



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	Linea progettuale 1: Interventi per il riassetto organizzativo e strutturale della rete dei servizi di assistenza ospedaliera e territoriale – Farmacia dei servizi.
TITOLO DEL PROGETTO	Primi interventi per l'integrazione delle farmacie convenzionate nella rete dei servizi di assistenza territoriale. Interventi per l'integrazione delle strutture regionali ed universitarie operanti nel settore della corretta gestione del farmaco.
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi
REFERENTE/ENTE ATTUATORE	Regione Molise – Direzione Generale per la Salute

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€154.860,00
--------------------------------	-------------

IL PROGETTO

CONTESTO	<p>La Regione Molise è caratterizzata da una serie di specificità che conferiscono maggiore complessità al governo del Servizio Sanitario Regionale (SSR). Esse attengono in particolare alla sfera demografica ed a quella socio-economica. Si rileva sul versante demografico il progressivo invecchiamento della popolazione (il Molise ha una quota di over 65 - e soprattutto di over 75 - superiore alla media nazionale) e su quello socio-economico il divario del reddito pro capite rispetto alla media nazionale. Cfr. PSR 2013-2015 (revisione novembre 2012)</p> <p>Nell'ottica di spostare il baricentro del SSN dall'ospedale al territorio, la "Farmacia dei servizi" può contribuire maggiormente al processo di riorganizzazione ospedale-territorio, quale soluzione organizzativa in grado di rispondere alle mutate e accresciute esigenze degli assistiti, garantendo appropriatezza, equità e tempestività delle cure e, dunque, un miglioramento della qualità di vita di tutti i cittadini e specialmente di coloro che presentano maggiore dipendenza e ridotta autonomia.</p> <p>Le farmacie, unitamente alle strutture regionali ed universitarie operanti</p>
----------	--

	<p>nel settore della corretta gestione del farmaco, in ragione della loro visibilità, capillarità e accessibilità rappresentano il punto di riferimento naturale per gli assistiti, infrastruttura cardine ed estrema declinazione del concetto di sussidiarietà nell'erogazione dei servizi sanitari.</p> <p>Il percorso avviato con il d.lgv. n. 153/2009 "Individuazione di nuovi servizi erogati dalle farmacie nell'ambito del Servizio sanitario nazionale" ha inteso assegnare un ruolo importante e di supporto delle farmacie alle attività di regioni e Aziende sanitarie, nell'ottica della territorializzazione dell'assistenza sanitaria..</p> <p>Le farmacie, in prima attuazione, saranno chiamate a svolgere un ruolo importante a supporto delle attività della Regione e dell'ASReM almeno su tre fronti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - servizi amministrativi e di front office (prenotazioni CUP, pagamento ticket e ritiro referti); - servizi informativi (campagne per il corretto uso del farmaco, campagne vaccinali e screening di prevenzione), anche in collaborazione con le strutture regionali ed universitarie operanti nel settore della corretta gestione del farmaco; - servizi territoriali e logistici (consegna dei farmaci a domicilio, raccolta farmaci non scaduti da destinare ai non abbienti, effettuazione in farmacia di piccole medicazioni e iniezioni...);
DESCRIZIONE	<p>Il progetto affronta l'esigenza di riconsiderare i rapporti con le farmacie che, per la loro capillarità, potrebbero erogare sul territorio servizi sanitari di prima assistenza e orientamento del cittadino verso gli altri presidi sanitari territoriali e ciò anche per limitare l'accesso alle strutture ospedaliere. In tale quadro, il contributo fornito dal centro di Farmacovigilanza Regionale (CRFVM) recentemente istituito e dal Centro di Ricerca Universitario sulla Farmacoutilizzazione (CERFU), potranno certamente fornire un ruolo di coordinamento e implementazione alle specifiche attività che verranno intraprese.</p> <p>L'obiettivo è di mettere in evidenza e, successivamente, a sistema il contributo peculiare e le potenzialità che le farmacie pubbliche e private operanti in convenzione e le strutture regionali ed universitarie operanti nel settore della corretta gestione del farmaco sono e saranno sempre più in grado di assicurare operando nella condizione di centri socio-sanitari polifunzionali.</p>

	<p>Le farmacie territoriali convenzionate in Molise, in virtù dell'Accordo stipulato con la Regione nell'anno 2012, svolgono già il ruolo di presidi sanitari polifunzionali, sotto due profili:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la distribuzione in nome e per conto del SSN dei farmaci inseriti nel PHT (Prontuario per la continuità assistenziale ospedale-territorio) agli assistiti molisani; - la prenotazione dei servizi sanitari concernente la erogazione dei servizi di prenotazione, di pagamento delle quote di partecipazione alla spesa sanitaria, tramite il sistema CUP - web. <p>La Regione Molise è intenzionata a sperimentare questo modello, definendo standard autorizzativi e operativi che possano consentire, a regime, una graduale estensione dei servizi resi dalle farmacie pubbliche e private.</p> <p>Per le farmacie pubbliche e private vanno previste, altresì:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) la partecipazione all'Assistenza domiciliare integrata a favore dei pazienti residenti o domiciliati nel territorio attraverso : <ul style="list-style-type: none"> ➤ la dispensazione e consegna domiciliare di farmaci e dispositivi medici soprattutto in zone disagiate; ➤ la messa a disposizione di operatori socio-sanitari, di infermieri e di fisioterapisti, per la effettuazione, a domicilio, di specifiche prestazioni professionali ; 2) la collaborazione a iniziative di formazione, comunicazione e sensibilizzazione sul corretto utilizzo dei medicinali prescritti, sulle loro potenziali interazioni e sugli effetti avversi, migliorando l'attività di counseling e di controllo sulle pluriprescrizioni; 3) la partecipazione alle campagne di prevenzione delle principali patologie a forte impatto sociale; 4) l'eventuale erogazione di servizi sanitari di secondo livello, anche avvalendosi di personale infermieristico; 5) l'eventuale effettuazione di prestazioni analitiche di prima istanza rientranti nell'ambito dell'autocontrollo.
OBIETTIVI	- Definizione degli standard autorizzativi e operativi per lo svolgimento delle attività sopra individuate, sentite le farmacie

	<p>convenzionate;</p> <ul style="list-style-type: none"> - sperimentazione, in uno o più distretti ASReM, sull'effettuazione di uno o più dei servizi sopra indicati, per pervenire, previa positiva valutazione, ad estenderli a tutto il territorio dell'ASReM; - messa a disposizione delle farmacie convenzionate, da parte dell'ASReM, di materiale informativo e divulgativo da distribuire ai cittadini; - implementazione dell'attività di prenotazione CUP; - integrazione dei sistemi informativi con tutti i soggetti coinvolti (Centro di farmacovigilanza-ASReM-medico-farmacista...); - previsione di momenti di formazione e confronto; - predisposizione di un questionario congiunto per la rilevazione del gradimento da parte dell'utenza.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	12 mesi
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	<ul style="list-style-type: none"> - Adozione degli standard - Numero farmacie coinvolte - Volume dell'attività della distribuzione in nome e per conto del SSR - Numero consegne domiciliari di farmaci - Realizzazione di una o più campagne formative ed informative di comunicazione - Rilevazione del gradimento attraverso la predisposizione di apposito questionario
RISULTATI ATTESI	<p>A regime, il progetto determinerà:</p> <ul style="list-style-type: none"> - il rafforzamento della funzione di presidio socio sanitario territoriale grazie alla capillarità dell'offerta (informazione, ritiro referti...) - il rafforzamento delle campagne formative, informative e di prevenzione

	<ul style="list-style-type: none">- una maggiore garanzia dei servizi e il miglioramento continuo degli stessi, specie dal punto di vista dell'assistenza domiciliare- una diffusione della coscienza sociale circa il corretto utilizzo del bene farmaco- una maggiore economicità dei servizi resi- un aumentato livello di soddisfazione dei cittadini
--	--

PROSPETTO ECONOMICO

DESCRIZIONE	TOTALE IMPEGNO ECONOMICO PRESUMIBILE (IN EURO)
ASREM	
<u>PERSONALE</u>	
Personale dipendente:	
Dirigenti – 250h/anno x € 60,00	€ 25.000,00
Comparto – 400h/anno x € 25,00	
Personale a contratto (operatori socio-sanitari, infermieri, fisioterapisti, corriere)	€ 59.000,00
<u>MISSIONI</u>	€ 1.000,00
<u>ATTREZZATURE E MATERIALI DI CONSUMO</u> (manuali – questionari)	€ 1.860,00
CRFVM	
<u>PERSONALE</u>	
Personale a contratto	€ 20.000,00
<u>MISSIONI</u>	€ 5.000,00
CERFU UNIMOL	
<u>PERSONALE</u>	
Personale a contratto	€ 15.000,00
<u>ATTREZZATURE E MATERIALI DI CONSUMO</u> (Materiale per la formazione e di divulgazione)	€ 10.000,00
<u>ALTRO</u>	
- Analisi statistica, elaborazione report e presentazione dati	€ 6.000,00
- Formazione del personale	€ 6.000,00
- Spese generali di gestione	€ 6.000,00
<u>TOTALE</u>	€ 154.860,00



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	Linea 1: Interventi per il riassetto organizzativo delle rete dei servizi di assistenza ospedaliera e territoriale
TITOLO DEL PROGETTO	Dal Pronto Soccorso al Ser.T: un percorso di riconoscimento e trattamento della dipendenza
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi
REFERENTE/ENTE ATTUATORE	Azienda Sanitaria Regionale del Molise

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€100.000,00
--------------------------------	-------------

IL PROGETTO

CONTESTO	<p>Il progetto “Dal Pronto Soccorso al Ser.T: un percorso di riconoscimento e trattamento della dipendenza” nasce dall’analisi concreta dei vari rapporti tra i diversi contesti della sanità. Attualmente non vi sono accordi precisi e codificati in protocolli d’intesa. I vari rapporti tra il Ser.T. e il Pronto Soccorso vengono lasciati al buon senso degli addetti che vi lavorano, che nell’interesse del paziente si attivano per dar vita ad una rete di collaborazione. Gli operatori del Ser.T. effettuano consulenza, qualora sia fatta richiesta da parte di altri servizi, soprattutto per i pazienti ricoverati con problematiche di dipendenze. Tra i vari pazienti che si recano in Pronto Soccorso, vi sono persone che a causa di comportamenti particolari, legati all’assunzione di sostanze psicoattive, si ritrovano a far ricorso alle cure del personale medico, presentando problematiche risolvibili, che non richiedono il ricovero. Tali persone potrebbero essere indirizzate al Ser.T. per evitare che si crei congestionamento del Pronto Soccorso, dovuto ad accessi in propri. Nell’analisi del contesto attuale anche il rapporto con i medici di famiglia, pediatri, CSM e i Consultori, non è ancora formalizzato. E’ risaputo che, per ottenere dei buoni risultati, si debbano creare rapporti di rete tra tutte le istituzioni addette alla cura del soggetto. Infatti, una concreta rete assistenziale è garanzia di una serie di interventi che si prefiggono un processo di deospedalizzazione con la finalità di potenziare e riorganizzare i servizi territoriali. La</p>
----------	---

	<p>condivisione di percorsi comuni si può attuare con la collaborazione attraverso i protocolli d'intesa e con una comunicazione efficace tra i vari servizi coinvolti.</p> <p>Dalla suddetta analisi, si evidenzia come la carenza di accordi non formalizzati sulla procedura della gestione di tali problematiche crei confusione e interventi lasciati al buon senso dell'operatore.</p>
DESCRIZIONE	<p>L'intervento si svilupperà in una serie di azioni che vedranno coinvolti i vari servizi suddetti. Tali settori sono stati individuati analizzando tali considerazioni: il Ser.T. si impegna a garantire all'utenza con problematiche legate alle dipendenze percorsi individuali ed adeguati di cura, che abbiano efficacia nei confronti della loro problematica ed efficienza tra benefici e costi per l'Azienda Sanitaria.</p> <p>A tal fine, il Servizio si prefigge di interagire con i seguenti settori: Medicina di famiglia(medici generali e pediatri); Ospedali (Pronto Soccorso); Centro di Salute Mentale; Consultori.</p> <p>Per ciò che riguarda i medici di famiglia e i pediatri si cercherà di potenziare il rapporto fiduciario che il medico ha con il paziente e si supporterà a riconoscere i segnali precoci di disagio e i sintomi legati alle dipendenze, al fine di un invio mirato ai servizi specialistici di trattamento delle dipendenze. Per raggiungere tale obiettivo si realizzeranno una serie d'incontri che avranno lo scopo di informare e sensibilizzare tali professionisti sulle suddette problematiche .</p> <p>Per quel che concerne il Pronto Soccorso è bene tenere presente che spesso a causa di una mancata o inappropriata diffusione delle informazioni, si determina l'inutilizzo di servizi territoriali e il congestionamento di accessi impropri con i conseguenti disservizi per le urgenze. Da ciò nasce la difficoltà di individuare e rispondere in tempo reale alle richieste o alle necessità presentate dai cittadini.</p> <p>L'applicazione del triage nel Pronto Soccorso è motivata dall'aumento progressivo degli utenti che vi afferiscono, soprattutto di casi non urgenti ai quali viene attribuito un codice bianco. Spesso tra questa utenza, che facilmente fa ricorso alle cure dei sanitari, vi sono persone con dipendenze da alcol e sostanze psicotrope nei confronti dei quali noi proponiamo un discorso di collaborazione con altri servizi.</p> <p>In altri casi l'utenza con le stesse problematiche, ma con codici più importanti, può essere inviata, alla dimissione dalla degenza ospedaliera, al Ser.T, per intraprendere un percorso terapeutico secondo modalità operative condivise.</p> <p>L'incremento delle persone con comorbidità psichiatrica, ossia la contemporanea presenza di significative patologie psichiatriche associate all'uso di sostanze, richiede un grande impegno di risorse ed un capillare lavoro di integrazione fra i servizi coinvolti.</p>

	<p>Infatti, per evitare frequenti ospedalizzazioni in SPDC e garantire una continuità alle cure e ad un trattamento integrato, si rende necessario la messa in atto di protocolli di intesa con il CSM, che facilitino la condivisione di un percorso terapeutico spesso ostacolato proprio dalla mancanza di tali procedure.</p> <p>Infine, il coinvolgimento del Consultorio nasce dalla considerazione che spesso la famiglia, in tale contesto terapeutico, si fa portavoce di situazioni legate a problematiche di dipendenze. A tal proposito sono previste una serie di azioni che hanno lo scopo di far conoscere agli operatori del Consultorio i primi sintomi legati alla problematica delle dipendenze. In concreto ciò avverrà attraverso serie di incontri di sensibilizzazione e l'attivazione di tavoli tecnici per la codifica della prassi.</p> <p>Il progetto, in forma sperimentale, coinvolgerà il Ser.T di Campobasso e manierà più incisiva il Pronto Soccorso del Cardarelli di Campobasso, al fine di individuare una "best practice" da applicare, in seguito all'intera ASReM.</p> <p>L'intervento vede coinvolte diverse figure: 2 medici dipendenti dell'ASReM, 1 assistente sociale, 1 sociologo, 1 psicologo e 2 informatici da reclutare tramite la "long list" per la realizzazione degli Obiettivi di Piano Sanitario.</p> <p>Si prevede che vengano utilizzati questionari redatti dai sanitari coinvolti nei servizi suddetti, da somministrare all'utenza da inviare al Ser.T.</p> <p>Questi permetteranno di effettuare la mappatura dei dati raccolti.</p>
OBIETTIVI	<p>Gli obiettivi prefissati sono i seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - alleggerire gli ospedali dei compiti meno complessi; - ridurre le liste di attesa; - decongestionare i P.S. da accessi impropri; - aumentare la capacità del territorio di intercettare con risposte tempestive ed adeguate i bisogni assistenziali dei cittadini; - capillarizzare gli interventi mirati alla prevenzione, cura e riabilitazione delle dipendenze; - riconoscere anzitempo le situazioni di rischio e gli stati conclamati di tossicodipendenza e il loro trattamento; - potenziare la collaborazioni tra i diversi servizi; - favorire interventi efficaci ed efficienti.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	<p>12 mesi così articolati:</p> <p>1° mese: costituzione della Cabina di Regia del progetto;</p> <p>2° mese: concertazione;</p> <p>3°e 4°mese: costituzione dei tavoli tecnici ed elaborazione dei protocolli;</p> <p>5° mese: pubblicizzazione del progetto formazione degli operatori coinvolti;</p> <p>dal 6° all'11° mese: applicazione, monitoraggio valutazione in itinere;</p> <p>12° mese valutazione degli effetti e restituzione al pubblico.</p>
INDICATORI (di struttura,	Indicatori di processo. Si terrà conto dei seguenti indicatori:

di processo, di risultato)	<ul style="list-style-type: none">- Numero di accessi al Ser.T. tramite invio dai servizi coinvolti;- Numero di articoli sugli organi di stampa che pubblicizzano l'intervento;- Gli effetti non previsti e/o inattesi;- Modifica degli atteggiamenti sociali all'interno del contesto territoriale di riferimento, con relativa abbassamento del numero delle persone con dipendenze che fanno ricorso al P.S.;- Il grado di permanenza delle reti attivate dopo la conclusione del progetto;- Numero di Protocolli d'Intesa stipulati con le istituzioni coinvolte.- Numero di partecipanti agli incontri di formazione.
RISULTATI ATTESI	<p>I risultati attesi dall'intervento riguarderanno:</p> <ul style="list-style-type: none">- Una riduzione dell'ospedalizzazione dei casi con problematiche legate alle dipendenze, che si stima intorno al 10-20%.- Una diminuzione di persone con dipendenze che si reca al P.S. pari al 10%.- Un aumento dell'appropriatezza delle cure.- Una riduzione delle recidive.- Una diminuzione dei tempi di attesa.- Un miglioramento dello stato di salute dei pazienti coinvolti.

