguardare prettamente un supporto al personale medico e paramedico in Ospedale.</p> <p>In particolare, si prevede di coinvolgere associazioni di volontariato locali, soprattutto per offrire un supporto a particolari categorie di pazienti ospedalizzati (bambini, donne, anziani, ecc.) o a pazienti di lungo-degenza anche dislocati in RSA e ai parenti degli stessi. Il luogo di coinvolgimento è dunque in primo luogo l'Ospedale e/o l'RSA, soprattutto in considerazione della riconversione degli Ospedali di Agnone, Venafro e Larino.</p> <p>Presso l'ASREM si intende costituire poi uno sportello unico di volontariato che aiuti il cittadino in situazione di fragilità nel percorso di attraversamento dei servizi sociali e sanitari per agevolarne la fruizione. Tale sportello in prospettiva potrebbe, successivamente, essere dislocato in ogni Distretto sanitario della Regione, a supporto dei pazienti e dei loro familiari.</p> <p>In tal modo, si intende promuovere e diffondere la cultura del volontariato, anche tra i giovani, offrendo al contempo un servizio utile ai pazienti ospedalizzati e alle famiglie.</p>
OBIETTIVI	<ul style="list-style-type: none"> - Supporto a particolari categorie di pazienti ospedalizzati (bambini, donne, ecc.) o a pazienti di lungo-degenza anche dislocati in RSA e ai parenti; - Promozione, sviluppo e diffusione del volontariato sul territorio regionale; - Creazione di sportelli unici di volontariato presso l'ASREM e, in prospettiva, presso ciascun Distretto sanitario.

TEMPI DI ATTUAZIONE	12 mesi
INDICATORI	<ul style="list-style-type: none"> - Audit civico dei cittadini; - Num. pazienti / num. volontari coinvolti; - Questionari di customer satisfaction;
RISULTATI ATTESI	<ul style="list-style-type: none"> - Coinvolgimento attivo delle OdV nella presa in cura del paziente; - Supporto ai pazienti e alle famiglie; - Miglioramento dello stato psico-fisico del paziente ospedalizzato; - Potenziamento del Distretto e dell'Assistenza distrettuale.
RELAZIONE ANNUALITA' PRECEDENTI	Si sta avviando il progetto in collaborazione con l'A.S.Re.M. e con le Associazioni di volontariato sul territorio, al fine di migliorare la presa in cura del paziente ospedalizzato, con particolare riferimento alle categorie deboli di soggetti (bambini, donne, anziani) e offrire adeguato supporto alle famiglie.

PROSPETTO ECONOMICO

DESCRIZIONE	TOTALE IMPEGNO ECONOMICO PRESUMIBILE (IN EURO)
<u>PERSONALE</u>	
Personale a contratto	€ 35.000,00
Supporto amministrativo al Responsabile del Procedimento regionale	€ 10.000,00
<u>ATTREZZATURE</u>	
Materiale e attrezzature	€ 3.498,00
<u>TOTALE</u>	€ 48.498,00



DIREZIONE GENERALE PER LA SALUTE

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	Regione Molise
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	Decreto Commissariale n. 9 del 23/12/2009
LINEA PROGETTUALE	11. <i>Riabilitazione</i>
TITOLO DEL PROGETTO	<i>“Organizzazione sanitaria e Riequilibrio territoriale dell’offerta riabilitativa”</i>
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi
REFERENTE / ENTE ATTUATORE	Regione Molise - Direzione Generale per la Salute / A.S.Re.M.

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 150.000,00
--------------------------------	--------------