PROSPETTO ECONOMICO

DESCRIZIONE	TOTALE IMPEGNO ECONOMICO PRESUMIBILE (IN EURO)
<u>PERSONALE</u>	
Personale dipendente (60/H€X 2h/g x 175 gg)	€21.000,00
Personale a contratto	€36.000,00
<u>MISSIONI</u>	
<u>MATERIALI DI CONSUMO</u>	
Kit alcool test e drug test per MMG	€15.000,00
<u>ALTRO</u>	
Formazione	€15.000,00
Modulo Software per dialogo P.S - SERT	€3.000,00
Adeguamento software in uso al SeRT	€3.000,00
Materiale informativo	€2.000,00
Spese generali di gestione	€5.000,00
<u>TOTALE</u>	€100.000,00



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	Linea 1: Interventi per il riassetto organizzativo delle rete dei servizi di assistenza ospedaliera e territoriale
TITOLO DEL PROGETTO	Valutazione territoriale dei pazienti con infezione da virus HIV
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi
REFERENTE/ENTE ATTUATORE	Azienda Sanitaria Regionale del Molise

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€42.250,00
--------------------------------	------------

IL PROGETTO

CONTESTO	<p>Nell'ambito del sistema di sorveglianza delle infezioni da HIV è emerso che il numero dei pazienti residenti in Molise affetti dall'infezione è superiore al numero dei pazienti seguiti presso il centro regionale situato nella Unità Semplice AIDS presso l'Ospedale "A.Cardarelli" di Campobasso. Gran parte di questi pazienti, seguiti nelle strutture di Abruzzo, Puglia e Lazio, sono residenti nell'area del basso Molise.</p> <p>L'idea progettuale nasce dall'esigenza di permettere ai pazienti affetti dal virus dell'HIV e residenti nel basso Molise, di beneficiare delle cure sia mediche che psicologiche in una sede vicina al loro domicilio. Si prevede di effettuare un'attività ambulatoriale di tipo clinico-psicologica presso una sede della struttura sanitaria nella città di Termoli. In questo modo si viene incontro a quanti a causa di difficoltà economiche non riescono a raggiungere il Centro clinico a Campobasso.</p> <p>Il vantaggio per l'Azienda risiede nella riduzione dei costi legata all'emigrazione sanitaria di soggetti residenti in Molise verso altre regioni.</p> <p>Inoltre nell'ambito della promozione della salute e quindi del benessere psico-fisico, risulta fondamentale offrire consulenze, valutazioni neurocognitive e psicodiagnostiche e sostegno psicologico sia ai pazienti affetti dal virus HIV che afferiscono all'U.O.C di Malattie Infettive dell'Ospedale "A.Cardarelli" di</p>
----------	--

	Campobasso, sia a coloro che potranno beneficiare della nuova sede di Termoli (pazienti già in cura presso il nostro centro e nuovi pazienti che potranno usufruire delle prestazioni presso la sede di Termoli).
DESCRIZIONE	<p>Le attività progettuali prevedono assistenza medico-psicologica per i pazienti affetti dal virus dell'HIV in ambito territoriale e nello specifico in una sede della struttura pubblica della città di Termoli. I pazienti residenti nel basso Molise potranno in tal modo usufruire a Termoli delle seguenti prestazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - visita medica; -counselling medico; - prelievi di laboratorio; - consegna farmaci; - certificazioni previdenziali; - assistenza psicologica; - counselling e screening dei partner sessuali. <p>L'attività dello psicologo verterà, oltre alle consulenze e ai colloqui di sostegno per i pazienti HIV positivi e per le loro famiglie, in un'attività clinica caratterizzata dalla somministrazione di test neurocognitivi e psicodiagnostici atti a riconoscere e valutare carenze neuropsicologiche dei pazienti HIV.</p> <p>Ciò in accordo a quanto riportato dalle Linee Guida nazionali e internazionali, al fine di riconoscere disturbi neurocognitivi, conseguenza di un danno da HIV al sistema nervoso centrale definiti come <i>HIV Associated Neurocognitive Disorders</i> (HAND), che condizionano, oltre al tipo di trattamento HAART, l'aderenza alla terapia, variabile fondamentale per la riuscita della stessa.</p>
OBIETTIVI	<p>Obiettivo generale: garantire assistenza medico-psicologica in ambito territoriale ai pazienti affetti dal virus dell'HIV, con riduzione della mobilità passiva sanitaria.</p> <p>Obiettivi specifici:</p> <ul style="list-style-type: none"> - istituire una sede nelle strutture pubbliche ambulatoriali distrettuali (a partire dalla città di Termoli) per favorire l'accesso ai pazienti HIV positivi residenti nel basso Molise al fine di agevolare coloro che hanno problematiche economiche e difficoltà logistiche; - aumentare in tal modo l'efficienza delle prestazioni sia mediche che di assistenza psicologica; - diminuire i costi per l'Azienda Sanitaria molisana relativi alle migrazioni sanitarie (il 30% dei soggetti HIV positivi residenti in regione è curato negli ospedali delle regioni limitrofe); - accrescere il numero dei pazienti in cura presso i nostri centri territoriali; - garantire prestazioni psicologiche ai pazienti e alle loro famiglie (consulenze, colloqui di sostegno e test

	psicodiagnostica e neurocognitivi); - favorire l'aderenza alla terapia antiretrovirale.												
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	<p>Le attività previste dal progetto avranno durata pari a 12 mesi. Le attività progettuali si svolgeranno per un totale di 6 ore a settimana a Termoli per il medico e l'infermiere, mentre lo psicologo svolgerà 6 ore settimanali da effettuare a Campobasso o a Termoli a seconda delle necessità dei pazienti.</p> <p>I 12 mesi saranno interamente dedicati all' attività di assistenza medico-psicologica territoriale; è previsto che negli ultimi 2 mesi si proceda alla valutazione dell'attività svolta e dei dati ottenuti.</p> <p>Cronoprogramma</p> <table><tr><th>Attività</th><th>I- X mese</th><th>XI- XII mese</th></tr><tr><td>- Visite, certificazioni previdenziali e counselling medico;</td><td rowspan="4"></td><td rowspan="4"></td></tr><tr><td>- prelievo esami laboratorio;</td></tr><tr><td>- Consulenze e sostegno psicologici;</td></tr><tr><td>- Somministrazione e scoring di test psicodiagnostici e neurocognitivi</td></tr><tr><td>- Valutazione dell'attività svolta e dei dati ottenuti;</td><td></td><td></td></tr></table>	Attività	I- X mese	XI- XII mese	- Visite, certificazioni previdenziali e counselling medico;			- prelievo esami laboratorio;	- Consulenze e sostegno psicologici;	- Somministrazione e scoring di test psicodiagnostici e neurocognitivi	- Valutazione dell'attività svolta e dei dati ottenuti;		
Attività	I- X mese	XI- XII mese											
- Visite, certificazioni previdenziali e counselling medico;													
- prelievo esami laboratorio;													
- Consulenze e sostegno psicologici;													
- Somministrazione e scoring di test psicodiagnostici e neurocognitivi													
- Valutazione dell'attività svolta e dei dati ottenuti;													
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	<p>Le attività previste dal progetto avranno durata pari a 12 mesi. Le attività progettuali si svolgeranno per un totale di 6 ore a settimana per il medico e l'infermiere, mentre lo psicologo svolgerà 6 ore settimanali da effettuare a Campobasso o nelle strutture territoriali a seconda delle necessità dei pazienti. L'attività sarà indirizzata a circa 100 individui.</p> <p>I 12 mesi saranno interamente dedicati all' attività di assistenza medico-psicologica territoriale; è previsto che negli ultimi 2 mesi si proceda alla valutazione dell'attività svolta e dei dati ottenuti.</p>												
RISULTATI ATTESI	<p>Riduzione dei disagi per i pazienti affetti dal virus dell'HIV residenti nel territorio basso-molisano; diminuzione dei costi per l'Azienda Sanitaria Molisana relativi all'emigrazione nelle regioni limitrofe dei pazienti HIV positivi; garanzia di assistenza territoriale e aumento dei pazienti in cura.</p> <p>Assistenza psicologica per i pazienti e le loro famiglie per assicurare sostegno e benessere, promuovendo la salute psicofisica e una</p>												

	maggiore aderenza alla terapia farmacologica
--	--

PROSPETTO ECONOMICO

DESCRIZIONE		TOTALE IMPEGNO ECONOMICO PRESUMIBILE (IN EURO)
<u>PERSONALE</u>		
Personale dipendete	Medico (60€x 6h settx 45 sett)	€ 16.200
	Infermiere (25€x 6 sett x 45 sett)	€ 6.750
Personale a contratto (Psicologo)		€ 11.500
<u>MISSIONI</u>		
		€ 2.500
<u>ATTREZZATURE E MATERIALI DI CONSUMO</u>		
Test neurocognitivi e psicodiagnostica, manuali e programmi per lo scooring dei test		€3.000
<u>ALTRO</u>		
Spese generali di gestione		€ 2.300
<u>TOTALE</u>		€ 42.250



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	Linea 1: Interventi per il riassetto organizzativo delle rete dei servizi di assistenza ospedaliera e territoriale
TITOLO DEL PROGETTO	Dal curare... al prendersi cura...prendiamo-ci...cura
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi
REFERENTE/ENTE ATTUATORE	Azienda Sanitaria Regionale del Molise

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€998.000,00
--------------------------------	-------------

IL PROGETTO

CONTESTO	<p>Il cambiamento del panorama di riferimento normativo delle organizzazioni sanitarie ha le principali chiavi di lettura nell'evoluzione sociale, nell'evoluzione delle professioni sanitarie e dei sistemi sanitari.</p> <p>L'evoluzione sociale ha modificato il concetto di salute, portando al protagonismo dell'individualità del cittadino: le persone non vengono più considerate soggetti passivi, cui garantire dall'esterno un "completo benessere fisico, psichico e sociale", ma assumono un ruolo attivo nella continua ricerca del loro miglior equilibrio possibile. Il "paziente" è diventato "esigente" e rivendica con forza il suo diritto alla salute perché gli è dovuto.</p> <p>Per questo motivo le organizzazioni sanitarie evolvono e mutano in funzione dell'evoluzione del concetto di salute.</p> <p>L'attuale evoluzione del concetto di salute ha quindi generato un nuovo modello culturale che sposta l'attenzione dalla centralità delle istituzioni, dei servizi e delle professioni, spesso autoreferenziali, alla centralità del cittadino e del proprio contesto di vita.</p> <p>L'area privilegiata per interventi di questo tipo è quella dell'assistenza territoriale, l'interfaccia tra sistema sanitario e comunità stessa. I distretti rappresentano non solo "il luogo" dove promuovere questa partecipazione, ma anche il catalizzatore e facilitatore nella costruzione di reti formali ed informali di assistenza, operando in forte integrazione con i servizi sociali.</p> <p>Il progressivo invecchiamento della popolazione, anche nella nostra</p>
----------	---

	<p>regione e, quindi, nella nostra azienda, sta determinando l'inversione della piramide demografica con una transizione epidemiologica verso una particolare rilevanza delle malattie della terza fase della vita. Questo pone all'intera società e, in particolar modo, ai servizi sanitari, la necessità di affrontare il problema della cronicità e della non autosufficienza e quindi dell'incremento dei costi e della sostenibilità del Sistema Sanitario.</p>
DESCRIZIONE	<p>La crescente multidimensionalità dei problemi legati all'individuo e alla comunità ha condizionato profondamente la tradizionale linearità di approccio ai problemi di salute.</p> <p>Il modello assistenziale per il soggetto fragile, anziano e non, tipicamente affetto da polipatologie, spesso non autosufficiente, non si esaurisce in una singola linea di approccio secondo la metodologia tradizionale, ma necessita di una valutazione multidimensionale e di strumenti a valenza interdisciplinare, spostando il baricentro dall'ospedale al territorio.</p> <p>L'esigenza è quella di creare una rete territoriale capace di focalizzare l'attenzione sulla prevenzione, ma anche sulle patologie croniche, integrando cure primarie e secondarie. Uno dei punti deboli dell'attuale sistema di cure primarie è ancora oggi l'assenza di un approccio integrato: le cure primarie e secondarie sono poco connesse tra loro, ognuna vive la rappresentazione della propria pratica professionale con i propri standard e valori, i singoli attori fanno il massimo, ma spesso perdono di vista il paziente e il suo percorso complessivo.</p> <p>La definizione di percorsi sanitari condivisi tra ospedale e territorio risulta particolarmente indicata per la gestione delle patologie croniche ad elevata prevalenza: la loro gestione razionale, efficace ed economica richiede a tutti gli attori coinvolti un approccio metodologico coordinato, anche su tempi medio-lunghi, e necessita del coinvolgimento attivo dell'assistito affinché sia garantita una <i>compliance</i> continuativa, tanto più nei periodi di latenza clinica.</p> <p>Si propone di attivare 7 PDTA, riferiti a:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Scompenso cardiaco; 2. Disturbi della conduzione cardiaca 3. Ipertensione arteriosa; 4. Malattie polmonari cronico ostruttive; 5. Malattie della tiroide; 6. Epatopatie croniche e cirrosi epatiche 7. Lesioni cutanee dovute a decubiti e ulcere. <p>Il punto centrale per realizzazione del progetto è rappresentato dall'integrazione fra la componente territoriale e la componente ospedaliera rispetto al processo assistenziale, attraverso la condivisione di percorsi e modelli organizzativi, dando particolare impulso al percorso di attivazione delle aggregazioni funzionali territoriali (AFT) e delle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) da prevedere nell'ambito della nuova articolazione funzionale</p>

	<p>aziendale territoriale, che è stata caratterizzata con la presenza di Presidi Territoriali di Assistenza (PTA), dislocati nell'intero territorio aziendale, coerentemente a quanto previsto nelle linee programmatiche del Patto della Salute 2014-2016.</p> <p>Con l'AFT si intende superare il concetto del medico che opera individualmente nel proprio studio con un modello organizzativo che premi le diverse tipologie di medici in associazione con riferimento ad un determinato bacino territoriale di assistiti.</p> <p>La logica di intervento va orientata alla gestione del paziente attraverso un percorso di aggregazione funzionale di rete con la gestione della scheda sanitaria individuale di ogni paziente su supporto informatico mediante software tra loro interoperabili.</p> <p>Vanno previsti momenti di previsione della qualità dell'attività e dell'appropriatezza prescrittiva interna alle Aggregazioni Territoriali per la promozione di comportamenti prescrittivi uniformi e coerenti con gli obiettivi dichiarati da ogni AFT in sede di patto aziendale.</p> <p>In ogni AFT opereranno Medici di Medicina Generale aderenti alla forma aggregata, in orario di apertura prestabiliti, supportati da infermieri professionali per l'effettuazione di prestazioni diagnostiche, terapie iniettive, vaccinazioni non obbligatori e prestazioni di primo intervento, con disponibilità di servizi per le prenotazioni prestazioni diagnostiche specialistiche direttamente nella sede tramite collegamento con il CUP aziendale.</p> <p>Nell'AFT saranno anche gestiti percorsi assistenziali per patologie croniche in collaborazione con gli specialisti ambulatoriali e sarà attivata la trasmissione diretta dei referti delle analisi di laboratorio avvalendosi della rete aziendale (LIS).</p> <p>Le UCCP opereranno in ambito distrettuale nell'ottica di una più stretta complementarietà con le strutture ospedaliere sia con riguardo alla diagnostica di primo livello sia con le più ampie sinergie possibile tra le varie articolazioni organizzative per la gestione unitaria della presa in carico del paziente.</p> <p>Più in particolare, i principali ambiti di azione, organizzati e governati dal Distretto di riferimento territoriale, riguarderanno la continuità delle cure e le dimissioni protette, la gestione integrate del paziente diabetico o del paziente con scompenso cardiaco, la gestione del paziente oncologico, l'assistenza domiciliare, l'appropriatezza prescrittiva ed il teleconsulto specialistico.</p> <p>Le iniziative di continuità ospedale-territorio possono identificarsi nei programmi di dimissione protetta e/o assistita, in particolare per i pazienti che richiedono continuità delle cure in fase post-acuta, nella disponibilità di strutture intermedie con varie funzioni, nei servizi di gestione della fase acuta a domicilio mediante gruppi multidisciplinari</p> <p>Per entrambe le due forme associative vanno definiti gli indirizzi per la presa in carico dei pazienti unitamente a protocolli condivisi per la gestione delle patologie croniche.</p> <p>L'intervento si caratterizza per alcuni aspetti fortemente innovativi che prevedono:</p>
--	---

	<ul style="list-style-type: none"> • lo sviluppo delle attuali forme associative in forme organizzative complesse, • il potenziamento della assistenza domiciliare, • l'integrazione con i medici di continuità assistenziale per assicurare la continuità assistenziale nelle cure domiciliari, • l'adesione agli obiettivi di salute per ridurre l'incidenza degli eventi cardiovascolari, • la partecipazione ai percorsi assistenziali relativi ai bisogni di salute dei soggetti non autosufficienti, dei pazienti con SLA e dei malati terminali; <p>Nelle UCCP dovrà essere garantita l'assistenza primaria secondo un modello organizzativo a complessità crescente a partire dall'aggregazione di medici di famiglia che assicurano in una sede unica la continuità assistenziale h 12 (8-20).</p> <p>L'UCCP può essere realizzata direttamente in strutture messe a disposizione dai medici o con l'utilizzo di sede e personale messi a disposizione dalla ASREM, attraverso accordi definiti con l'intesa regionale.</p> <p>Ai fini di garantire efficacia ed efficienza negli interventi assistenziali, articola la propria attività in relazione ad individuate aree territoriali omogenee aventi caratteristiche uniformi in riferimento alla domanda assistenziale, tenuto conto che in ogni Distretto potrà essere presente una o più UCCP che dovranno successivamente integrarsi, in senso funzionale, con altri operatori che attualmente svolgono la propria attività nei diversi servizi del Distretto.</p>
OBIETTIVI	<p>Obiettivi specifici:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. integrazione tra Ospedale, Servizi Distrettuali e MMG/PLS in base ai percorsi assistenziali aziendali. 2. Promozione del dialogo tra le diverse strutture aziendali mediante il coordinamento della cura, coinvolgendo le figure professionali che operano in ambito ospedaliero e territoriale. 3. Offerta ai pazienti un percorso assistenziale razionale e aderente alle linee guida nazionali e locali, condiviso e conosciuto da tutti gli operatori che dovranno seguire il caso. 4. Attivazione di servizi assistenziali più facilmente fruibili al cittadino evitando la peregrinazione del paziente da una struttura assistenziale ad un'altra. 5. Coordinamento delle dimissioni protette. 6. Pieno coinvolgimento della medicina territoriale nei casi di ospedalizzazione domiciliare dei pazienti ad alta complessità. <p>Azioni:</p> <p>La metodologia da utilizzare per la realizzazione del progetto è:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Procedere ad una mappatura dei servizi offerti al cittadino ed in particolare effettuare una ricognizione dei servizi d'eccellenza presenti a livello ospedaliero e dei servizi specialistici presenti a livello territoriale.

	<p>2. Mantenere tra i Servizi ospedalieri e specialistici territoriali un costante livello di comunicazione e di integrazione con la Medicina Generale.</p> <p>3. Attuare un monitoraggio continuo, nonché una verifica di qualità trimestrale e a fine progetto (Audit).</p> <p>4. Utilizzare i percorsi assistenziali previsti a livello regionale, aziendale e locale.</p> <p>Il Progetto, mirando alla continuità assistenziale, si rivolge a diverse tipologie di pazienti,</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. pz acuto, 2. pz cronico in fase di riacutizzazione, 3. pz cronico 4. pz cronico complesso. <p>Vede inoltre coinvolti i servizi sociali per la presa in carico del paziente fragile (che ritroviamo in maniera trasversale nelle quattro categorie elencate).</p> <p>Principio basilare per una concezione comune è la presa in carico globale che deve garantire l'assistenza continuativa al soggetto fragile sia in seno al SSR che nel rapporto tra SSR e Comuni.</p> <p>Essa deve poggiare su una valutazione multidimensionale dei bisogni.</p> <p>Le prestazioni di assistenza e cura a domicilio consistono nelle prestazioni temporanee o durature, preventive o riabilitative, eseguite presso l'abitazione dell'utente e finalizzate a mantenerlo.</p> <p>In particolare:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) cure medico-terapeutiche; b) cure di base; c) aiuti di economia domestica; d) consulenza igienica, sanitaria e sociale; e) informazione e attivazione delle risorse disponibili sul territorio; f) educazione e prevenzione sanitaria. <p>L'assistenza sanitaria che forniamo al paziente cambia secondo la problematica da affrontare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • nel paziente acuto è centrata sul medico, quindi episodica reattiva, e l'obiettivo è risolvere la patologia ad insorgenza rapida e di breve durata. • nel paziente cronico è integrata, quindi proattiva e incentrata sul paziente, fornita da una équipe socio-sanitaria. <p>Uno degli elementi importanti sul quale bisogna agire è la definizione dei compiti (chi fa che cosa).</p> <p>Con questo progetto prevediamo che si stabiliscano quattro livelli di cura integrati, che sono alla base della condivisione ed adozione dei percorsi diagnostico- terapeutici:</p> <ul style="list-style-type: none"> • I° Livello - MMG/PLS • II° Livello - Specialisti Territoriali • III° Livello – Ospedale • IV° Livello – Dimissione Protetta: Ospedale – Distretto. <p>L'obiettivo del progetto è avere professionisti sanitari fortemente</p>
--	--

	<p>motivati che, attraverso il sistema della presa in carico, costruiscono e governano percorsi di diagnosi e cura appropriati, che mirino a salvaguardare la salute del cittadino il più a lungo possibile, assicurando qualità e continuità negli interventi sanitari.</p> <p>Il MMG deve essere parte integrante di un modello di “presa in carico” nel sistema delle cure primarie, che garantiscano una risposta completa ed integrata partendo dal bisogno rilevato, espresso nella domanda e concretizzato nelle prestazioni socio-sanitarie offerte.</p> <p>Si coniuga così la qualità dell’assistenza con le risorse disponibili attraverso la clinical governance, le nuove forme d’organizzazione della medicina generale (AFT – UCCP)), l’integrazione della medicina generale nelle fasi di programmazione e pianificazione dell’assistenza sanitaria.</p>
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	<p>I fase Pianificazione progetto (durata 6 mesi)</p> <p>II fase Reclutamento MMG e specialisti operanti in un Distretto socio-sanitario e Ospedale di riferimento (durata 3 mesi)</p> <p>I MMG e specialisti ambulatoriali di un Distretto che abbia un Ospedale nel proprio territorio sono individuati quali referenti per la sperimentazione. Questa fase prevede la presentazione del progetto ai professionisti sanitari. Dovrà essere acquisita l’adesione degli operatori sanitari interessati.</p> <p>III fase Adozione percorsi diagnostico-terapeutici per patologia specifica (durata 3 mesi)</p> <p>Gli operatori sanitari coinvolti definiranno i percorsi specifici per patologia</p> <p>IV fase Individuazione e formazione degli operatori (durata 3 mesi)</p> <p>Tutte le professionalità (MMG, specialisti territoriali e ospedalieri, medici dirigenti del Distretto) saranno formati alle tecniche di comunicazione, alla metodologia generale dell’empowerment, del self management, alla verifica e revisione di qualità e alla conoscenza dettagliata del programma e dei percorsi assistenziali adottati.</p> <p>V Fase Fase operativa ed osservazionale (durata 12 mesi)</p> <p>VI Analisi conclusiva (durata 2 mesi)</p>
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	<p>Indicatori di Utenza</p> <p>1. Questionario di soddisfazione da somministrare al paziente a sei mesi ed un anno dall’inizio del progetto. I questionari saranno consegnati nell’ambulatorio del MMG e nelle sedi dell’URP presenti sul territorio..</p> <p>2. Percentuale di domanda soddisfatta (N° di richieste soddisfatte dagli operatori coinvolti nel progetto/N° totale di richieste).</p> <p>1. numero di PDTA realizzati;</p> <p>2. numero di ore di formazione e di discenti formati;</p> <p>3. numero di pazienti arruolati nei PDTA;</p>

	<p>4. numero di medici e operatori coinvolti;</p> <p>Indicatori di risultato:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. gli indicatori di risultato saranno scelti dai tecnici che definiranno i singoli PDTA; 2. percentuale di soggetti con indice di trattamento efficace; 3. tasso di ricoveri per complicanze nei soggetti affetti dalle patologie oggetto di PDTA; 4. soggetti che si dichiarano soddisfatti dei servizi ricevuti; <p>percentuale di MMG che si avvalgono dei PDTA e percentuale di loro pazienti “arruolati” nei PDTA</p> <p>Indicatori di struttura:</p> <ul style="list-style-type: none"> - n. ambulatori di MMG - n. medicina di gruppo, - n. ambulatori dedicati, - n. ambulatori specialistici ambulatoriali distretto territorio - n. di AFT e UCCP attivate <p>Indicatori di Processo</p> <ul style="list-style-type: none"> - numero di PDTA realizzati; - numero di ore di formazione e di discenti formati; - numero di pazienti arruolati nei PDTA; - numero di medici e operatori coinvolti; <p>Indicatori di risultato:</p> <ul style="list-style-type: none"> - gli indicatori di risultato saranno scelti dai tecnici che definiranno i singoli PDTA; - percentuale di soggetti con indice di trattamento efficace; - tasso di ricoveri per complicanze nei soggetti affetti dalle patologie oggetto di PDTA; - soggetti che si dichiarano soddisfatti dei servizi ricevuti; - percentuale di MMG che si avvalgono dei PDTA e percentuale di loro pazienti “arruolati” nei PDTA - N° di percorsi assistenziali offerti / N° di percorsi programmati - Tempi di attesa delle visite specialistiche dedicate a sei o 12 mesi / Tempi di attesa delle visite specialistiche dedicate all’inizio del progetto. - N° di pz che si ricoverano in Ospedale con un piano delle cure compilato dal MMG / N° totale di pz ricoverati - N° di piani di dimissione (con le caratteristiche previste dal progetto) / N° totale di pz dimessi. - n. incontri organizzativi- gestionali con MMG, specialisti ambulatoriali, ospedalieri e distrettuali, - n. incontri formativi competenze e ruoli, - n. incontri dei MMG per la formazione specifica teorica – pratica <p>Indicatori di attività:</p> <ul style="list-style-type: none"> - n. paz affetti da diabete, ipertensione e glaucoma - n. paz eleggibili per ogni medico
--	--

	<ul style="list-style-type: none"> - n. paz, convocato da ogni MMG - n. paz visitati da MMG - n. paz con diagnosi precoce di maculopatia - n. paz con diagnosi dal MMG di glaucoma - n. paz dubbi per lo specialista ambulatoriale- n. paz. dubbi visitati dallo specialista ambulatoriale - n. paz avviati a percorso specialistico ambulatoriale - n. paz avviati a percorso specialistico territoriale - n. incontri di valutazione (audit) tra MMG distretto e specialisti <p>Indicatori di esito</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Questionario di soddisfazione da somministrare agli operatori a sei mesi ed un anno dall'inizio del progetto. 2. Rilevazione qualità clinica e organizzativa 3. Rilevazione accoglienza e accessibilità <p>Indicatori economici- finanziari</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Appropriatezza economica 2. Costo complessivo del servizio
RISULTATI ATTESI	<ul style="list-style-type: none"> • Tempi di risposta adeguati ai bisogni dei pazienti • Comunicazione tra i vari attori, con identificazione dei ruoli tra operatori ospedalieri e territoriali • Totale presa in carico del pz cronico da parte del medico di famiglia • Piani delle cure personalizzati tenendo conto dei bisogni globali della persona con il coinvolgimento del paziente e della famiglia • Coinvolgimento del paziente e della famiglia. • Tempi di risposta inadeguati ai bisogni dei pazienti • Dialogo tra i vari attori • Distinzione dei ruoli e dei livelli di cura tra operatori ospedalieri e territoriali <p>Obiettivi specifici:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. integrazione tra Ospedale, Servizi Distrettuali e MMG/PLS in base ai percorsi assistenziali aziendali. 2. Promozione del dialogo tra le diverse strutture aziendali mediante il coordinamento della cura, coinvolgendo le figure professionali che operano in ambito ospedaliero e territoriale. 3. Offerta ai pazienti un percorso assistenziale razionale e aderente alle linee guida nazionali e locali, condiviso e conosciuto da tutti gli operatori che dovranno seguire il caso. 4. Attivazione di servizi assistenziali più facilmente fruibili al cittadino evitando la peregrinazione del paziente da una struttura assistenziale ad un'altra. 5. Coordinamento delle dimissioni protette. 6. Pieno coinvolgimento della medicina territoriale nei casi di ospedalizzazione domiciliare dei pazienti ad alta complessità.

PROSPETTO ECONOMICO

DESCRIZIONE	TOTALE IMPEGNO ECONOMICO PRESUMIBILE (IN EURO)
<u>PERSONALE</u>	
Personale medico :	
Specialisti	€300.000,00
MMG	€250.000,00
Personale infermieristico	€200.000,00
Informatici	€50.000,00
<u>MISSIONI</u>	
<u>ATTREZZATURE E MATERIALI DI CONSUMO</u>	
software	€5.000,00
4 elettrocardiografo mob.	€15.000,00
4 ecografo port.	€72.000,00
4 spirometri	€1.000,00
<u>ALTRO</u>	
formazione e aggiornamento	€5.000,00
Spese generali di gestione	€100.000,00
	€998.000,00
<u>TOTALE</u>	



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	Linea 1: Interventi per il riassetto organizzativo delle rete dei servizi di assistenza ospedaliera e territoriale
TITOLO DEL PROGETTO	Creazione di un polo di riferimento regionale per l'ecoendoscopia
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi
REFERENTE/ENTE ATTUATORE	Azienda Sanitaria Regionale del Molise

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	384.064,00 euro
--------------------------------	-----------------

IL PROGETTO

CONTESTO	<p>L'ecoendoscopia è una metodica mini-invasiva che permette di effettuare un esame ecografico per via endoscopia, quindi a diretto contatto con le lesioni dell'apparato digerente; unisce in se i vantaggi dell'ecografia e dell'endoscopia.</p> <p>Le indicazioni principali all'esecuzione dell'ecoendoscopia nascono dunque sia dalla possibilità di visualizzare in dettaglio la parete del tratto gastroenterico, sia dalla capacità di evidenziare lesioni extra-luminali.</p> <p>La parete del tubo digerente appare costituita dalla sovrapposizione di diversi strati; la modificazione di uno o più di questi consente di determinare l'origine delle lesioni (mucose, sottomucose, muscolari) e quindi di supporre la loro natura anatomo-patologica. Inoltre l'ispessimento e/o il sovvertimento di uno o più strati permette di stadiare con precisione l'infiltrazione delle neoplasie del tubo digerente all'interno della parete gastrointestinale e degli organi attigui.</p>
----------	--

DESCRIZIONE	<p>Indicazioni all'EUS diagnostica Le principali indicazioni diagnostiche all'EUS sono le seguenti: 1) stadiazione delle neoplasie della parete del tubo digerente; 2) diagnosi differenziale delle lesioni sottomucose; 3) diagnosi e stadiazione delle neoformazioni bilio-pancreatiche; 4) diagnosi di coledoco litiasi; 5) studio delle linfoadenomegalie e delle masse mediastiniche ed addominali di n.d.d.</p> <p>Stadiazione delle neoplasie della parete del tubo digerente La stadiazione dei tumori gastroenterici è cambiata radicalmente con l'introduzione dell'ecoendoscopia. Molti studi hanno dimostrato che l'ecoendoscopia è superiore alla tomografia computerizzata (TAC) nella stadiazione del tumore e dei linfonodi delle neoplasie del tratto gastroenterico, in quanto pone l'indicazione all'intervento chirurgico o alla terapia adiuvante. Inoltre consente spesso di adottare un atteggiamento più conservativo evitando interventi chirurgici inutili in pazienti con malattia troppo avanzata.</p> <p><i>Carcinoma Esofageo</i> Una corretta stadiazione è fondamentale per indirizzare l'utente verso una resezione chirurgica curativa o una terapia palliativa, ottimizzando le risorse sanitarie ed esponendo ai rischi della chirurgia solo i pazienti che realmente potranno beneficiare dell'intervento. L'ecoendoscopia è considerata la tecnica più accurata per la stadiazione locoregionale di questo tumore ed in particolare in queste neoplasie ha una sensibilità superiore alla TAC.</p> <p><i>Carcinoma gastrico</i> Analogamente all'esofago l'ecoendoscopia ha una sensibilità per la stadiazione preoperatoria del carcinoma dello stomaco superiore alla TAC.</p> <p><i>Carcinoma coloretale</i> Anche nel tratto digestivo inferiore una corretta stadiazione del carcinoma può condizionare le scelte terapeutiche. La patologia che meglio si presta alla stadiazione con l'ecoendoscopia per ovvie ragioni di accessibilità con lo strumento è il carcinoma rettale. Gli stadi precoci potranno essere indirizzati alla chirurgia con intenti radicali mentre stadi più avanzati richiederanno l'impiego di radio-chemioterapia neoadiuvante. In quest'ultimo caso vi è la possibilità aggiuntiva di effettuare una ristadiatione con l'ecoendoscopia dopo la terapia neoadiuvante per valutarne la risposta e fornire quante più indicazioni possibili al chirurgo.</p> <p>Studio delle formazioni sottomucose Le formazioni sottomucose che possono essere dovute sia a compressione ab estrinseco di organi normali o patologici sia a processi espansivi benigni o maligni a partenza dagli strati profondi della parete (leiomioma, leiomiosarcoma, tumore stromale, tumore neuroendocrino, lipoma pancreas ectopico, cisti, varici). L'ecoendoscopia permette di studiare queste formazioni fornendo dati precisi anche sulle dimensioni ed origine ponendo pertanto il</p>

	<p>sospetto istologico.</p> <p><i>Neoformazioni Bilio-Pancreatiche</i></p> <p>La sopravvivenza dei pazienti affetti da carcinoma pancreatico è purtroppo bassissima. La resezione chirurgica con intenti radicali è possibile una percentuale minima dei casi. Per tale motivo è molto importante studiare accuratamente questa neoplasia e decidere il miglior approccio terapeutico evitando impegnativi e costosi interventi chirurgici selezionando solo coloro che ne beneficerebbero.</p> <p>Diversi studi hanno dimostrato l'importante ruolo dell'ecoendoscopia sia nella diagnosi di carcinomi che per le loro piccole dimensioni non sono visualizzati dalle altre metodiche, sia nella stadiazione dei carcinomi avanzati per la peculiare capacità dell'ecoendoscopia di determinare l'invasione vascolare da parte del tumore. La sensibilità e l'accuratezza diagnostica dell'ecoendoscopia sono addirittura superiori a quelli ottenuti con la TAC spirale.</p> <p>A differenza del carcinoma del pancreas i tumori della regione peripapillare se diagnosticati precocemente possono avere una prognosi migliore dopo chirurgia resettiva. Anche per questa sede anatomica l'ecoendoscopia ha dimostrato ottimi livelli di accuratezza per la stadiazione e di conseguenza un rilevante impatto clinico. Nei pazienti affetti da carcinoma delle vie biliari extraepatiche l'ecoendoscopia è in grado di dare un notevole contributo diagnostico e prognostico. L'infiltrazione del parenchima pancreatico da parte dei carcinomi di questo distretto, influenza fortemente la loro resecabilità e quindi la prognosi.</p> <p><i>Coledocoliti</i></p> <p>L'ecoendoscopia trova anche indicazione nello studio delle vie biliari extraepatiche nel sospetto di litiasi/sludge biliare del coledoco. Pertanto nel corso di pancreatite acuta può essere indicata lo studio in urgenza non tanto per la valutazione del parenchima pancreatico riferito al danno, quanto per la diagnosi certa di eziologia biliare, evitando così di sottoporre i pazienti ad procedure più rischiose.</p>
OBIETTIVI	<p>L'ecoendoscopia è una procedura endoscopica ad oggi non disponibile presso nessun centro ospedaliero della Regione Molise. Il progetto in discussione ha come obiettivo la creazione presso il Presidio ospedaliero "S. Timoteo" di Termoli di un servizio di riferimento regionale che consenta una riduzione della "mobilità passiva" (migrazioni dei pazienti, oneroso per le amministrazioni regionali ma anche per i cittadini che, per trovare risposta ai propri bisogni di salute, spesso decidono di spostarsi dalla città in cui risiedono verso altre sedi spesso distanti) ed un notevole aumento della "mobilità attiva" (effettuando prestazioni per utenti di altre Aziende sanitarie).</p>
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	<p>Il cronoprogramma delle attività progettuali dipenderà dai tempi di acquisto della strumentazione. Considerando plausibile la necessità di 2 mesi (dall'approvazione del progetto) affinché questo avvenga e</p>

	utilizzando tale periodo per pubblicizzare lo stesso presso i Medici di Medicina generale e i colleghi in servizio presso tutte le strutture ospedaliere della regione, il terzo mese dovrebbe vedere operativo il servizio stesso.
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	<p>L'attivazione di questo servizio, nuovo perché al momento non può essere effettuato in nessuna delle strutture presenti nella nostra Regione, consente di ottenere notevoli benefici. Primo tra tutti la riduzione della mobilità passiva che oggi, ovviamente, è del 100% relativamente a tale procedura. L'attivazione di un nuovo centro di Ecoendoscopia consentirà un abbattimento della stessa presumibilmente del 30% nel primo anno; tale dato è limitato dalla necessità di pubblicizzare la disponibilità dell'esame. La percentuale di mobilità passiva dovrà essere sensibilmente ridotta negli anni successivi fino a favorire un incremento della mobilità attiva, considerando che il Presidio Ospedaliero "S.Timoteo" di Termoli è una struttura posta ai confini con Puglia e Abruzzo ma che potrebbero afferire anche pazienti di aziende sanitarie di Campania e Lazio.</p> <p>Al momento non è possibile dare un dato complessivo della prevalenza perché, poiché l'Ecoendoscopia ha multiple indicazioni su differenti organi dell'apparato digerente (come sopra ricordato), i dati percentuali sono differenti. E' indubbia, comunque, la sua potenziale crescita esponenziale.</p>
RISULTATI ATTESI	Creazione di un polo di riferimento regionale per l'Ecoendoscopia che consentirà la stadiazione delle neoplasie e l' ecoendoscopia operativa per la risoluzione di problematiche ad oggi affrontabili con la sola chirurgia.