IL PROGETTO

CONTESTO	<p>In attesa dell’approvazione del nuovo Piano Sanitario Regionale, il vigente PSR 2008/2010 – approvato con D.C.R. n. 190 del 9/07/08 e, da ultimo, con Legge Regionale n. 34 del 26/11/2008, recante: «<i>Modifiche alla legge regionale 1 aprile 2005, n. 9 ad oggetto “Riordino del Servizio sanitario regionale”</i>» – prevede, tra gli obiettivi specifici e le azioni prioritarie nel settore della riabilitazione, quello di pervenire al riequilibrio territoriale dell’offerta riabilitativa intensiva ed estensiva e riduzione della spesa riabilitativa (domiciliare, ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale).</p> <p>Parallelamente, l’obiettivo 6.1 del Piano Operativo di Rientro “<i>Riequilibrio territoriale dell’offerta riabilitativa</i>” dispone la riduzione della spesa per la riabilitazione attualmente indirizzata verso centri dell’Abruzzo e della Puglia.</p> <p>Allo stato, le prestazioni di riabilitazione sanitaria (per il recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali) sono erogate dall’A.S.Re.M. attraverso i propri servizi, nonché attraverso contratti con strutture private accreditate presenti sul territorio che erogano prestazioni offerte in strutture di riabilitazione globale in regime di internato o semi-internato, rivolte a persone con disabilità gravi che necessitano di un progetto riabilitativo personalizzato, oppure prestazioni specialistiche di fisiochinesiterapia, di medicina fisica e riabilitativa in regime ambulatoriale o anche domiciliare a seconda delle fasi e della complessità dell’intervento riabilitativo.</p> <p>L’offerta di assistenza riabilitativa necessita, pertanto, di costante implementazione e puntuale monitoraggio, al fine di un progressivo miglioramento del servizio sul territorio regionale.</p>
DESCRIZIONE	<p>Il progetto mira alla promozione dell’attuazione delle Linee Guida per le attività di riabilitazione, attraverso l’analisi e lo studio delle attività rivolte alla popolazione disabile, a livello sia regionale che locale (A.S.Re.M.), ponendosi come strumento di programmazione, gestione e valutazione a supporto del processo di valutazione interno alle stesse strutture erogatrici.</p> <p>Le informazioni rilevate avranno l’obiettivo di fornire un quadro complessivo dei</p>

	progetti riabilitativi realizzati sul territorio regionale sia per le persone che hanno superato la fase di acuzie e di immediata post-acuzie e che necessitano di interventi orientati a garantire un ulteriore recupero funzionale in un tempo definito, sia per le persone affette da esiti stabilizzati di patologie psico-fisiche che necessitano di interventi orientati a mantenere l'eventuale residua capacità funzionale o contenere il deterioramento.
OBIETTIVI	<ul style="list-style-type: none"> • Analisi della organizzazione sanitaria del Molise con riferimento ai flussi di mobilità generale e di riabilitazione, effetti del Piano di rientro sul sistema sanitario regionale, analisi del contesto nazionale, analisi economica; • Promozione dell'applicazione delle Linee Guida per le attività di riabilitazione per una migliore organizzazione dell'iter riabilitativo partecipazione al processo di nuova rielaborazione delle linee guida nazionali; • attivazione delle procedure per la verifica della qualità dei processi riabilitativi nelle strutture regionali, pubbliche e private; • elaborazione e definizione dei percorsi diagnostico-riabilitativi per le patologie di maggiore interesse riabilitativo; • promozione della formazione continua e aggiornamento delle professionalità operanti sul territorio; • definizione e messa in rete del modello organizzativo regionale; • Formazione personale regionale c/o Università o Enti altamente qualificati.
TEMPI DI ATTUAZIONE	Il progetto sarà realizzato in un arco temporale di 12 mesi.
INDICATORI	<ul style="list-style-type: none"> • Valutazione dei bisogni in materia riabilitativa commisurati al quadro epidemiologico, riferito ad approccio per patologia; • valutazione della suddivisione della spesa sanitaria rispetto alla distribuzione di servizi tra ospedale e territorio ed al rapporto costi/benefici; • comparazione tra erogazione di prestazioni riabilitative appropriate e effettivi fabbisogni della popolazione
RISULTATI ATTESI	Il progetto mira ad applicare i risultati della ricerca in campo riabilitativo per migliorare la qualità dell'assistenza attraverso l'aggiornamento e la formazione continua, nonché ad utilizzare gli strumenti e metodologie di valutazione e revisione della qualità dell'assistenza per la valutazione degli esiti dei programmi di riabilitazione nei singoli soggetti in relazione al loro contesto sociale e agli obiettivi prefissati.