PROSPETTO ECONOMICO

DESCRIZIONE	TOTALE IMPEGNO ECONOMICO PRESUMIBILE (IN EURO)
<u>PERSONALE</u>	
Personale dipendente:	
• Dirigenti Medici n.4	648 ore x 60,00 euro= 38.880 euro
• Infermieri n.4	864 ore x 25,00 euro= 21.600 euro
Personale a contratto	12.000 euro
<u>FORMAZIONE</u>	
• Formazione del personale	5.000 euro
<u>ATTREZZATURE E MATERIALI DI CONSUMO</u>	
• Ecoendoscopio	210.000 euro
• Materiali di consumo	58.766 euro
<u>ALTRO</u>	
Spese generali di gestione 10%	37.818 euro
<u>TOTALE</u>	384.064 EURO



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	Linea 1: Interventi per il riassetto organizzativo delle rete dei servizi di assistenza ospedaliera e territoriale
TITOLO DEL PROGETTO	“Assistenza a domicilio dei pazienti con tubercolosi polmonare”.
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi
REFERENTE/ENTE ATTUATORE	Azienda Sanitaria Regionale del Molise

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€37.340,00
--------------------------------	------------

IL PROGETTO

CONTESTO	<p>L'idea progettuale nasce dalla necessità di offrire ai pazienti affetti da tubercolosi polmonare, che sono in continuo aumento, una riduzione dei tempi di degenza ospedaliera per garantire loro la possibilità, superata la fase acuta di malattia, di proseguire controlli e cure presso il proprio domicilio, evitando una lunga degenza dovuta solo alla necessità dell'isolamento. I pazienti affetti da tubercolosi aperta, anche in buone condizioni di salute, devono comunque essere ricoverati in stanza di degenza singola, senza possibilità di ricevere visite, indossare la mascherina chirurgica quando vengono accompagnati in altre aree dell'ospedale per svolgere esami diagnostici. Tale procedura consentirebbe, oltre a una netta riduzione dei costi di ospedalizzazione anche una esclusione delle condizioni che portano i malati a depressione, stati d'ansia e al senso di “vergogna” legato alla necessità di portare la mascherina chirurgica ogni qualvolta ci si allontana dalla propria stanza.</p> <p>Dal 1 aprile 2013 al 30 Aprile 2014, nel reparto “Malattie Infettive” sono stati ricoverati 11 pazienti affetti da tubercolosi polmonare, con degenze che vanno da un minimo di trenta ad un massimo di cento giorni, per un totale complessivo di 356 giorni/degenza.</p> <p>Garantire assistenza domiciliare a questi pazienti e alle loro famiglie, nelle situazioni in cui le condizioni sociali e la logistica delle abitazioni lo permettono, potrebbe consentire un significativo risparmio economico per l'Asrem e una qualità della vita migliore per il paziente e per i familiari anche in rapporto alle condizioni psicologiche dell'uno e degli altri.</p>
----------	--

DESCRIZIONE	<p>Le attività del progetto prevedono assistenza domiciliare per i pazienti affetti da tubercolosi polmonare che in tal modo potranno usufruire presso le loro abitazioni delle seguenti prestazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valutazione da parte del medico della situazione logistica del domicilio con la possibilità di mantenere il malato in una stanza singola in ambiente arieggiato; - valutazione delle capacità dei familiari di fornire assistenza; - visite mediche; - somministrazione dei farmaci; - assistenza psicologica per i pazienti; - assistenza psicologica per i familiari; - prelievo di espettorato per esame microbiologico; - prelievo ematico per esami di laboratorio <p>Nell'ambito del progetto verrà garantita assistenza psicologica durante la degenza ospedaliera presso l'U.O.C. di Malattie Infettive dell'Ospedale "A. Cardarelli" di Campobasso, per i malati e per i familiari.</p>
OBIETTIVI	<p>Obiettivo generale: assicurare assistenza a domicilio medico-psicologica ai pazienti affetti da tubercolosi polmonare per ridurne i tempi di degenza.</p> <p>Obiettivi specifici:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ridurre i costi per l'ASReM in relazione alle lunghe degenze dei pazienti affetti da tubercolosi polmonare; - offrire ai pazienti affetti da TBC e alle loro famiglie un servizio di assistenza medico-psicologica che garantisca loro di affrontare il decorso della malattia in maniera consona dal punto di vista psicologico, sicuro e adeguato dal punto di vista clinico. - Rassicurare i pazienti e i loro familiari e istruirli sui comportamenti da attenere per evitare la diffusione dell'infezione; - accrescere la compliance terapeutica nei casi in cui l'ospedalizzazione e la successiva condizione di disagio influiscano sull'aderenza alla terapia farmacologica.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	<p>Le attività previste dal progetto avranno durata pari a 12 mesi, a decorrere dal 1 ottobre 2014 al 30 settembre 2015.</p> <p>Per ogni paziente assistito saranno previste:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valutazione del medico per nulla osta all'attività domiciliare (clinica e logistica); - 2/3 visite mediche settimanali a domicilio; - 1/2 prelievi di sangue a settimana per monitoraggio della terapia; - 1 prelievo di espettorato ogni 10 giorni fino a negativizzazione; - 1 colloquio psicologico a settimana per il paziente durante la degenza; - 1 colloquio psicologico a settimana con i familiari durante la

	<p>degenza;</p> <ul style="list-style-type: none">- 1 colloquio psicologico a settimana con i familiari e il paziente durante l'assistenza a domicilio. <p>Si prevede che le attività progettuali si svolgeranno per un totale di 25 settimane nell'anno e che ogni accesso prevederà un numero di circa 4 ore a operatore anche in considerazione del raggiungimento di sedi dislocate sul territorio.</p> <p>I 12 mesi saranno interamente dedicati all'attività di assistenza medico-psicologica domiciliare; è previsto che negli ultimi 2 mesi si proceda alla valutazione dell'attività svolta e dei dati ottenuti.</p> <p>Cronoprogramma</p> <table><tr><th>Attività</th><th>I- X mese</th><th>XI- XII mese</th></tr><tr><td><ul style="list-style-type: none">- Valutazione della situazione logistica del domicilio;- Assistenza medico-infermieristica domiciliare;- Consulenze e sostegno psicologico domiciliare e ospedaliero;</td><td></td><td></td></tr><tr><td><ul style="list-style-type: none">- Valutazione dell'attività svolta e dei dati ottenuti</td><td></td><td></td></tr></table>	Attività	I- X mese	XI- XII mese	<ul style="list-style-type: none">- Valutazione della situazione logistica del domicilio;- Assistenza medico-infermieristica domiciliare;- Consulenze e sostegno psicologico domiciliare e ospedaliero;			<ul style="list-style-type: none">- Valutazione dell'attività svolta e dei dati ottenuti		
Attività	I- X mese	XI- XII mese								
<ul style="list-style-type: none">- Valutazione della situazione logistica del domicilio;- Assistenza medico-infermieristica domiciliare;- Consulenze e sostegno psicologico domiciliare e ospedaliero;										
<ul style="list-style-type: none">- Valutazione dell'attività svolta e dei dati ottenuti										
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	<p>Costante monitoraggio delle attività progettuali mediante cartella clinica medico-infermieristica-psicologica che riporti dati del paziente, condizioni delle abitazioni, accessi e prestazioni effettuate.</p> <p>Gli indicatori di risultato della capacità del progetto di realizzare gli scopi prefissi, nel modo più congruo rispetto alle risorse impiegate, saranno rilevati mediante la raccolta e l'analisi dei dati prodotti dall'attività progettuale.</p> <p>Ulteriori indicatori saranno: la diminuzione del numero di giornate di degenza ospedaliera per paziente calcolati in rapporto ai ricoveri per patologia tubercolare dell'anno 2013 in circa 150 giornate di ricovero con conseguente riduzione dei costi per l'Asrem</p> <p>Valutazione soggettiva della qualità del servizio da parte degli utenti.</p> <p>Tali valutazioni saranno utili, inoltre, anche ben oltre le prime scadenze fissate per il progetto, per una prosecuzione futura con successivi sviluppi dello stesso nel territorio molisano.</p>									
RISULTATI ATTESI	<p>Riduzione delle giornate di degenza per infezione tubercolare;</p> <p>riduzione dei costi di degenza per infezione tubercolare;</p> <p>miglioramento della qualità dell'assistenza percepita dai pazienti e dai familiari.</p>									

PROSPETTO ECONOMICO

DESCRIZIONE	TOTALE IMPEGNO ECONOMICO PRESUMIBILE (IN EURO)
<u>PERSONALE</u>	
Personale medico	25 settimane x 3 accessi = 75 accessi l'anno 75 x 4 ore settimanali = 300 ore tot. 300 x 60,00 = € 18.000,00
Personale infermieristico	25 x 2 accessi = 50 50 x 4 = 200 200 x 25 = € 5.000,00
Personale a contratto (Psicologo)	€11.000,00
<u>MISSIONI</u>	€ 2.000,00
<u>ATTREZZATURE E MATERIALI DI CONSUMO</u>	
<u>ALTRO</u>	
Spese generali di gestione	€ 1. 340,00
<u>TOTALE</u>	€37.340,00



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	Linea 1: Interventi per il riassetto organizzativo delle rete dei servizi di assistenza ospedaliera e territoriale
TITOLO DEL PROGETTO	Le terapie sostitutive domiciliari (dialisi peritoneale) nei pazienti con insufficienza renale cronica: una misura per il riequilibrio ospedale – territorio.
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi
REFERENTE/ENTE ATTUATORE	Azienda Sanitaria Regionale del Molise

ASPETTI FINANZIARI

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

IL PROGETTO

CONTESTO	La terapia sostitutiva dell'insufficienza renale cronica con la dialisi è una realtà di grande impatto clinico-sociale-economico sul Servizio Sanitario Nazionale. L'incidenza della dialisi in Italia è di 162 pz /pmp, la maggior parte dei quali pratica terapia sostitutiva con emodialisi in strutture ospedaliere, solo poco più del 20% è indirizzata verso un programma di terapia domiciliare con la dialisi peritoneale. In Molise i dati della terapia dialitica domiciliare sono sovrapponibili a quelli nazionali, riferiti al territorio di Campobasso, ma scendono notevolmente se diluiti su tutto l'ambito Regionale. L'ingresso in stadio V DOQI è un nodo critico del percorso assistenziale in quanto orienta la scelta della futura terapia sostitutiva.
DESCRIZIONE	Il progetto consiste nel seguire in maniera capillare i pazienti in stadio V DOQI fornendo, attraverso colloqui con varie figure professionali (nefrologi ed infermieri che si interessano di dialisi peritoneale) percorsi di corretta informazione e supporto indirizzati ad una scelta di terapia sostitutiva domiciliare con dialisi peritoneale. I soggetti con IRC stadio V DOQI, sia provenienti dall'ambulatorio di Nefrologia generale, sia dall'ambulatorio del MMG, sia da altri ambulatori nefrologici della Regione, vengono indirizzati dal care manager verso un ambulatorio dell'U.O.C. di Nefrologia

	<p>strettamente indirizzato al predialisi dove ricevono:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Inquadramento nefrologico 2. Prospetto delle scelte di terapia sostitutiva attraverso colloqui anche ripetuti tra il paziente ed i familiari con il nefrologo, gli infermieri che operano nell'assistenza di dialisi domiciliare attraverso la peritoneale ed il nutrizionista volti a descrivere la possibilità e la tranquillità con cui affrontare un percorso domiciliare 3. Esami di laboratorio 4. Controllo della terapia medica <p>I pazienti che scelgono di praticare terapia sostitutiva domiciliare, vengono ulteriormente stadiati <i>con</i></p> <ol style="list-style-type: none"> a) Ecografia dell'addome b) Valutazione dello specialista Chirurgo <p>Al fine di bonificare eventuali condizioni (ernie o calcolosi della colecisti) che possono generare complicanze successive.</p> <p>Si identificano come attori centrali dell'azione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • UOC Nefrologia-Dialisi Campobasso • Dietista • Specialista Chirurgo
OBIETTIVI	<p>L'obiettivo è il reclutamento del 7-8% dei nuovi ingressi in dialisi nel territorio Isernia – Termoli, mantenendo l'attuale percentuale del 15-20% sul territorio di Campobasso in modo da avere una percentuale totale del 13 – 15 % di nuovi pazienti da indirizzare ad una terapia sostitutiva domiciliare, con un minore impatto socio economico sul SSN ed un minore utilizzo delle strutture ospedaliere.</p>
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Rilevamento nel data base dell'ambulatorio di Nefrologia dei pazienti “early referral” “in stadio V DOQI”, ed apertura a pazienti “late referral” di altra provenienza(mesi 1) ✓ Istituzione di un ambulatorio nefrologico loro dedicato (mesi 1) ✓ Effettuazione di controlli periodici programmati con contributi e colloqui sui percorsi da seguire nella scelta della terapia sostitutiva (mesi 9) ✓ Percorso guidato, attraverso esami strumentali, per verificare l'idoneità al posizionamento del catetere peritoneale (mesi 0,5) <p>Follow up successivo in ambiente nefrologico dei soggetti inseriti in un programma di dialisi peritoneale, con addestramento alla metodica (mesi 0,5)</p>

INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	Indicatori di processo: numero di pazienti con IRC in stadio V DOQI sottoposti a controllo in ambulatorio loro dedicato. Indicatori di risultato : numero di pazienti con IRC in stadio V DOQI indirizzati alla dialisi domiciliare
RISULTATI ATTESI	Incremento nella percentuale di pazienti con IRC stadio V DOQI che scelgono la dialisi domiciliare (dialisi peritoneale) come terapia sostitutiva della funzione renale.

PROSPETTO ECONOMICO

DESCRIZIONE	TOTALE IMPEGNO ECONOMICO PRESUMIBILE (IN EURO)
<u>PERSONALE</u>	
Personale medico (€ 60 x 4h/g x 270gg)	€65.000,00
Personale infermieristico (€ 25x3h/gx270gg)	€20.000,00
Personale a contratto (Nutrizionista)	€15.000,00
<u>MISSIONI</u>	
<u>ATTREZZATURE E MATERIALI DI CONSUMO</u>	
Esami di laboratorio	€20.000,00
<u>ALTRO</u>	
Formazione e aggiornamento	€15.000,00
Spese generali di gestione	€15.000,00
<u>TOTALE</u>	€150.000,00



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	Linea 2: Modelli avanzati di gestione delle malattie croniche
TITOLO DEL PROGETTO	Screening per la identificazione dell'artrite in corso di psoriasi, mediante valutazione integrata clinica e di imaging
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi
REFERENTE/ENTE ATTUATORE	Azienda Sanitaria Regionale del Molise in collaborazione con Università degli Studi del Molise

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€102.960,00
--------------------------------	-------------

IL PROGETTO

CONTESTO	<p>1. PSORIASI</p> <p><u>La Psoriasi</u> è una frequente dermatite cronica a eziologia sconosciuta che <u>colpisce il 3% della popolazione generale in Italia.</u> Sulla base di questo dato <u>di prevalenza, si può stimare circa 9000 persone residenti in Molise</u> affetta da tale patologia.</p> <p>La psoriasi è una patologia infiammatoria cronica della cute. Si manifesta attraverso la comparsa di chiazze eritemato-squamose ben delimitate, con elevato potenziale disabilitante. L'etiologia non è nota, ma è chiaro che fattori ambientali, interagendo con un assetto genetico predisponente, sono alla base dello scatenamento del processo patogenetico. Colpisce individui di entrambi i sessi e generalmente si manifesta a partire dai 20-30 anni, ma si possono osservare anche casi pediatrici e/o casi nelle fasi tardive della vita.</p> <p>2. ARTRITE PSORIASICA (AP)</p>
----------	---

L'Artrite Psoriasica è una malattia caratterizzata da un processo infiammatorio cronico associato alle manifestazioni cutanee della psoriasi che può interessare tutte le strutture articolari con quadri di sinovite, entesite, dattilite e spondilite. **L'Artrite Psoriasica è un'artrite che può condurre a gravi deformazioni articolari, disabilità motoria ed è associata ad aumentata mortalità, con notevoli incrementi dei costi diretti ed indiretti per il Servizio Sanitario Nazionale e per i cittadini.**

La comparsa dell'artrite è stimata in circa il 30% circa di tutta la popolazione con psoriasi. Si attende quindi una popolazione di almeno 3000 persone affette da Artrite Psoriasica nella regione Molise.

La prevalenza dell' Artrite Psoriasica è probabilmente sottostimata a causa delle specifiche difficoltà diagnostiche nelle fasi precoci della malattia, anche per reumatologi esperti. Infatti è unanimemente riconosciuta una forma sub-clinica e/o occulta della malattia articolare che, se identificata nelle fasi precoci, potrebbe raggiungere un ottimo controllo della malattia con riduzione, quindi, dei suindicati costi.

La psoriasi precede, quindi, nella maggior parte dei casi, l'accertamento dell'AP di circa 7-12 anni ed in questo range di tempo l'ecografia muscolo-scheletrica potrebbe essere un valido alleato. L'ecografia muscolo-scheletrica ha, infatti, già parzialmente dimostrato la sua abilità nella valutazione del coinvolgimento articolare e entesitico in piccoli gruppi di pazienti con Artrite Psoriasica, mostrando quadri ecografici di alterazioni strutturali in tutti gli stadi della progressione della malattia. **L'eventuale riscontro ecografico potrebbe poi essere confermato e confrontato con altri esami di imaging quali la Risonanza Magnetica Nucleare.**

Uno studio sistematico di una popolazione con caratteristiche molto omogenee, come quella Molisana, potrebbe fornire una serie di informazioni sulla patogenesi e sulla fisiopatologia di questa artrite

	<u>associata ad una malattia cutanea di grande impatto sociale.</u>
DESCRIZIONE	Verrà proposto l'arruolamento di circa 3000 pazienti psoriasici. L'osservazione consisterà in una valutazione specifica condotta da un reumatologo esperto (EL) e dalla sua equipe, mediante raccolta anamnestica (focalizzata sui sintomi dolorosa), antropometria ed esame obiettivo. Successivamente i pazienti che avranno mostrato sintomi e segni di forma sub-clinica di Artrite Psoriasica verranno valutati mediante esame ecografico muscolo-scheletrico e esame di risonanza magnetica delle sedi articolari positive all'esame ecografico (standard aureo dell'esame ecografico).
OBIETTIVI	<u>Obiettivo dello studio.</u> <u>Il progetto ha come obiettivo principale quello di collezionare dati circa una coorte di soggetti psoriasici, i quali non abbiano mai ricevuto diagnosi di Artrite Psoriasica, mediante una valutazione clinica accurata e una valutazione di imaging basata essenzialmente su ecografia e risonanza magnetica.</u>
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	12 mesi I 12 mesi verranno suddivisi in tre periodi di 4 mesi: 1) I quadrimestre: <u>arruolamento e valutazione clinico-funzionale</u> 2) II quadrimestre: <u>screening di imaging</u> 3) III quadrimestre: <u>analisi dei risultati e stesura di pubblicazioni.</u>
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	L'endpoint primario è determinare la performance dei criteri clinico-anamnestici scelti come metodo di screening per la valutazione reumatologica dei soggetti psoriasici. Gli endpoints secondari saranno l'identificazione di un score clinico-ecografico a valore predittivo di identificazione dei soggetti a potenziale sviluppo di forme ad elevata disabilità.
RISULTATI ATTESI	<u>Risultati Attesi</u>

	<p>Non potendo ancora calcolare un campione statisticamente significativo, ci si augura di poter valutare almeno il 50% della popolazione attesa affetta da Artrite Psoriasica. Quindi si potrebbero valutare circa 1500 persone affette da psoriasi e per queste persone offrire lo screening clinico e di imaging completo.</p> <p>Tale valutazione dovrebbe identificare circa 500 persone affette dalla malattia (Artrite Psoriasica) in fase di esordio di malattia.</p> <p>L'identificazione di tale gruppo di persone dovrebbe fornire indicazioni per ulteriori valutazioni di ordine patogenetico, coinvolgendo studi immunogenetici e di farmaco-economia.</p>
--	--

PROSPETTO ECONOMICO

DESCRIZIONE	TOTALE IMPEGNO ECONOMICO PRESUMIBILE (IN EURO)
<u>PERSONALE</u>	
Personale a contratto	€50.000,00
Altro personale	€20.000,00
<u>MISSIONI</u>	
<u>ATTREZZATURE E MATERIALI DI CONSUMO</u>	
Attrezzature tecniche	€30.000,00
<u>ALTRO</u>	
formazione e aggiornamento	€2.960,00
<u>TOTALE</u>	€102.960,00



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	Linea 2: Modelli avanzati di gestione delle malattie croniche
TITOLO DEL PROGETTO	Percorso diagnostico-terapeutico assistenziale (PDTA) per razionalizzare e ridurre i costi per la scelta, il posizionamento e la gestione di PICC (catetere venoso centrale ad inserimento periferico) e Midline (catetere venoso periferico)
DURATA DEL PROGETTO	36 mesi
REFERENTE/ENTE ATTUATORE	Azienda Sanitaria Regionale del Molise

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€133.000,00
--------------------------------	-------------

IL PROGETTO

CONTESTO	<p>La terapia parenterale è una pratica molto diffusa ed utilizzata sia nel paziente acuto sia nel paziente cronico ed è frequentemente associata alla necessità di ripetuti controlli ematici. Il numero dei pazienti che afferiscono alle cure oncologiche, ematologiche o comunque a terapie infusionali protratte per lunghi periodi è in forte aumento. La maggioranza dei pazienti, oggi, sono pazienti “fragili” spesso con esaurimento del patrimonio venoso superficiale, dovuto a situazioni anatomiche ostacolanti, infusioni irritanti la parete venosa, fragilità vascolare intrinseca, etc.</p> <p>La mancanza di un accesso venoso adeguato, comporta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ritardato inizio del piano terapeutico e nutrizionale parenterale • allungamento delle giornate di degenza • aumentate complicanze flebitiche, trombotiche ecc. • allungamento dei tempi infermieristici per reperire gli accessi • aumento del disagio e dello stress del paziente.
----------	--

	<p>Tali premesse ci danno la stima dell'importanza della gestione del patrimonio venoso per evitare di arrivare alla condizione di “paziente con impossibilità all'accesso venoso” che spesso si trova riportata sulla richiesta di posizionamento degli accessi vascolari.</p> <p>Un ambulatorio dedicato potrebbe garantire la gestione ottimale del patrimonio venoso del paziente sin dall'ingresso in ospedale supportando le decisioni di inserire un catetere venoso centrale o un catetere venoso periferico e guidando nella scelta del presidio più corretto in base alle esigenze cliniche e del paziente.</p> <p>Infine è necessario ricordare che il posizionamento di un accesso venoso ottimale può facilitare la dimissione del paziente in quanto mantenendo l'accesso vascolare può continuare a domicilio le terapie necessarie (cure palliative, NPT, ecc). L'approccio terapeutico al paziente oncologico e la gestione di terapie farmacologiche complesse e di lunga durata richiedono l'impianto di un catetere venoso centrale a lunga e media permanenza che permetta di preservare il patrimonio venoso del paziente e offra sicurezza e facilità d'uso.</p> <p>Il PICC è un catetere venoso centrale a media permanenza per infusioni venose a bassa velocità di flusso (Todd J, 1999), ad inserimento periferico percutaneo (vena basilica, vene brachiali, vena cefalica) (Aldrighetti L et al, 1995) la cui estremità si colloca presso il terzo inferiore della vena cava superiore (Masorli S, 1998).</p> <p>L'utilizzo di un PICC ha l'esigenza di fornire un valido dispositivo venoso centrale a medio e lungo termine, posizionato con procedure invasive di minore portata a pazienti affetti da patologie oncologiche e non, per i quali mancano le indicazioni per il posizionamento di un CVC tradizionale (ad es. tumori testa-collo, alcuni tumori polmonari, patologie chirurgiche, ginecologiche, ostetriche, ematologiche, respiratorie, reumatologiche, vascolari, gastroenteriche, neurologiche, psichiatriche, neurochirurgiche), a pazienti con patologie acute e croniche, a pazienti che necessitassero di terapia infusoria per periodi di media durata (NPT, emotrasfusioni, antibiotico terapia), a pazienti in Hospice in fase avanzata di malattia, a pazienti domiciliari per i quali la gestione del CVC tradizionale (port/tunnellizzato) fosse problematica (assistenza domiciliare discontinua o inadeguata da parte del personale infermieristico territoriale) (Neuman, M.L, Murphy, B.D., Rosen, M.P, 1998; Barber, J.M., Booth, D.M., King, J.A., Chakraverty, S, 2002; Moureau N, 2006; Hamilton H.C, 2005; Division of Nosocomial and Occupational Infectious Diseases, 1997; Horattas MC et al, 2001).</p> <p>Sempre più studi evidenziano quanto l'utilizzo di PICC sia preferibile rispetto ad altri device di infusione dal punto di vista di:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sicurezza del paziente; • Costo/Efficacia; • Efficienza aziendale. <p>Un ambulatorio PICC autorizzato è in funzione presso l'UOVD Dietologia e Nutrizione Clinica, Centro Regionale Nutrizione Clinica e</p>
--	---

	<p>Artificiale Domiciliare, dell'Ospedale A. Cardarelli dal gennaio 2012. Nel 2013 sono stati trattati 120 pazienti di cui 98 PICC e 22 Midline. L'analisi dei dati trimestrali del 2013 mostra un trend in aumento. La previsione per il 2014 è sicuramente in ascesa con un incremento minimo stimato al 10% (valore sicuramente sottostimato).</p> <p>Quest'attività, a causa dell'esiguità del personale a disposizione che svolge tale mansione in aggiunta alle proprie competenze di gestione della nutrizione artificiale domiciliare, è svolta, con notevole difficoltà e spirito di sacrificio.</p> <p>L'accesso all'ambulatorio dedicato avviene per prenotazione, con erogazione della prestazione in media entro 24-48 ore. Il tipo di prestazione erogata è di posizionamento dell'accesso venoso PICC o Midline. L'utente della prestazione è il soggetto ricoverato in regime ordinario o in DH. Non sono eseguite né le gestioni post-posizionamento né è possibile l'accesso a utenti ambulatoriali.</p>
DESCRIZIONE	<p>Istituzione di un percorso diagnostico-terapeutico assistenziale per il posizionamento e la gestione di accessi venosi tipo PICC o Midline da parte di un equipe dedicato formato da un medico e tre infermieri, tutti con formazione specifica sugli accessi vascolari.</p> <p>Apertura dell'ambulatorio PICC-Midline in modo programmato, dal lunedì al venerdì, orario 14-17, sia per i posizionamenti sia per la gestione degli accessi venosi già posizionati.</p> <p>Erogazione della prestazione, oltre agli utenti in regime di ricovero (ordinario e DH), anche agli utenti esterni (domiciliari, in assistenza domiciliare integrata, in assistenza domiciliare oncologica, in nutrizione artificiale domiciliare, in cure palliative, ecc.).</p> <p>L'accesso al posizionamento sarà screenato previo valutazione dell'appropriatezza della richiesta a seconda: durata della terapia, sostanze da infondere, valutazione del setting clinico; inoltre, per l'utenza domiciliare va aggiunta la valutazione dell'appropriatezza ambientale e del caregiver.</p> <p>Posizionamento solo esclusivamente tramite ecoguida degli accessi vascolari.</p> <p>Controllo radiologico post-posizionamento ove necessario, con canale preferenziale, da eseguirsi subito presso l'UOC Radiologia dell'Ospedale A. Cardarelli; questo soprattutto per i pazienti cosiddetti esterni, cioè non ricoverati, che accedono a tale prestazione con richiesta su modulistica regionale (impegnativa).</p> <p>Gestione di controllo e medicazione settimanale dei PICC e midline a livello ambulatoriale dei pazienti in grado di accedervi (autosufficienti, deambulabili, trasportabili).</p> <p>Gestione di eventuali complicanze (flebiti, tromboflebiti, CRBSI – catheter-related bloodstream infections, ecc.).</p>
OBIETTIVI	<p>a. Istituzione di un unico percorso diagnostico-terapeutico assistenziale per il posizionamento e la gestione di accessi venosi tipo PICC o</p>

	<p>Midline, che faciliti l'accesso all'utenza.</p> <ul style="list-style-type: none"> b. Riduzione delle complicanze flebitiche/tromboflebitiche. c. Riduzione delle CRBSI. d. Riduzione dei costi di degenza correlati alle complicanze flebitiche/tromboflebitiche e. Riduzione dei costi di degenza correlati alle CRBSI <p>Incremento della sensibilità e dell'attenzione del personale Sanitario alle problematiche connesse agli accessi vascolari (posizionamenti, gestione, complicanze).</p>
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	36 mesi
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	<ul style="list-style-type: none"> ○ Screening <ul style="list-style-type: none"> ▪ Qualità <ul style="list-style-type: none"> • Rapporto fra numero di pazienti ricoverati screenati per PICC e numero di pazienti ricoverati sottoposti a posizionamento PICC (ns dati 2013: rapporto 90/90 = 100%) • Rapporto fra numero di pazienti ricoverati screenati per Midline e numero di pazienti ricoverati sottoposti a posizionamento Midline (ns dati 2013: rapporto 10/10 = 100%) • Rapporto fra numero di pazienti ambulatoriali screenati per PICC e numero di pazienti ambulatoriali sottoposti a posizionamento PICC (ns dati 2013: rapporto 8/8 = 100%) • Rapporto fra numero di pazienti ambulatoriali screenati per Midline e numero di pazienti ambulatoriali sottoposti a posizionamento Midline (ns dati 2013: rapporto 12/12 = 100%) ▪ Outcome [dati della letteratura: <ul style="list-style-type: none"> *http://www.angiodynamics.com/uploads/pdf/102512-050231_DVT%20Sheet_CS5_5-rev2a.pdf. **Maki DG et al. Mayo Clin Proc. 2006;81(9):1159-1171] • Prevalenza flebite/tromboflebite da PICC 1-38%* • Prevalenza flebite/tromboflebite da Midline <2%* • Prevalenza CRBSI da PICC 1,1/1000 giorni catetere per totale pazienti ricoverati e ambulatoriali (solo ricoverati 2,1; solo ambulatoriali 1,0)** • Prevalenza CRBSI da Midline 0,2/1000 giorni catetere ** ○ Trattamento <ul style="list-style-type: none"> ▪ Qualità (ambulatorio da attivare: dati non rilevabili) <ul style="list-style-type: none"> • Rapporto fra numero di pazienti ricoverati medicati e numero di pazienti ricoverati con

	<p>flebite/tromboflebite da PICC/Midline</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rapporto fra numero di pazienti ambulatoriali medicati e numero di pazienti ambulatoriali con flebite/tromboflebite da PICC/Midline • Rapporto fra numero di pazienti ricoverati medicati e numero di pazienti ricoverati con CRBSI da PICC/Midline • Rapporto fra numero di pazienti ambulatoriali medicati e numero di pazienti ambulatoriali con CRBSI da PICC/Midline <p>▪ Outcome</p> <ul style="list-style-type: none"> • Riduzione della prevalenza flebite/tromboflebite da PICC • Riduzione della prevalenza flebite/tromboflebite da Midline • Riduzione della prevalenza CRBSI da PICC • Riduzione della prevalenza CRBSI da Midline • Riduzione dei costi di degenza correlati alle complicanze flebitiche/tromboflebitiche • Riduzione dei costi di degenza correlati alle CRBSI
RISULTATI ATTESI	<p>a. Riduzione della prevalenza flebite/tromboflebite da PICC a <38% (http://www.angiodynamics.com/uploads/pdf/102512-050231_DVT%20Sheet_CS5_5-rev2a.pdf.)</p> <p>b. Riduzione della prevalenza flebite/tromboflebite da Midline a <2% (http://www.angiodynamics.com/uploads/pdf/102512-050231_DVT%20Sheet_CS5_5-rev2a.pdf.)</p> <p>c. Riduzione della prevalenza CRBSI da PICC a 0-5,3/1000gg (CDC Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections ed.2002-2011)</p> <p>d. Riduzione della prevalenza CRBSI da Midline < 0,3/1000gg (http://accessscientific.com/media/ICT-Midlines-Essential-Tool-in-CLABSI-Reduction-Publications.pdf)</p> <p>e. Riduzione dei costi di degenza correlati alle complicanze flebitiche/tromboflebitiche</p> <p>f. Riduzione dei costi di degenza correlati alle CRBSI</p>

PROSPETTO ECONOMICO

DESCRIZIONE	TOTALE IMPEGNO ECONOMICO PRESUMIBILE (IN EURO)	
<u>PERSONALE</u>	Lordo X Anno	
Dipendente	Medico impiantatore (€60/h x 3h/die x 250gg)	€45.000
	Infermieri n.3 (€25/h x 3h/die x 242 gg x 3inf)	€54.450
A contratto	1 Operatore gestione dati	€15.000
<u>MISSIONI</u>		
<u>ATTREZZATURE E MATERIALI DI CONSUMO</u>		
	Personal computer	
	Software vari (Parallels, Windows 8 Pro, Office Pro)	
	Elaborazione software	€5.000
	Cancelleria e materiale di consumo	€ 550
<u>ALTRO</u>		
Spese generali di gestione		€13.000
<u>TOTALE</u>		€133.000,00



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	Linea 2: Modelli avanzati di gestione delle malattie croniche
TITOLO DEL PROGETTO	Percorso diagnostico-terapeutico assistenziale del diabetico con nefropatia iniziale
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi
REFERENTE/ENTE ATTUATORE	Azienda Sanitaria Regionale del Molise

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€220.000,00
--------------------------------	-------------

IL PROGETTO

CONTESTO	<p>Il diabete mellito è patologia in forte espansione. Dati epidemiologici recenti indicano una prevalenza della malattia in Italia intorno al 6% della popolazione generale, oltre ad una percentuale aggiuntiva di soggetti malati e non diagnosticati.</p> <p>Il diabete mellito, nelle forma più comune, il tipo 2, è malattia subdola, con sintomatologia iniziale scarsa ed aspecifica.</p> <p>Numerosi trials indicano che è fondamentale una diagnosi la più precoce possibile ed un trattamento iniziale aggressivo ed efficace, onde ridurre gli effetti deleteri della cosiddetta memoria metabolica e ridurre l'impatto a distanza delle complicanze cardiovascolari.</p> <p>Recentemente diversi autori hanno pubblicato evidenze che, per migliorare gli outcome a distanza, fondamentale è anche la precocità del raggiungimento di un buon compenso metabolico e della diagnosi precoce delle complicanze micro e macro vascolari.</p> <p>I problemi principali oggi per i diabetici non sono più quelli legati alla sopravvivenza ma quelli legati alle complicanze croniche del diabete; sia microangiopatiche, cioè dei piccoli vasi arteriosi (retinopatia, nefropatia, neuropatia), sia macroangiopatiche, cioè dei grossi vasi arteriosi (cardiopatia ischemica, arteriopatia degli arti inferiori, arteriopatia dei tronchi sovraortici). Pertanto subito dopo la diagnosi di diabete di tipo 2 i pazienti sono testati per evidenziare il sospetto della presenza di un coinvolgimento di diversi organi ed apparati. Tra questi il rene riveste un ruolo centrale; il dosaggio della</p>
----------	---

	<p>Microalbuminuria (MIC) è un indice affidabile di iniziale danno renale.</p> <p>Inoltre la positività della MIC è un indicatore di danno vasale diffuso, con particolare riguardo ai distretti cerebrale, cardiaco e degli arti inferiori.</p>
DESCRIZIONE	<p>Ai soggetti diabetici di tipo 2 presi in carico dall'UOC di Diabetologia è dosata la MIC. I soggetti MIC+ vengono indirizzati dal care manager all'ambulatorio di Nefrologia dove ricevono:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Inquadramento nefrologico 2. Ecografia renale 3. Esami di laboratorio 4. Eventuale terapia medica <p>I pazienti ai quali è confermato il coinvolgimento renale, oltre all'implementazione del controllo metabolico e la stesura di un piano alimentare, sono fenotipizzati nella UOC Diabetologia con:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Calcolo BMI b) Esame impedenziometrico per composizione corporea c) Plicometria <p>e vengono screenati per eventuale coinvolgimento cardiovascolare tramite esecuzione:</p> <ol style="list-style-type: none"> i. ABI ed eventuale ecocolordoppler Arti Inferiori ii. ECG iii. Ecocardiogramma doppler iv. Calcolo spessore intima con Ecocolordoppler TSA <p>L'obiettivo è strutturare un percorso diagnostico-terapeutico che consenta ai pazienti diabetici di essere screenati, inquadrati e curati in maniera completa, evitando loro prenotazioni multiple, tempi di attesa, scollamento tra gli interventi di vari specialisti.</p> <p>Ruolo fondamentale sarà assicurato dal care manager che avrà il compito di coordinare i vari interventi e mantenere i rapporti con il paziente.</p> <p>Tutte le azioni ed i referti saranno registrati sulla cartella elettronica MyStarConnect, che permetterà la gestione dei vari passaggi e l'estrazione in tempo reale degli indicatori previsti.</p> <p>Si identificano come attori centrali per l'azione di PDTA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • UOC Diabetologia Campobasso • UOC Nefrologia-Dialisi Campobasso • Dietista • Specialista in Cardiologia • Personale di supporto • Esperto di informatica

	<ul style="list-style-type: none"> • Esperto di statistica • Laboratorio analisi ASReM
OBIETTIVI	<p>A. Rallentare progressione complicanze renali del diabete attraverso l'individuazione di uno specifico PDTA.</p> <p>B. Individuare e prevenire le complicanze cardiovascolari nei diabetici nefropatici</p>
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	<p>Tempo: 0 – 1° mese</p> <ul style="list-style-type: none"> • Definizione programmazione: obiettivi, metodologia, tempi e risorse umane impiegate. • Prima riunione per discussione, condivisione e standardizzazione del metodo. • Implementazione supporti informatici. <p>Tempo: 1° mese – 3° mese</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fase di operatività. • Selezione ed arruolamento soggetti diabetici MIC positivi <p>Tempo: 4° mese</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verifica andamento arruolamento pazienti • Seconda riunione con il responsabile del progetto per la revisione della metodologia e per la rilevazione e risoluzione di eventuali problemi. <p>Tempo 3° - 11° mese</p> <ul style="list-style-type: none"> • Esecuzione follow up <p>Tempo: 8° mese</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terza riunione di verifica e nuovo aggiornamento sull'attuazione del progetto. • Relazione su eventuali modifiche al protocollo originario. <p>Tempo: 12°</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valutazione raggiungimento obiettivi.
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	<p><u>Di Esito Intermedio:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 20 % dei pazienti presi in carico N. di pazienti arruolati <p><u>Di Processo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 100 % N. di diabetici inquadrati nei vari gradi di danno renale • 30 % N. di diabetici con danno renale positivi a complicanze

	cardiovascolari misconosciute <u>Di Risultato:</u> <ul style="list-style-type: none"> Riduzione del Tasso di HbA1c 15 % e di MIC 15 – 20 % alla fine del follow up
RISULTATI ATTESI	Rallentamento progressione delle complicanze renali del paziente diabetico di tipo 2 di recente diagnosi e del coinvolgimento cardiovascolare in pazienti con iniziale nefropatia diabetica, selezionati ed inseriti in uno specifico PDTA. Implementazione del trattamento medico-dietologico nei pazienti individuati.