PROSPETTO ECONOMICO

DESCRIZIONE	TOTALE IMPEGNO ECONOMICO PRESUMIBILE (IN EURO)
<u>PERSONALE</u>	
Personale a contratto	€ 60.000,00
Supporto amministrativo al Responsabile del Procedimento regionale	€ 30.000,00
<u>MATERIALI DI CONSUMO E ALTRO</u>	
Attrezzature, materiali, pubblicazioni	€ 10.000,00
Elaborazione dati	€ 10.000,00
Formazione personale regionale	€ 40.000,00
<u>TOTALE</u>	€ 150.000,00



DIREZIONE GENERALE PER LA SALUTE

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	Regione Molise
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	12. <i>La Salute mentale</i>
TITOLO DEL PROGETTO	" <i>Centro Salute Mentale</i> "
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi
REFERENTE / ENTE ATTUATORE	Regione Molise Direzione Generale per la Salute / ASReM

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 120.000,00
--------------------------------	--------------

IL PROGETTO

CONTESTO	<p>Il nuovo PSN 2011-2013 considera la tutela della salute mentale uno degli obiettivi principali della sanità nazionale e regionale, da attuare attraverso atti programmatici rivolti ad orientare l'azione dei servizi sanitari, dei servizi sociali, del volontariato e del privato sociale.</p> <p>A livello regionale, con la L.R. 6 novembre 2002, n. 30, sono state disciplinate tutte le attività relative alla promozione della tutela della salute mentale nella Regione Molise, i profili organizzativi delle strutture operanti nel settore, le funzioni e le verifiche, al fine di raggiungere gli obiettivi prefissati dalla legislazione nazionale.</p> <p>In attuazione di tale quadro normativo, si propone un modello organizzativo unitario per la promozione e tutela della salute mentale che concorra alla promozione, prevenzione, cura e riabilitazione della salute mentale in tutto il territorio regionale e che abbia come punto di riferimento il Dipartimento di Salute Mentale (DSM). La struttura operativa, incardinata nel DSM, è rappresentata dal Centro di Salute Mentale (CSM), fulcro dell'assistenza programmata per le azioni di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale.</p>
DESCRIZIONE	<p>Il CSM, situato in una sede esterna all'ospedale, è aperto per interventi ambulatoriali e/o domiciliari, 12 ore al giorno nei giorni feriali, caratterizzandosi come "sede organizzativa dell'equipe degli operatori e la sede del coordinamento degli interventi previsti integrandosi funzionalmente con le attività dei distretti.</p> <p>Il CSM svolge:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Attività di accoglienza, analisi della domanda e attività diagnostica; - Definizione e attuazione dei programmi terapeutico-riabilitativi e socio-riabilitativi personalizzati tramite interventi ambulatoriali di "rete" e residenziali, nella strategia della continuità terapeutica; - Attività di raccordo con i MMG per fornire consulenza psichiatrica e per condurre, in collaborazione, progetti terapeutici e attività formativa; - Consulenza specialistica ai servizi di confine (alcolismo, tossicodipendenze, ecc.) e alle strutture residenziali per anziani e disabili; - Attività di filtro ai ricoveri di controllo della degenza nelle case di cura