PROSPETTO ECONOMICO

DESCRIZIONE	TOTALE IMPEGNO ECONOMICO PRESUMIBILE (IN EURO)
<u>PERSONALE</u>	
Personale dipendente	
Medico	(3h x 60€x 270gg) €48.600,00
Infermieristico	(3h x 25€x 270gg) €20.250,00
Personale a contratto	€35.000,00
<u>MISSIONI</u>	
<u>ATTREZZATURE E MATERIALI DI CONSUMO</u>	
Apparecchiature	Ecografo €90.000,00
Neurotester	
Materiale di consumo	€6.150,00
<u>ALTRO</u>	
Spese generali di gestione	€20.000,00
<u>TOTALE</u>	€220.000,00



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	Linea 2: Modelli avanzati di gestione delle malattie croniche
TITOLO DEL PROGETTO	Creazione di una rete Regionale per la cura ed il monitoraggio dello scompenso cardiaco cronico
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi
REFERENTE/ENTE ATTUATORE	Azienda Sanitaria Regionale del Molise

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€730.000,00
--------------------------------	-------------

IL PROGETTO

CONTESTO	<p>La creazione di una strategia per la cura dello scompenso cardiaco adattata alla realtà regionale del Molise è un obiettivo strategico di particolare importanza per motivi epidemiologici, assistenziali ed economici. Lo scompenso cardiaco è la seconda causa di morte in Italia: la mortalità è del 19% nei pazienti con scompenso di nuova insorgenza e il 27,7% nei pazienti con episodio recidivante decede durante il ricovero; il 20-30% dopo un anno. Il tasso di sopravvivenza è inferiore a quello rilevato nell'infarto miocardico e di molte neoplasie maligne. La prevalenza dello scompenso cardiaco in Italia è dello 0.3-2% (con un incremento del 2% circa per ogni decade di età fino a raggiungere il 10% nei pazienti sopra 70 anni. In particolare in Molise, Regione caratterizzata da un'età media superiore rispetto alla media nazionale tale problematica assume importanza di rilievo.</p>
DESCRIZIONE	<p>Dall'analisi dei dati del Ministero della Salute relativi al rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero (anno 2010) in Molise si è registrata nel 2010 la peggiore performance italiana nella gestione dello scompenso cardiaco: con il tasso di ricovero più elevato sia per la fascia di popolazione 75-84 anni (24.3 ricoveri per 1000 abitanti) che per quella 65-74 anni (8.1 ricoveri per 1000 abitanti), il maggior peso regionale della degenza ospedaliera per scompenso acuto ed il maggior "costo" per residente (14.9 euro) (confrontato con quello più virtuoso della Valle D'Aosta (Euro 5.5).</p>

	<p>Inoltre l'analisi accurata dei dati amministrativi evidenziano alcuni elementi di notevole interesse epidemiologico gestionale che verranno utilizzati per il disegno del progetto proposto:</p> <ul style="list-style-type: none"> - il ricovero di un paziente con scompenso acuto viene effettuato solo nel 22% dei casi in strutture di cardiologia, mentre in oltre il 70% dei casi la gestione dei casi è a carico della geriatria o dei reparti di medicina; - la percentuale di trattamenti raccomandati dalle linee guida risulta essere lontana dall'ottimale; - la probabilità di riospedalizzazione nell'anno successivo al ricovero è elevatissima (circa il 60%), con la probabilità per ogni paziente di essere ricoverato almeno 2 volte nel corso dell'anno di osservazione.
OBIETTIVI	<p>L'obiettivo del progetto si propone la creazione di una rete di assistenza per i pazienti affetti da scompenso cardiaco integrata con il territorio. La rete prevederà l'integrazione degli ospedali regionali con il territorio (distretti sanitari, medici di medicina generale e specialisti ambulatoriali) al fine di formalizzare un percorso diagnostico-terapeutico per lo scompenso adattato alle caratteristiche demografiche e geografiche della Regione Molise. Verrà creato un centro "Hub" Regionale presso l'Ospedale Cardarelli di Campobasso, per il monitoraggio e la cura dei pazienti affetti da scompenso cardiaco mediante sistemi di telemedicina e trasmissione di segnali bioumorali direttamente dal paziente stesso ("Home Monitoring"). Tale sistema, attraverso il monitoraggio e la trasmissione di dati bioumorali (ritmo cardiaco, frequenza, pressione, peso, acqua corporea) permetterà il monitoraggio dello stato di salute dei pazienti con scompenso cardiaco consentendo di effettuare delle manovre terapeutiche correttive dello stato di salute prima di un significativo deterioramento del quadro emodinamico con conseguente nuovo accesso ospedaliero con conseguente aumento della morbidità, mortalità ed aumento della spesa sanitaria.</p> <p>Il progetto verrà attuato secondo il Chronic Care model.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - In particolare per ogni paziente con scompenso acuto ricoverato in ospedale in seguito ad un evento acuto verrà compilata una specifica scheda denominata appunto "scheda scompenso". La scheda oltre ai dati anagrafici, comprenderà alcuni parametri clinici, strumentali ed ematici oltre al numero di ricoveri per scompenso cardiaco nei sei mesi precedenti, sulla cui base verrà individuato il reparto più adeguato per il paziente. La "scheda scompenso" seguirà il paziente nel reparto di trasferimento dove verrà completata con ulteriori dati. Duplice lo scopo: da un lato identificare parametri condivisi e standardizzati di stabilità e di dimissibilità del paziente, dall'altro condividere le informazioni necessariamente presenti nella relazione di dimissione per il medico di medicina generale. Sulla base della scheda, in fase di pre-dimissione, verrà quindi calcolato il profilo di rischio del paziente in modo da individuare in quale categoria si

	<p>posiziona. Nel gruppo A (basso rischio), nel gruppo B (rischio intermedio); o nel Gruppo C (alto rischio). Al momento della dimissione dall'ospedale, quindi la scheda verrà inviata (via telematica) al medico di medicina generale che quindi, sulla base del grado di rischio di ricaduta, decide quale percorso di assistenza attivare. Per i pazienti ad alto rischio verrà definito un programma di monitoraggio infermieristico domiciliare e di controlli clinici pianificati dal medico di medicina generale.</p> <ul style="list-style-type: none"> - verrà creato un nuovo percorso diagnostico-terapeutico assistenziale per lo scompenso cardiaco adattato al territorio della Regione Molise mediante gestione integrata del paziente da parte dei servizi territoriali ed ospedalieri. In quest'ambito, verrà sperimentata la possibilità di differenti regimi di trattamento del paziente come l'ospedalizzazione a domicilio (modello già sperimentato con successo nella Regione Piemonte), come modalità alternativa o aggiuntiva rispetto al ricovero ordinario. - saranno coinvolte le associazioni di Volontariato con programmazione di corsi di formazione con l'obiettivo di offrire supporto a domicilio in particolare alle famiglie più fragili; - saranno coinvolti nel processo assistenziale diagnostico e terapeutico i medici di medicina generale, ed i cardiologi del territorio e dei distretti sanitari, programmando corsi di aggiornamento e di formazione per l'assistenza ed il monitoraggio seguendo la strategia di rete proposta dal progetto in questione; - sarà coinvolto il personale sanitario non medico delle strutture ospedaliere ed ambulatoriali ad effettuare azioni di "counseling" verso i pazienti e le famiglie mirati alla comprensione della strategia terapeutica (assunzione dei farmaci, in particolare dei diuretici, comprensione dell'importanza dell'automisurazione di alcuni elementari parametri vitali come peso corporeo, pressione arteriosa e frequenza cardiaca); - verrà creato un database Regionale costituito da una serie di archivi elettronici collegati in grado di incrociare dati e fornire informazioni relativamente a: assistenza sanitaria prestata dal Sistema sanitario Nazionale (SSN), dati demografici e amministrativi, diagnosi di dimissione dopo ricovero, dati di prescrizioni farmaceutiche, dati su prestazioni ambulatoriali ed in emergenza, dati di costo nella prospettiva SSN.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	<p>Entro 3 mesi dall'inizio: creazione del "centro Hub" presso l'Ospedale Cardarelli di Campobasso, istruzione attraverso corsi dedicati del personale sanitario medico (medici di medicina generale e cardiologi del territorio) e del personale sanitario non medico e volontariato.</p> <p>Entro 6 mesi dall'inizio: diffusione sul territorio del programma ed</p>

	attuazione del progetto con la creazione di una rete telematica. Entro 12 mesi: creazione di un nuovo percorso diagnostico-terapeutico assistenziale per lo scompenso cardiaco adattato al territorio della Regione Molise mediante gestione integrata del paziente da parte dei servizi territoriali ed ospedalieri.
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	<p><u>Di Esito Intermedio:</u></p> <p>Diffusione sul territorio del programma ed attuazione del progetto.</p> <p><u>Di Processo:</u></p> <p>Creazione della rete per la cura dei pazienti con scompenso cardiaco con Centro “Hub” di raccolta dei parametri, di lettura dei dati e di interazione con i pazienti a domicilio o con i medici di medicina generale e con i cardiologi del territorio.</p> <p><u>Di Risultato:</u></p> <p>1) Creazione di un nuovo percorso diagnostico-terapeutico assistenziale per lo scompenso cardiaco adattato al territorio della Regione Molise mediante gestione integrata del paziente da parte dei servizi territoriali ed ospedalieri. In quest’ambito, verrà sperimentata la possibilità di differenti regimi di trattamento del paziente come l’ospedalizzazione a domicilio (modello già sperimentato con successo nella Regione Piemonte), come modalità alternativa o aggiuntiva rispetto al ricovero ordinario.</p> <p>2) Creazione di un database Regionale costituito da una serie di archivi elettronici collegati in grado di incrociare dati e fornire informazioni relativamente a: assistenza sanitaria prestata dal Sistema sanitario Nazionale (SSN), dati demografici e amministrativi, diagnosi di dimissione dopo ricovero, dati di prescrizioni farmaceutiche, dati su prestazioni ambulatoriali ed in emergenza, dati di costo nella prospettiva SSN.</p> <p>3) Riduzione della percentuale di tasso di ospedalizzazione, riduzione del peso della degenza media e del peso economico dell’attività ospedaliera per scompenso rispetto al 2010. Numero dei pazienti arruolati nel progetto e confronto del numero ricoveri/paziente/anno rispetto ai dati degli anni precedenti. Riduzione del peso regionale della degenza ospedaliera per scompenso acuto indicizzato per residente.</p>
RISULTATI ATTESI	Riduzione del tasso di ospedalizzazione, riduzione del peso della degenza media e del peso economico dell’attività ospedaliera per scompenso rispetto al 2010. Numero dei pazienti arruolati nel progetto e confronto del numero ricoveri/paziente/anno rispetto ai dati degli anni precedenti.

PROSPETTO ECONOMICO

DESCRIZIONE	TOTALE IMPEGNO ECONOMICO PRESUMIBILE (IN EURO)
Personale dipendente: a) medico n°1: 45 ore/mese durata 12 mesi : totale Euro: 32.400 b) medico n° 4: 30 ore mese durata 12 mesi: totale Euro 86.400 c) infermiere n° 9 unità: 30 ore/mese durata 12 mesi: totale Euro 81.000	
Personale a contratto: a) medico n°1: contratto 1 anno totale Euro : 75.000 b) medico n°3: 20 ore/mese totale Euro: 43.200 c) infermiere n° 4 unità: 50 ore/mese durata 12 mesi totale Euro: 60.000 d) tecnico di cardiologia n°3 unità: 50 ore/mese durata 12 mesi totale Euro: 45.000 e) sociologo e segreteria n°2 unità: 28 ore mese durata 12 mesi totale 16.800	
<u>PERSONALE</u>	
Personale dipendente	€199.800,00
Personale a contratto	€240.000,00
<u>MISSIONI</u>	
<u>ATTREZZATURE E MATERIALI DI CONSUMO</u>	
Apparecchiature	€180.000,00
Materiale vario	€27.200,00

ALTRO

Formazione e aggiornamento	€10.000,00
----------------------------	------------

Spese generali di gestione	€73.000,00
----------------------------	------------

<u>TOTALE</u>	€730.000,00
---------------	--------------------



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	Linea 3: Implementazione del piano di indirizzo per la riabilitazione di cui all'Accordo Stato – Regioni del 10 febbraio 2011
TITOLO DEL PROGETTO	La gestione riabilitativa nella fase di stabilizzazione clinica e del recupero funzionale nell'ictus cerebrale
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi
REFERENTE/ENTE ATTUATORE	Azienda Sanitaria Regionale del Molise

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€118.596,00
--------------------------------	-------------

IL PROGETTO

CONTESTO	Completare le acquisizioni di locomozione autonoma, adattamento alle attività quotidiane, protezione dei rischi di caduta, rimodellamento dell'ambiente, addestramento dei familiari per le attività a domicilio, iniziate nei reparti di riabilitazione intensiva.
DESCRIZIONE	Prima della dimissione dai reparti di riabilitazione viene compilata la cartella riabilitativa domiciliare e viene attivata l'attività progettuale domiciliare al fine di garantire la continuità riabilitativa ed una precoce presa in carico.
OBIETTIVI	<ul style="list-style-type: none"> a) Perfezionamento o mantenimento delle abilità raggiunte. b) Miglioramento dei settori funzionali a maggior latenza di recupero. c) Addestramento ADL. d) Fornitura e prescrizione di ausili. e) Modifica dell'ambiente di residenza.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	1 mese per ottimizzare le risorse e completare la fase di programmazione. 11 mesi per completare le attività progettuali

INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	Numero di pazienti trattati, paziente per operatore, presa in carico dall' evento indice, scale di valutazione: ICF, FIM, Barthel Index, WHS, MRS....
RISULTATI ATTESI	Ottimizzare e promuovere da parte del paziente un apprendimento di competenze, sfruttando tutti i sistemi funzionali rimasti integri, sviluppando nuove abilità al fine, in ultima analisi, di garantire il raggiungimento del miglior controllo possibile della propria persona e dell'ambiente circostante riducendo la percezione di malessere derivante dalle limitazioni imposte dal danno biologico.

DESCRIZIONE	TOTALE IMPEGNO ECONOMICO PRESUMIBILE (IN EURO)
-------------	---

PERSONALE

Personale dipendente	
Specialista (60€/h x2h/settimana x anno)	€ 6.240,00
Fisioterapista (25€/h x3h/settimana x anno)	€ 3.900,00
Personale a contratto	€ 75.000,00
2 Logopedisti	
2 Terapisti occupazionali	
2 Fisioterapisti	

MISSIONI

Missioni	€ 4.000,00
----------	------------

**ATTREZZATURE E
MATERIALI DI CONSUMO**

Apparecchiature	€ 15.000,00
Materiale vario	€ 5.456,00

ALTRO

Formazione e aggiornamento	€ 3.000,00
Spese generali di gestione	€ 6.000,00

TOTALE**€ 118.596,00**



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	Linea 4: Assistenza ai pazienti in condizioni di Stato Vegetativo e Stato di Minima Coscienza nella fase degli esiti (di cui all'Accordo Stato Regioni del 5 maggio 2011)
TITOLO DEL PROGETTO	Percorsi Diagnostico - Terapeutico- Assistenziali: la gestione del paziente con esiti da gravi cerebro lesioni acquisite
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi
REFERENTE/ENTE ATTUATORE	Azienda Sanitaria Regionale del Molise

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€266.841,00
--------------------------------	-------------

IL PROGETTO

CONTESTO	<p>La riabilitazione ha assunto un ruolo centrale nell'area della disabilità, sia essa temporanea o consolidata, innata o acquisita. E' infatti potente strumento di recupero delle abilità ancora esistenti o di mantenimento il più a lungo possibile della condizione acquisita. Alla persona con disabilità devono essere garantiti, indipendentemente dall'età e dalla causa che ha generato tale condizione, un accesso ed un percorso al sistema di "welfare", chiaro e ben definito, oltre che la sua partecipazione alla definizione del progetto individualizzato.</p> <p>In riabilitazione gli interventi vengono trattati in relazione complessiva con la persona e tutto il suo potenziale. Per tale motivo l'intervento deve correlarsi, oltre che al paziente, al suo ambiente, offrendo supporto educativo anche tramite utilizzo di ausili tecnici.</p> <p>E' necessario un protocollo per la Continuità di Intervento Riabilitativo Ospedale – Strutture Riabilitative – Territorio e/o domicilio, normante l'attività domiciliare riabilitativa garantita attraverso l'ADI alle persone compromesse nel grado di autonomia, permettendo ad esse di rimanere nel loro ambiente di vita.</p>
DESCRIZIONE	I Percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali (PDTA), dunque, sono strumento guida con l'obiettivo di definire chi fa cosa, come e quando, garantendo una effettiva valorizzazione delle risorse.