All. B – Progetto 20

	<p>neuropsichiatriche private, al fine di assicurare la continuità terapeutica;</p> <p>- Valutazione ai fini del miglioramento continuo di qualità (MCQ) delle pratiche e delle procedure approvate.</p> <p>Il CSM è attivo per interventi ambulatoriali e/o domiciliari, su strutture residenziali e semiresidenziali e su ogni altra attività territoriale; è altresì responsabile dei programmi globali, individuali e selettivi per la tutela e la promozione della salute mentale.</p>
OBIETTIVI	<p>1) Attività di prevenzione, cura e prevenzione nella tutela della salute mentale;</p> <p>2) Svolgimento di attività di accoglienza, analisi della domanda e attività diagnostica;</p> <p>3) Definizione e attuazione dei programmi terapeutico-riabilitativi e socio-riabilitativi personalizzati;</p> <p>4) Attività di raccordo con i MMG e consulenza specialistica.</p>
TEMPI DI ATTUAZIONE	<p>24 mesi. Il finanziamento richiesto è tuttavia soltanto per l'anno 2011. La seconda annualità sarà finanziata mediante la riproposizione nell'anno 2012.</p>
INDICATORI	<ul style="list-style-type: none"> - Indicatori di salute dei pazienti; - Valore percentuale dell'utenza già conosciuta dal CSM; - Num. di comunicazioni personalizzate dei medici; - Num. incontri con i MMG; - Rilevazione delle conoscenze e delle competenze acquisite a seguito dell'attuazione del progetto e successivo confronto con i dati evidenziati precedentemente.
RISULTATI ATTESI	<ul style="list-style-type: none"> - Riduzione dei ricoveri, razionalizzazione dei tempi, riduzione dei costi; - ottimizzazione dei tempi di risposta e dei livelli di appropriatezza dei processi diagnostici e assistenziali; - personalizzazione dei percorsi terapeutici per i pazienti; - integrazione funzionale tra Medici Specialisti e MMG.

PROSPETTO ECONOMICO

DESCRIZIONE	TOTALE IMPEGNO ECONOMICO PRESUMIBILE (IN EURO)
<u>PERSONALE</u>	
Personale amministrativo	30.000,00
Personale medico e paramedico	70.000,00
<u>ATREZZATURE E MATERIALI</u>	
Attrezzature e materiali	20.000,00
<u>TOTALE</u>	€ 120.000,00



DIREZIONE GENERALE PER LA SALUTE

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	Regione Molise
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	12. <i>La Salute mentale</i>
TITOLO DEL PROGETTO	<i>“Sostegno alla diffusione e valutazione di interventi efficaci di gruppo per il trattamento della depressione medio-lieve e i disturbi di attacchi di panico e agorafobia”</i>
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi
REFERENTE / ENTE ATTUATORE	Regione Molise Direzione Generale per la Salute / ASReM

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 20.000,00
--------------------------------	-------------

IL PROGETTO

CONTESTO	<p>Gli studi epidemiologici hanno dimostrato l'alta prevalenza dei disturbi depressivi nella popolazione generale (Alonso, 2004). In Italia dalla rilevazione 2007 del sistema PASSI, risulta che circa il 10% dei cittadini con età 18-69 presenta sintomi depressivi. Si tenga presente che anche le malattie cardiovascolari sono a loro volta influenzate dalla patologia psichiatrica di tipo ansioso-depressiva. Per quanto riguarda il trattamento il dato più eclatante è quello del CENSIS che nell'ultimo mese ha presentato un quadro relativo all'aumento della spesa per farmaci antidepressivi del 114,5% che sono raddoppiati negli ultimi 10 anni.</p> <p>Il primo problema che si pone è che la gran parte di queste persone viene visitata dal solo medico di medicina generale. Quindi solo una piccola percentuale accede alla visita dello specialista rappresentato dal neurologo, dallo psichiatra e dallo psicologo.</p> <p>Il secondo problema che si pone è che per entrambe le condizioni non sono erogati gli interventi di provata efficacia disponibili, sia dal medico di medicina generale, ma cosa più preoccupante dagli specialisti e dai servizi specialisti.</p> <p>È opinione comune, sostenuta tra l'altro da dati epidemiologici, che un episodio di depressione medio-lieve non trattato ha una buona probabilità di risolversi spontaneamente entro 3-6 mesi. Ma purtroppo è anche vero che il 50% dei pazienti con Depression Media (DM) avrà una ricaduta entro 10 anni, che dopo due episodi di DM la probabilità di averne un terzo è del 90% e che dopo tre episodi di DM la probabilità di ricaduta entro 15 giorni dalla guarigione è del 40%. Gli elementi di stress psicosociale che scatenano la depressione sono più spesso coinvolti nelle prime ricadute piuttosto che nelle successive.</p> <p>Questi dati suggeriscono che è necessario insegnare strategie di fronteggiamento psicosociale, soprattutto per gli eventi negativi (perdita), che precedono il 66-90% degli episodi di DM (Brown, 1996). Questo dato indica che non si possono dare solo farmaci per la cura della depressione, in quanto essa è spesso associata a fattori</p>
----------	--