	<p>In questo contesto si inserisce il progetto di elaborazione di un PDTA nell'ambito della riabilitazione ed in particolare in un'area ritenuta di maggior impatto e rilievo che riguarda i PDTA "la gestione del paziente con esiti da gravi cerebro lesioni acquisite".</p> <p>E' ampiamente dimostrato che la disabilità residua di un paziente con GCA dipende non solo dal danno primario ma anche e talvolta soprattutto, dalla catena di eventi che possono intervenire dalla fase dell'acuzie in avanti, come conseguenza di una mancata prevenzione e/o cura anche di patologie intercorrenti.</p> <p>Va, qui, sottolineata la facilità con cui le complicanze possono instaurarsi e autoalimentarsi, a circolo vizioso, in un paziente così "fragile", in cui la grave alterazione dello stato di coscienza e/o la stessa protratta immobilità sono fonte di "disastri clinici" spesso irreparabili.</p>
OBIETTIVI	<ul style="list-style-type: none"> • Chiarire il percorso e la denominazione delle strutture in grado di accogliere queste patologie anche per non disorientare i familiari • Creare un coerente collegamento in rete tra presidi ospedalieri e tra questi e le strutture territoriali • Organizzare un "sistema esperto" integrato a rete di percorsi "dal coma al domicilio", con forte radicamento territoriale, connotato da universalità, appropriatezza, tempestività e progressività delle cure. Un percorso "certo" per tutti i pazienti, senza selezione a monte, e senza affidare alle famiglie la ricerca di soluzioni estemporanee (con il grave rischio di inappropriati flussi passivi, interregionali o all'estero)
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	<p>12 mesi così articolati:</p> <p>1° mese: costituzione della Cabina di Regia del progetto:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 medico neurologo ospedaliero 1 medico anestesiste-rianimatore 1 medico fisiatra 1 psicologo 1 assistente sociale <p>2° mese: concertazione del tavolo tecnico e sviluppo del PDTA;</p> <p>3°-5° mese: formazione degli operatori (MMG, Specialisti, Infermieri e personale OSS) coinvolti nell'attuazione dei PDTA;</p> <p>6° mese: formazione dei care-giver;</p> <p>dal 7° mese applicazione, monitoraggio valutazione in itinere del PDTA;</p> <p>12° mese valutazione degli effetti, validazione dei PDTA.</p>
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	<ul style="list-style-type: none"> • Un database che contenga informazioni su dati clinici dei pazienti, valutazioni funzionali periodiche standardizzate, dati sulle cure, incidenza e indicatori di recupero delle GCA e in particolare degli SV e SMC, informazioni sull'eterogeneità; • rapporto operatori-utenti, n° prestazioni; • compilazione cartelle riabilitative, adozione scale di valutazione, valutazioni multidimensionali; • miglioramento funzionale conseguito;

	<ul style="list-style-type: none"> ottimizzazione della spesa relativa a soluzioni inappropriate; grado di soddisfazione da parte dell'utenza.
RISULTATI ATTESI	Aumento dell'appropriatezza delle cure, riduzione dell'ospedalizzazione, miglioramento dello stato di salute dei pazienti coinvolti (aumento della sopravvivenza, miglioramento della qualità della vita).

PROSPETTO ECONOMICO

DESCRIZIONE	TOTALE IMPEGNO ECONOMICO PRESUMIBILE (IN EURO)
<u>PERSONALE</u>	
Personale dipendente	
Specialisti (60€/h x 500h annue)	€ 30.000,00
3 Infermieri (25€/h x 360h annue)	€ 27.000,00
Personale a contratto	
1 Ingegnere con competenze in ausili e tecnologie	€ 16.000,00
6 fisioterapisti	€ 60.000,00
1 tecnico ortopedico	€ 12.000,00
3 Psicologi	€ 36.000,00
3 Assistenti Sociali	€ 36.000,00
<u>MISSIONI</u>	
<u>ATTREZZATURE E MATERIALI DI CONSUMO</u>	
Software (modulo specifica per PDTA)	€ 6.500,00
Tablet per prescrizioni domiciliari online per specialisti	€ 6.500,00
<u>ALTRO</u>	
Formazione e aggiornamento	€ 10.000,00
Spese generali di gestione del progetto	€ 26.841,00
<u>TOTALE</u>	€ 266.841,00



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	Linea 5: Assistenza agli anziani in condizioni di fragilità me di non autosufficienza.
TITOLO DEL PROGETTO	Una rete per la demenza
DURATA DEL PROGETTO	36 mesi
REFERENTE/ENTE ATTUATORE	Azienda Sanitaria Regionale del Molise

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€296.490,00
--------------------------------	-------------

IL PROGETTO

CONTESTO	<p>In Molise su un totale di circa 320.000 abitanti più di 70.000 mila sono ultrasessantacinquenni (il 22% della popolazione) e di questi circa 40.000 hanno più di 75 anni (il 13 % della popolazione). L'ultimo Piano Sanitario Regionale approvato afferma che: "l'obiettivo per il triennio è definire il bisogno, qualificare e rafforzare il sistema dell'offerta, tenendo conto che nella Regione l'<i>indice d'invecchiamento</i> è più alto di quello nazionale."</p> <p>Il Molise ha l'indice di vecchiaia di 183,3 (il più alto delle regioni meridionali), mentre l'indice di dipendenza degli anziani è del 34,6. Nonostante queste vi è una forte lacuna nelle rete dei servizi dedicati agli anziani fragili e non autosufficienti.</p> <p>Una delle principali cause di disabilità nella terza età è la demenza le famiglie delle persone dementi il più delle volte si assumono l'onere dell'assistenza senza nessuno o scarsissimi aiuti da parte delle istituzioni. Si calcola che son almeno 3 i caregivers che ruotano attorno ad n malato.</p> <p>Da stime effettuate negli anni passati dal CNR si calcola che nel Molise vi siano circa 5.500 anziani affetti da demenza (prevalenza attesa) con circa 900 casi annui (incidenza).</p> <p>Anche lo studio longitudinale ILSA ha confermato tale stime di incidenza e di prevalenza.</p> <p>Questi numeri sono destinati a raddoppiare nei prossimi 30 anni ed i costi a triplicarsi.</p>
DESCRIZIONE	Il progetto si sviluppa attraverso le seguenti aree prioritarie di

	<p>intervento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - garantire la continuità assistenziale dell'anziano affetto da demenza nel percorso di dimissione ospedaliera organizzando una assistenza domiciliare e nuclei residenziali in RSA dedicati - favorire il coinvolgimento del medico di medicina generale nel percorso di diagnosi e di cura tramite corsi di aggiornamento - garantire una assistenza Il adeguata presso le strutture residenziali: creazione di almeno 20 p.l. in RSA pubbliche - garantire una assistenza adeguata attraverso la creazione in regione di almeno altri due centri diurni (oltre quello presente acb) - implementare attività formative degli operatori nell'ambito della gestione e della cura del malato e attività formative rivolte ai caregivers. <p>Il progetto necessita di una regia unica che sarà affidata ad un geriatra dipendente ASReM e che si avvarrà della collaborazione di psicologi, assistenti sociali, fisioterapisti, infermieri, operatori sociosanitari attraverso la creazione di almeno tre centri demenza nella Regione.</p> <p>Il numero delle professionalità occorrenti per attivare i tre centri demenza nell'ambito del territorio regionale, coerentemente con le scelte di programmazione regionale previste nei Programmi Operativi, sarà complessivamente di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - un geriatra per 24 ore settimanali - due psicologi per complessive 48 ore settimanali - un assistente sociale per 24 ore settimanali - un fisioterapista per complessive 24 ore settimanali - due musicoterapeuti o arte terapeuti per 48 ore settimanali - sei operatori socio sanitari per 144 ore settimanali.
OBIETTIVI	<p>-Migliorare la qualità delle cure e della vita dei malati e dei loro familiari.</p> <p>- Adeguare e specializzare la rete dei servizi socio-sanitari nella presa in carico e cura dei soggetti colpiti da malattia.</p> <p>- Adeguare le politiche di intervento per ottimizzare le spese sociali e sanitarie connesse alla malattia.</p>
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	<p>Trentasei mesi</p> <p>Attività da svolgere nel primo anno:</p> <ul style="list-style-type: none"> • attività costituzione e formazione equipe e formazione • preparazione e stampa materiale informativo • presentazione progetto sul territorio • aggiornamento e formazione personale RSA e assistenza domiciliare • adeguamento RSA

	<ul style="list-style-type: none"> • implementazione centri diurni • formazione e sostegno caregiver • formazione medici di base • attività assistenza domiciliare • attività centri diurni • attività modulo RSA • convegno presentazione report finale prima annualità
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	<p>Indicatori di struttura: accessibilità al servizio, connessione alla rete territoriale e ai servizi offerti</p> <p>Indicatori di processo: tempi di accessibilità al servizio richiesto, tempi di attesa per la valutazione, composizione dello staff, la durata media della prima visita e di quelle di controllo e la presenza di figure di riferimento: durata ricovero presso rsa o giorni di assistenza domiciliare</p> <p>Indicatori di risultato: gradimento del servizio offerto, diminuzione ricoveri inappropriati ospedalieri.</p>
RISULTATI ATTESI	<p>Miglioramento della qualità della cura e dell'assistenza al paziente demente e del sostegno al caregiver.</p> <p>Miglioramento delle capacità professionali degli operatori socio assistenziali.</p>

PROSPETTO ECONOMICO

DESCRIZIONE	TOTALE IMPEGNO ECONOMICO PRESUMIBILE (IN EURO)
<u>PERSONALE</u>	
EURO PER ANNO	
Personale dipendente	
Specialista geriatra (135 ore/anno)	8.100
Infermiere (276 ore/anno)	6.900
Personale a contratto	
2 psicologi	40.000
1 assistente sociale	20.000
1 fisioterapista	20.000
2 arteterapeuti	40.000
6 O.S.S.	110.000
<u>FORMAZIONE PERSONALE</u>	5.000
<u>ATTREZZATURE E MATERIALI DI CONSUMO</u>	
Apparecchiature e materiali	10.000
<u>MISSIONI</u>	
Missioni	6.840
<u>SPESE GENERALI DI GESTIONE</u>	29.650
<u>TOTALE</u>	296.490



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	Linea 5: assistenza agli anziani in condizione di fragilità e di non autosufficienza
TITOLO DEL PROGETTO	Implementazione di un “ambulatorio diabetologico domiciliare” per il paziente diabetico scompensato, affetto da complicanze micro e macrovascolari.
DURATA DEL PROGETTO	3 anni
REFERENTE/ENTE ATTUATORE	Azienda Sanitaria Regionale del Molise

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€275.000 euro
--------------------------------	---------------

IL PROGETTO

CONTESTO	<p>In Italia sono 3,3 milioni i p.ti colpiti da Diabete, più 1 milione che non sa di averlo.</p> <p>Nel Molise sono circa 25mila i p.ti Diabetici, più 7/8 mila che non sanno di averlo.</p> <p>Il p.te affetto da Diabete, a causa delle sue complicanze, ha un rischio doppio, rispetto ad una persona sana, di incorrere in una ospedalizzazione, con un'incidenza di almeno un ricovero all'anno.</p> <p>In effetti, ogni anno, il Diabete è responsabile di 12mila ricoveri in più, ogni 100mila persone.</p> <p>Questo, oltre a comportare un problema per chi è affetto da Diabete, rappresenta un notevole peso che grava sulle casse dello Stato.</p> <p>Si calcola che i costi del Diabete incidono per il 10% sulla spesa sanitaria nazionale (11,2 miliardi di Euro), e sono proprio le ospedalizzazioni che gravano di più, 58% (6 miliardi di Euro).</p> <p>Si calcola altresì, che entro il 2030, il Diabete passerà dall'undicesima alla settima causa di morte nel mondo, e già oggi è la prima causa di Cecità – Insufficienza renale – Amputazione non traumatica di arti.</p> <p>Un recente studio, pubblicato su PLOS ONE, a firma di ricercatrici della Società Italiana di Diabetologia (SID), e dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), ha dimostrato che il contatto rapido e continuativo</p>
----------	--

	<p>tra il P.te e il Diabetologo, in molti casi, consente di evitare che il perdurare dello scompenso iperglicemico progredisca, fino a richiedere il ricorso alle cure ospedaliere.</p> <p>Questo studio sollecita un miglioramento nel tempo dell'assistenza territoriale erogata ai P.ti Diabetici; tenuto conto altresì che, pur con le dovute differenze territoriali, i ricoveri per le complicanze acute da Diabete (Chetoacidosi – Iperosmolarità), sono calati del 51%, nel decennio 2001-2010 laddove e' incrementata l'assistenza domiciliare</p>
DESCRIZIONE	<p>Il progetto di prevenzione prevede il controllo domiciliare periodico di p.ti Diabetici persistentemente scompensati e/o non autosufficienti, da parte di un team Diabetologico composto da:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 Dirigente Medico Diabetologo - 1 Infermiere - 1 Dietista
OBIETTIVI	<p>Il progetto ha l'obiettivo di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - portare a domicilio servizi e professionalità, ribadendo la centralità della persona affetta da Diabete. - Migliorare la collaborazione fra i servizi di Diabetologia e i Medici del territorio potenziando il percorso ospedale-territorio - Ridurre disuguaglianze di trattamento, soprattutto nei confronti di p.ti anziani e/o non autosufficienti. - Realizzare un modello assistenziale domiciliare, capace di incidere preventivamente e positivamente sulle complicanze croniche del Diabete, e sugli eventi cardiovascolari, al fine di ridurre efficacemente il ricovero ospedaliero. - Formare i nuovi operatori coinvolti.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	<p>L'Ambito territoriale interessato è quello del Basso Molise.</p> <p>Le attività progettuali si svolgeranno in un lasso temporale di 36 mesi</p> <p>Tempi e Modalità</p> <p>I pazienti domiciliati verranno presi in carico , si richiama del MMG, attraverso la Porta Unica di Accesso e di Valutazione UVM, dopo valutazione dei bisogni da parte della equipe diabetologia.</p> <p>Durante il controllo domiciliare verranno effettuati:</p> <ul style="list-style-type: none"> - VisitaDiabetologica - VisitaDietologica - Controllo podologico - Biotesiometria - Touch Test

	<ul style="list-style-type: none"> - Fundus oculi - Misurazione della Glicemia capillare - Misurazione dell' HbA1c - Misurazione dei valori pressori - Misurazione del Peso – Altezza – BMI - Compilazione scheda Anagrafica – Anamnestica
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	<p>Di struttura: uniformità di gestione della malattia anche nei pazienti domiciliati</p> <p>Di processo:</p> <p>Valutazione dei polsi arteriosi almeno 1 volta all'anno</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinazione dell'indice caviglia-braccio (ABI) almeno ogni 3 anni - Controllo clinico del piede almeno una volta all'anno - Misurazione del peso corporeo, circonferenza addominale e IMC ad ogni visita e almeno 1 volta all'anno - Valutazione del profilo lipidico (Colesterolo totale, colesterolo-LDL, colesterolo-HDL, Trigliceridi) almeno una volta all'anno - Determinazione della microalbuminuria/proteinuria almeno una volta all'anno - Determinazione della creatininemia e calcolo del filtrato glomerulare (MDRD o Cockcroft-Gault) almeno una volta all'anno - ECG almeno una volta all'anno - Fundus Oculi almeno ogni 2 anni - Terapia con statina se LDL > 100 - Terapia con ACE-Inibitore o ARB se - microalbuminuria/proteinuria <p>Di risultato:</p> <p>Nei pazienti domiciliati</p> <ul style="list-style-type: none"> - Percentuale dei pazienti affetti da diabete mellito con registrazione di un valore di HbA1c o equivalente nel primo anno 90% - Percentuale dei pazienti affetti da diabete mellito in cui l'ultimo valore registrato di HbA1c è pari o inferiore a 7,4 nel primo anno 40% - Percentuale dei pazienti affetti da diabete mellito con registrazione di una valutazione del Fundus oculi 90% - Percentuale dei pazienti affetti da diabete mellito con registrazione di una valutazione dei polsi periferici 90% - Percentuale dei pazienti affetti da diabete mellito con registrazione di un test per la neuropatia periferica 90% - Percentuale dei pazienti affetti da diabete mellito con registrazione

	<p>di un valore di pressione arteriosa 90%</p> <p>-Percentuale dei pazienti affetti da diabete mellito in cui l'ultimo valore di pressione arteriosa registrata è pari o inferiore a 145/85 55%</p> <p>-Percentuale dei pazienti affetti da diabete mellito con registrazione di un esame della micro-albuminuria (esclusi quelli con presenza di proteinuria conclamata) 90%</p> <p>-Percentuale dei pazienti affetti da diabete mellito con registrazione di un valore di creatinina 90%</p> <p>-Percentuale dei pazienti con diabete mellito con registrazione in cartella clinica di almeno un valore di colesterolemia totale 90%</p>
RISULTATI ATTESI	<p>Riduzione dell'incidenza di re-ospedalizzazioni tra gli utenti :</p> <ul style="list-style-type: none">• Riduzione % di re-ospedalizzazioni, causa diabete; negli ultimi 12 mesi tra gli utenti seguiti in assistenza domiciliare, rispetto a% di re-ospedalizzazioni negli ultimi 12 mesi tra gli utenti seguiti in modalità convenzionale del 25%• Miglioramento della qualità della vita. Si fa riferimento a misure standard di qualità della vita, eventualmente ad hoc modificate.• Tempi di risposta adeguati ai bisogni dei pazienti

PROSPETTO ECONOMICO

DESCRIZIONE	TOTALE IMPEGNO ECONOMICO PRESUMIBILE (IN EURO)
<u>PERSONALE</u>	
Personale dipendente:	
• Dirigenti medici	700 ore/anno x 3 anni x €60,00 = €126.000
• Infermieri formati in diabetologia	600 ore/anno x 3 anni x €25,00 = €45.000
Personale a contratto:	
• Dietista formata in diabetologia	250 ore/anno x 3 anni x €40,00 = €30.000
<u>MISSIONI</u>	
Rimborso chilometrico ACI	€20.000
<u>ATTREZZATURE E MATERIALI DI CONSUMO</u>	
Attrezzature (computer, oftalmoscopio, analizzatore HbA1c, biotesiometro e neuro tester compatibili con cartella clinica informatizzata)	€20.000
Materiale di consumo vario	€6.500
<u>ALTRO</u>	
Spese generali di gestione	€27.500
<u>TOTALE</u>	
	€275.000



Direzione Generale per la Salute

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	Regione Molise
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	Decreto del Commissario <i>ad Acta</i> n. 10 del 2013
LINEA PROGETTUALE	Linea 6: Contrasto alle disuguaglianze in sanità
TITOLO DEL PROGETTO	Screening audiologico neonatale regionale di II° livello
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi
REFERENTE/ENTE ATTUATORE	Azienda Sanitaria Regionale del Molise

ASPETTI FINANZIARI

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

IL PROGETTO

CONTESTO	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 più' 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. Più' di 50.000 sono gli iscritti all'Ente Nazionale sordi in Italia: oltre seicento nel Molise. Ogni anno in Italia sono più' di ottomila gli insegnanti di sostegno che si occupano di decine di migliaia di Bb. sordi e disabili: più' 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 più' della spina bifida e 50 volte più' della fenilchetonuria.
DESCRIZIONE	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 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.
OBIETTIVI	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. Il tutto si svolgerà a livello territoriale regionale, in collegamento con una rete capillare di tredici poliambulatori specialistici e 3 punti-nascita.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	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.
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; - Attuare un programma di sorveglianza audiologica su Bb. a rischio