	<p>di stress psicosociali.</p> <p>Tra gli interventi non farmacologici va evidenziata l'abbondante letteratura che ha messo in evidenza che gli interventi psicoterapici di dimostrata efficacia nella terapia della Depressione, secondo i criteri della <i>Evidence Based Medicine</i> (Medicina basata sulle prove di efficacia), sono la Terapia Cognitivo-Comportamentale e la Terapia Interpersonale.</p> <p>La Terapia cognitivo-comportamentale è la più ampiamente studiata attraverso studi randomizzati controllati e la più diffusa nella pratica. Allo stesso modo vanno seriamente considerati quegli studi che mettono in evidenza come la Terapia Cognitivo-Comportamentale (TCC) sia più efficace del solo trattamento farmacologico con Anti Depressivi (AD).</p> <p>Sulla base di queste conoscenze epidemiologiche si sono svolti due corsi di formazione per operatori di Terapia Cognitivo Comportamentale di Gruppo per i trattamenti di entrambe le patologie (depressione e attacchi di panico). Sulla base di questi trattamenti sarà svolto il seguente progetto.</p>
DESCRIZIONE	<p><u>Saranno formati due gruppi clinici</u>: uno di persone con depressione medio-lieve ed un altro con persone con attacco di panico.</p> <p><u>Trattamenti</u>. I trattamenti che saranno erogati sono quelli messi a punto in Italia da psicologi che hanno effettuato i corsi di formazione dell'ASReM e/o dai professionisti del DSM di Campobasso che hanno effettuato i corsi anche con il ruolo eventualmente di coordinamento e supervisione del trattamento.</p> <p><u>Il reclutamento delle persone</u> avverrà in modo consecutivo (presso gli ambulatori di psichiatria, le consulenze presso gli altri reparti, il pronto soccorso, su segnalazione dei MMG, ecc.). Tutti i pazienti che in maniera consecutiva presentano sintomi depressivi e ansiosi candidabili per gli interventi saranno valutati da 2 psichiatri del Servizio di Psichiatria. In seguito a contatto del paziente con il servizio i pazienti potenzialmente eleggibili riceveranno una valutazione da parte di questi due medici che hanno ricevuto una formazione specifica su questi trattamenti che avranno però il compito di valutare se il paziente può partecipare al gruppo. Essi valuteranno con <i>strumenti specifici</i> in uso presso il servizio di psichiatria se il paziente sia affetto da depressione medio-lieve (con esclusione di tutti coloro che presentano comorbidità varie) o da attacchi di panico (escludendo le altre patologie ansiose). In caso positivo chiederanno il consenso informato e daranno spiegazioni sulla modalità di trattamento. Si prevede in un periodo massimo di 15 giorni di formare i due gruppi ognuno di 6 pazienti.</p> <p><u>La valutazione</u> riguarderà attraverso <i>strumenti specifici</i> già in uso sia l'eleggibilità dei pazienti, sia la gravità, sia l'eventuale assunzione già in uso degli antidepressivi. La valutazione avverrà prima dell'inizio (start point), ogni tre mesi e ad un anno (end point).</p>
OBIETTIVI	<ol style="list-style-type: none"> 1) Sostegno all'introduzione di interventi non farmacologici efficienti ed efficaci per il trattamento della depressione medio-lieve, attacchi di panico e agorafobia; 2) Verifica dell'efficacia dei trattamenti sulla riduzione dell'uso di farmaci antidepressivi e sull'aumentato benessere; 3) Valutazione dei fattori che possano facilitare l'introduzione nella pratica dei trattamenti non farmacologici per la depressione e l'ansia.
TEMPI DI ATTUAZIONE	<p>Il progetto avrà la durata di 12 mesi.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>Primo mese</i>: Screening che sarà avviato subito dopo l'approvazione della delibera da parte dell'ASReM; ➤ <i>Secondo mese</i>: inizio della valutazione e dell'intervento per la durata di 5 mesi; ➤ <i>Sesto mese</i>: fine dell'intervento e valutazione; ➤ <i>Nono mese</i>: valutazione finale; ➤ <i>Dodicesimo mese</i>: relazione finale e convegno.
INDICATORI	<p>Con gli strumenti già in uso di psicopatologia e di quelli specifici previsti già nei manuali di riferimento sarà valutato il miglioramento pre-post dei sintomi. Saranno valutate le ricadute in termini di peggioramento della sintomatologia di un terzo del punteggio. Sarà inoltre valutata la soddisfazione per l'intervento, il tasso di drop out</p>

All. B – Progetto 21

	e la prescrizione di antidepressivi con una riduzione del 50% per coloro che ne facevano uso e di almeno il 50% a tre mesi di soggetti con assenza di prescrizione farmacologia, di almeno il 60% senza farmaci a 9 mesi e di almeno il 75% senza farmaci ad un anno.
RISULTATI ATTESI	<ul style="list-style-type: none"> - Valutazione della riduzione dell'uso di farmaci antidepressivi e sull'aumentato benessere; - Valutazione dell'introduzione nella pratica dei trattamenti non farmacologici per la depressione e l'ansia.

PROSPETTO ECONOMICO

DESCRIZIONE	TOTALE IMPEGNO ECONOMICO PRESUMIBILE (IN EURO)
<u>PERSONALE</u>	
Assistente di ricerca	€ 4.000,00
responsabile del progetto	€ 2.000,00
Conduuttori e coconduuttori	€ 6.000,00
<u>SCREENING</u>	
Screening	€ 1.000,00
<u>ALTRO</u>	
Spese di esercizio	€ 5.000,00
Spese per convegno	€ 2.000,00
<u>TOTALE</u>	€ 20.000,00

INDICE

ATTIVITA' DI ASSISTENZA PRIMARIA:

- Progetto 1 : “ Integrazione Ospedale – Territorio: malnutrizione ospedaliera, cuore in linea consulting”;
- Progetto 2: “Percorsi diagnostici-terapeutici: trattamento delle lesioni cutanee, prevenzione ulcere arti inferiori nei pazienti diabetici”;
- Progetto 3: “Riduzione degli accessi impropri nelle strutture di emergenza e delle liste di attesa. Casa della Salute: innovazione tecnologica, telemedicina, governo clinico” All. C);
- Progetto 4: “Qualificazione complessiva del sistema sanitario regionale e miglioramento della rete ospedaliera e assistenziale: monitoraggio appropriatezza LEA” All. C);

LA NON AUTOSUFFICIENZA:

- Progetto 5: “Sviluppo di un sistema informatico per la creazione di una rete assistenziale e lo sviluppo di percorsi Neuroriabilitativi innovativi tele- assistiti dedicati alla persone affette da Malattie Neurologiche ad interessamento Neuro Muscolare”
- Progetto 6: “Identificazione di marcatori precoci della malattia di Alzheimer per ottimizzare la terapia farmacologica ed il percorso assistenziale”;
- Progetto 7: “Cariotipo molecolare nella diagnosi di autismo, schizofrenia e ritardo mentale e interventi per la diagnosi precoce delle demenze ”;
- Progetto 8: “ Realizzazione di una rete integrata dei Centri UVA e creazione della Clinica della Memoria” All. C);
- Progetto 9 : “Non autosufficienza: centri di riferimento diagnosi e presa in carico dei pazienti. Gestione multidisciplinare integrata. Potenziamento delle strutture pubbliche del territorio. Aggiornamento del personale” All. C);

LE CURE PALLIATIVE E LA TERAPIA DEL DOLORE:

- Progetto 10: “Rete del dolore e cure palliative: liberi dal dolore”;
- Progetto 11: “La Terapia radio-metabolica nella terapia del dolore”;

INTERVENTI IN MATERIA DI BIOBANCHE DI MATERIALE UMANO:

- Progetto 12: “Biobanca di cellule fetali staminali e sangue cordonale”;

LA SANITA' PENITENZIARIA:

- Progetto 13: “ Sanità Penitenziaria e territorio” All.C);

L'ATTIVITA' MOTORIA PER LA PREVENZIONE DELLE MALATTIE CRONICHE E PER IL MANTENIMENTO DELL'EFFICIENZA FISICA NELL'ANZIANO:

- 1.1 Progetto 14: “Prevenzione delle malattie croniche, della demenza e delle fragilità e mantenimento dell'efficienza fisica nell'anziano: Anni in movimento” All. C);

TUTELA DELLA MATERNITA' E PROMOZIONE DELL'APPROPRIATEZZA DEL PERCORSO NASCITA:

- Progetto 15: “Servizio Regionale di Partoanalgesia”;
- Progetto 16: “Il miglioramento dell'appropriatezza del percorso nascita: requisiti di qualità e standard organizzativi”;

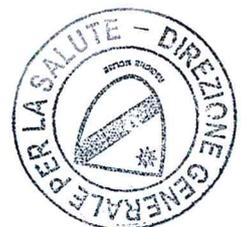
MALATTIE RARE:

- Progetto 17: “Un ambulatorio mobile itinerante per le malattie genetiche rare nei piccoli comuni della Regione Molise”;
- Progetto 18: “Malattie Rare: Le amiloidosi, Carcinoma Orale”;

VALORIZZAZIONE DELL'APPORTO DEL VOLONTARIATO:

- 1.2 Progetto 19: “Valorizzazione dell'apporto del volontariato in ospedale” All. C);

RIABILITAZIONE:



Progetto 20: “ I disturbi specifici dell'apprendimento della Diagnosi dell'intervento proposto dall'UO di NPI e Riabilitazione dell'età evolutiva”;

Progetto 21 : “Percorso abilitativo specifico delle funzioni comunicative e adottive in bambini e adolescenti con disturbi dello spettro autistico”;

Progetto 22 : “Organizzazione sanitaria e riequilibrio dell'offerta riabilitativa” All. C);

LA SALUTE MENTALE:

Progetto 23: “Popolazione a rischio e disuguaglianza sociale: interventi terapeutici riabilitativi”;

Progetto 24: “Centro salute mentale: interventi efficaci di gruppo per il trattamento della depressione medio-lieve e i disturbi di attacchi di panico e agorafobia” All. C);

PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE:

Progetto 25: “Piano regionale delle prevenzione, screening e registri regionali”.

Ulteriori linee progettuali

MISURE DIRETTE AL CONTRASTO DELLE DISUGUAGLIANZE IN SANITA':

Progetto 1 bis: “Screening audiologico neonatale regionale di II° livello”;

Progetto 2 bis: “Tempi di attesa e discriminazioni sociali, economiche, geografiche nella regione molise come fattori generanti disuguaglianza in sanità”;

Progetto 3 bis: “Prevenzione dell'infezione di malattie infettive negli immigrati

MISURE DIRETTE ALLA PROMOZIONE DELL'APPROCCIO DI GENERE IN SANITA':

Progetto 4 bis: “Strategie di prevenzione della sindrome metabolica e malattie cardiovascolari nella donna: percorsi clinici e caratterizzazione biomolecolare della donna a rischio”;

DIAGNOSI DI INFEZIONE DA HIV:

Progetto 5 bis: “Prevenzione dell'infezione da HIV mediante implementazione, informazione ed offerta del test HIV nell'ambito di un programma di assistenza integrata rivolta alle fasce deboli”;

PROMOZIONE DI UNA RETE NAZIONALE PER I TUMORI RARI;

Progetto 6 bis: “La biologia molecolare nella diagnostica e nella valutazione della risposta al trattamento della Leucemia Promielocitica Acuta (LAP)”;

Progetto 7 bis: “Attivazione di un laboratorio di biologia molecolare finalizzato alla ricerca delle mutazioni degli oncogeni, a scopi terapeutici e preventivi”;

SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA E PRESA IN CARICO DELLE PATOLOGIE ASBESTO CORRELATE:

Progetto 8 bis: “Studio pilota per l'identificazione dei siti contaminati da amianto sul territorio sul territorio della Regione Molise e per l'attivazione di un programma di sorveglianza epidemiologica delle patologie asbesto-correlate, con particolare riferimento ai mesoteliomi, propedeutico all'attivazione del centro Operativo Regionale”;