	<p>per sordità progressiva o ad esordio tardivo.</p> <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>	
<u>ATTREZZATURE E MATERIALI DI CONSUMO</u>	
Attrezzature varie	€. 23.000,00
Software	€. 2.500,00
<u>ALTRO</u>	
Spese Generali	€ 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	Linea 7: Cure palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica
TITOLO DEL PROGETTO	Assistenza domiciliare di Cure Palliative e Terapia del dolore
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi
REFERENTE/ENTE ATTUATORE	Azienda Sanitaria Regionale del Molise

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€592.980,00
--------------------------------	-------------

IL PROGETTO

CONTESTO	<p>L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e la European Association of Palliative Care (EAPC) definiscono le Cure Palliative come: "La somministrazione di cure attive e complete (care), nel momento in cui la malattia non risponde più al trattamento curativo. La terapia del dolore e degli altri sintomi e l'assistenza psicologica, sociale e spirituale sono caratteristiche prevalenti delle cure palliative. L'obiettivo è il raggiungimento della migliore qualità di vita possibile per i malati e per le loro famiglie. Molti aspetti dell'approccio palliativo sono applicabili anche più precocemente nel corso della malattia".</p> <p>Le cure palliative rappresentano quindi un approccio olistico al paziente, tradizionalmente inteso come "prendersi cura" (care) e rispondere ai bisogni del malato e della sua famiglia. Lo sviluppo delle cure palliative trova la sua localizzazione ottimale presso il domicilio del malato. La casa e non l'ospedale è infatti il luogo in cui la personalità, l'individualità della persona morente può essere espressa e riconosciuta fino all'ultimo; il nucleo familiare, con l'aiuto competente e solidale di una équipe multidisciplinare, può esercitare un ruolo realmente significativo affinché gli ultimi giorni di vita del paziente trascorrono nella minore sofferenza possibile.</p> <p>I destinatari delle cure palliative sono i pazienti affetti da malattie progressive ed in fase avanzata, a rapida evoluzione e a prognosi infausta, per le quali ogni terapia finalizzata alla guarigione o alla</p>
----------	--

	<p>stabilizzazione non è possibile né appropriata, usualmente definiti pazienti 'terminali'.</p> <p>Diverse patologie possono presentare una fase terminale tale da giustificare un intervento palliativo (AIDS, malattie degenerative del sistema nervoso, malattie cardio- e cerebrovascolari, malattie epatiche, malattie renali, malattie respiratorie, malattie degenerative dell'apparato osteo-articolare, etc).</p> <p>La fase terminale di patologie evolutive e irreversibili viene definita dai seguenti criteri, contemporaneamente presenti:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Criterio terapeutico: assenza o esaurimento di trattamenti curativi specifici, o inopportunità degli stessi 2. Criterio sintomatico: presenza di sintomatologie invalidanti che comportino una riduzione del Performance Status (uguale o inferiore a 50 nella scala di Karnofsky) 3. Criterio evolutivo: rapida evolutività della malattia con imminenza della morte, in genere entro 6 mesi (questo criterio temporale è di più difficile individuazione nelle malattie non oncologiche, dove a fasi acute possono seguire periodi di relativa stabilizzazione della patologia). <p>Più estesamente, i criteri di ammissione ad un programma di cure palliative domiciliari (CPD) sono riconoscibili in:</p> <ul style="list-style-type: none"> - consenso del malato e della sua famiglia; - diagnosi di patologia evolutiva e irreversibile in fase terminale (secondo i criteri sopramenzionati); - presenza di condizioni di non autosufficienza tali da non consentire l'accesso a strutture e servizi esterni; - livello di complessità sanitaria delle cure da erogare compatibile con l'ambiente domestico; - presenza continuativa ed adeguata di un familiare di riferimento; - idoneità dell'alloggio.
DESCRIZIONE	<p>La Rete Locale di Cure Palliative, secondo la definizione del Documento dell'Intesa Stato Regioni N.151/CSR del 25 luglio 2012, è una aggregazione funzionale ed integrata delle attività di Cure Palliative erogate in ospedale, a domicilio, in Hospice ed in altre strutture residenziali.</p> <p>In relazione a quanto previsto dalla su richiamata normativa, il coordinamento della rete delle cure palliative è affidato al Gruppo di Coordinamento che provvede altresì a promuovere lo sviluppo degli interventi regionali nell'ambito della rete di cure palliative e della rete di terapia del dolore.</p> <p>Sono inoltre assegnate al Gruppo le seguenti funzioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ coordinamento e promozione del processo di sviluppo delle cure palliative a domicilio, in Hospice, nelle strutture residenziali e nelle strutture ospedaliere, al fine di garantire approcci omogenei ed equità di sistema; ■ monitoraggio dello stato di attuazione delle reti locali; ■ sviluppo del sistema informativo regionale sulle cure palliative; ■ definizione e monitoraggio di indicatori quali-quantitativi della

	<p>rete cure palliative, ivi inclusi gli standard della rete delle cure palliative;</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ definizione di indirizzi per lo sviluppo omogeneo di percorsi di presa in carico e assistenza in cure palliative ai sensi dell'art.2, comma 1 della legge 38/2010; ■ promozione di programmi obbligatori di formazione continua in cure palliative coerentemente con quanto previsto dall'art. 8, comma 2 della suddetta legge; ■ promozione e monitoraggio delle attività di ricerca in cure palliative. <p>La quantificazione del personale impegnati nell'assistenza domiciliare è stata effettuata ai sensi dell'accordo Conferenza Stato Regioni del 25/07/2012 e dalla linee guida di riferimento sul Sistema delle cure domiciliari.</p> <p>Il fabbisogno è stato definito in funzione degli standard specifici per l'assistenza medica, l'assistenza infermieristica e l'assistenza globale dedicata al paziente.</p> <p>L'equipe delle cure palliative opera sotto la responsabilità di un medico e si modula sia in base alle specifiche necessità del paziente e del suo nucleo familiare, sia in base al luogo in cui si svolgono gli interventi terapeutici.</p> <p>Si riportano di seguito i requisiti organizzativi individuati per singolo paziente preso in carico.</p> <p>Parametri minimi di assistenza</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ <i>con riferimento al servizio infermieristico</i> di base si è previsto: <ul style="list-style-type: none"> – unità di presenza attiva h.12 dalle ore 8:00 alle ore 20:00; – reperibilità notturna e festiva; – 4 visite medie a settimane; – durata media di una visita (escluso il trasferimento): 60 minuti; ■ <i>con riferimento al personale medico</i> si è previsto: <ul style="list-style-type: none"> – unità di presenza attiva h.12 dalle ore 8:00 alle ore 20:00; – 4 visite medie a settimane; – durata media di una visita (escluso il trasferimento): 50 minuti ■ <i>con riferimento al servizio di assistenza di base</i> si è previsto: <ul style="list-style-type: none"> – unità O.S.S. di presenza attiva h.12 dalle ore 8:00 alle ore 20:00; – 4 visite medie a settimane – durata media di una visita (escluso il trasferimento): 60 minuti; ■ <i>con riferimento allo psicologo</i> si è previsto: <ul style="list-style-type: none"> – mediamente, una visita al mese effettuata da un psicologo specializzato in cure palliative; – durata media di una visita (escluso il trasferimento): 50 minuti; ■ <i>con riferimento all'assistente sociale</i> si è previsto: <ul style="list-style-type: none"> – mediamente, una visita al mese effettuata da un assistente sociale specializzato in cure palliative; – durata media di una visita (escluso il trasferimento): 50 minuti; ■ <i>con riferimento tecnico della riabilitazione</i> si è previsto: <ul style="list-style-type: none"> – mediamente, una visita al mese effettuata da un assistente
--	---

	<p>spirituale specializzato in cure palliative; – durata media di una visita (escluso il trasferimento): 50 minuti;</p>
OBIETTIVI	<p>Fornire al cittadino un miglioramento della qualità di vita nelle fasi di dolore cronico, indipendentemente dalla sua etio patogenesi, tali da permettergli di continuare a svolgere, nel possibile, una vita più vicina alla “normalità”.</p> <p>Creazione di una rete di assistenza domiciliare palliativa specialistica in grado di fornire una risposta concreta alle esigenze dei cittadini, rivolta anche ad un’utenza pediatrica, ampliando l’offerta di cure palliative domiciliari anche a pazienti non oncologici.</p> <p>Tali cure domiciliari garantiscono, sempre coordinati dal Responsabile dell’Unità di Cure Palliative, sia gli interventi di base, sia interventi di équipe specialistiche tra loro interagenti in funzione al livello di complessità, legato anche all’instabilità clinica e ai sintomi di difficile controllo, per garantire la continuità assistenziale, interventi programmati ed articolati sui sette giorni, definiti dal progetto di assistenza individuale, nonché la pronta disponibilità medica sulle 24 ore, anche per la necessità di fornire supporto alla famiglia e/o al care-giver.</p>
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	<p>12 mesi per la realizzazione del progetto.</p> <p>I primi due mesi saranno di preparazione al progetto, preparazione del personale ed allestimento degli ambienti di cura.</p> <p>I successivi dieci mesi verranno impegnati dalla realizzazione del progetto.</p>
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	<p>Interventi formativi e di aggiornamento per il personale.</p> <p>Eventi divulgativi per la popolazione.</p> <p>Qualità percepita dall’utente, rilevata da appositi questionari.</p> <p>Consumo di oppiacei.</p> <p>Richieste evase e liste d’attesa.</p>
RISULTATI ATTESI	<p>Assistenza domiciliare di cure palliative specialistiche di circa 150 pazienti dell’intero territorio regionale.</p> <p>Raggiungimento degli standard di qualità di vita nei soggetti affetti da patologia, rispondendo ai bisogni del paziente di tipo medico, infermieristico, psicologico, sociale, spirituale ed esistenziale. Oltre al supporto dei caregiver sarà previsto un addestramento degli stessi, in modo che possano soddisfare esigenze primarie del malato.</p>

PROSPETTO ECONOMICO

DESCRIZIONE	TOTALE IMPEGNO ECONOMICO PRESUMIBILE (IN EURO)
<u>PERSONALE</u>	
Personale a contratto	
2 Specialisti in cure palliative	€ 150.000,00
1 Psicologo	€ 20.000,00
2 Assistenti sociali	€ 25.000,00
1 Fisioterapista	€ 20.000,00
6 Infermieri	€ 189.000,00
3 O.S.S.	€ 88.000,00
Altro personale a contratto	€ 20.000,00
<u>MISSIONI</u>	
<u>ATTREZZATURE E MATERIALI DI CONSUMO</u>	
Materiale vario	€ 10.980,00
<u>ALTRO</u>	
Formazione e aggiornamento	€ 10.000,00
Spese generali di gestione	€ 60.000,00
<u>TOTALE</u>	€ 592.980,00



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	Linea 8: Sviluppo dei processi di umanizzazione all'interno dei percorsi assistenziali
TITOLO DEL PROGETTO	Le cure simultanee al paziente oncologico. Supporto specialistico all'assistenza domiciliare nell'ambito dell'umanizzazione dei percorsi assistenziali
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi
REFERENTE/ENTE ATTUATORE	Azienda Sanitaria Regionale del Molise

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€251.020,00
--------------------------------	-------------

IL PROGETTO

CONTESTO	<p>La diagnosi di cancro e le sue conseguenze producono un impatto considerevole sulla vita di malati e familiari. La maggior parte dei malati oncologici soffre di disagio psicologico e di problemi sociali che rendono più difficile affrontare la malattia e aderire ai trattamenti. Negli ultimi anni abbiamo assistito ad una crescente considerazione dell'aspetto umano nella patologia oncologica: le dimensioni psicologica, sociale, comportamentale, etica e spirituale hanno assunto negli anni un ruolo importante, via via che si va consolidando l'attenzione alla soggettività del paziente e si va affermando il principio della "Patient centered care" (dell'assistenza centrata sul paziente). Il Piano oncologico nazionale 2010-13, del resto, al punto 3.1 recita: «È necessario garantire una presa in carico globale del malato fin dall'inizio del percorso terapeutico, attraverso un approccio multidisciplinare e multidimensionale sostenuto da un'organizzazione dipartimentale delle attività intraospedaliere, che garantisca da un lato, il miglior trattamento antitumorale (in termini di qualità, di tempi, e di coordinamento degli interventi), e, dall'altro, un precoce riconoscimento di eventuali altri bisogni (fisici, funzionali, psicologici, spirituali, sociali e riabilitativi) del malato».</p> <p>Le cure simultanee richiedono però un cambiamento culturale e organizzativo fondamentale per condividere scopi, valori e programmazione a livello di unità operative, gruppi multidisciplinari,</p>
----------	--

	<p>dipartimenti oncologici e servizi territoriali.</p> <p>Nel corso degli ultimi anni un numero sempre maggiore di evidenze scientifiche ha confermato l'utilità, in termini di qualità e quantità di vita, di un approccio integrato precoce al malato oncologico specie nei pazienti (circa il 35% dei casi) che giungono alla diagnosi in fase di malattia avanzata/metastatica.</p> <p>La letteratura dimostra infatti che una porzione considerevole di pazienti con cancro sviluppa disagio psicologico e ritiene di non ricevere informazioni sufficienti circa i diversi aspetti della propria malattia. Inoltre, spesso, i malati e le loro famiglie si trovano ad affrontare difficoltà di natura sociale che richiedono supporti specifici: problemi che però frequentemente rimangono irrisolti. La corretta comunicazione sta alla base dell'assistenza oncologica. Essa infatti permette di raggiungere obiettivi fondamentali, quali la soddisfazione dei pazienti, il loro coinvolgimento nel processo decisionale e il miglioramento dei sintomi e del distress psicologico.</p> <p>La Società europea di oncologia medica (Esmo) ha attivato un programma di certificazione dei centri di oncologia che garantiscono le cure simultanee.</p> <p>L'Italia è, ad oggi, il primo Paese in Europa per numero di centri certificati (seguito dalla Germania) con 35 centri. Nel 2012 anche la Società americana di oncologia (Asco) ha confermato il modello di cure simultanee come il più appropriato per il malato oncologico con presenza di sintomi, modello che nel contempo garantisce anche un più appropriato utilizzo di farmaci ad alto costo, evitando trattamenti antitumorali ad oltranza in pazienti in fase avanzata di malattia.</p> <p>L'UOC di Oncologia Medica dell'Ospedale "A. Cardarelli" di Campobasso intende definire un percorso di accoglienza, ascolto, valutazione di problematiche dei pazienti con patologie neoplastiche e dei loro familiari, durante tutta la malattia, con l'intento di gestire e risolvere gli aspetti di tipo clinico, psicologico e sociale.</p>
DESCRIZIONE	<p>I pazienti oncologici, fragili per definizione, sono soliti rivolgersi ai reparti di Oncologia di riferimento in vari momenti della giornata per problemi clinici, psicologici e sociali, superando il filtro dei Pronto Soccorso, nel tentativo di ricevere rapide risposte alle loro necessità. Ciò non sempre avviene, in quanto, i reparti non sono quasi mai attrezzati per soddisfare le richieste che vadano al di là dell'attività routinaria. Se da un lato i progressi in campo diagnostico e terapeutico consentono una sopravvivenza sempre maggiore, fino alla guarigione completa per numerosi tumori, dall'altro numerosi sono i pazienti che devono essere supportati anche dal punto di vista psicologico e sociale e garantire loro una migliore qualità di vita. È necessario pertanto identificare modelli organizzativi innovativi in grado di rispondere ai bisogni del malato oncologico e soprattutto facilitare l'integrazione e l'interfaccia tra ospedale e servizi del territorio, per essere più aderenti ai bisogni del malato. Le cure simultanee nel malato oncologico rappresentano un modello organizzativo mirato a garantire la presa in carico globale attraverso un'assistenza continua, integrata e progressiva in tutte le fasi di</p>

	<p>malattia. Esse vanno erogate nel duplice contesto ospedaliero e domiciliare. In particolare va valorizzato nella regione Molise - in passato, all'avanguardia nell'erogazione delle cure domiciliari a pazienti oncologici secondo il modello dell'Ospedalizzazione Domiciliare Oncologica - il <i>know how</i> acquisito nel corso dei 10 anni di questa attività.</p> <p>Il progetto si propone di andare "oltre la cura" rispondendo alla necessità di migliorare ed integrare elementi di criticità che si presentano come fattori iatrogeni nella efficacia delle cure e che riguardano l'umanizzazione dell'assistenza ai pazienti oncologici e i loro familiari tramite iniziative che vedono come premessa una lettura attenta dei bisogni.</p> <p>L'integrazione tra le terapie oncologiche e le Cure Palliative nel continuum della cura è essenziale per il malato con cancro ed i principi delle Cure Palliative dovrebbero essere applicati il più precocemente possibile nel corso di una malattia cronica fino alla fase finale.</p>
OBIETTIVI	<p>Le finalità sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ottimizzare la qualità della vita in ogni fase della malattia, attraverso una meticolosa attenzione agli innumerevoli bisogni, fisici, funzionali, psicologici, spirituali e sociali del malato e della sua famiglia. - Individuare e misurare i problemi psicologici che si possono presentare al paziente oncologico o ai propri familiari definendo e gestendo il miglior approccio possibile ai singoli problemi per dare loro un reale ed utile sostegno nell'affrontare le pesanti difficoltà emotive di adattamento psicologico collegate alla malattia - Garantire la continuità di cura attraverso una gestione flessibile del malato e dei suoi bisogni, con appropriati obiettivi in ogni singola situazione attraverso la valutazione, pianificazione, coordinamento, monitoraggio, selezione delle opzioni e dei servizi. La figura dello specialista deve affiancare il MMG nella gestione delle criticità e nelle risposte ai bisogni che, di volta in volta, si presentano lungo il percorso di malattia nel paziente neoplastico. - Realizzare un punto PIS (Punto di Informazione e Supporto) che si propone di fornire informazioni al paziente oncologico e ai suoi familiari, sia di tipo semplice che strutturato fornendo loro materiale divulgativo e riferimenti normativi, con una sorta di presa in carico globale della persona e delle sue difficoltà sostenendola con un supporto sociale e psicologico. - Evitare il senso di abbandono nella fase avanzata e terminale e nella gestione dell'evento luttuoso. - Inserimento di almeno un centro della Regione Molise nel novero dei centri certificati per le cure simultanee in oncologia. - Creazione di un clima culturale più adeguato alla individuazione e comprensione dei problemi psicologici dei pazienti mediante incontri e corsi di formazione "ad hoc" per medici, infermieri e volontari. - Individuazione di strumenti idonei e della metodologia di approccio al paziente oncologico e ai suoi familiari per il rilevamento del

	<p>disagio psicologico e dei bisogni sociali attraverso l'uso di questionari validati scientificamente (PDI, NEQ).</p> <ul style="list-style-type: none">- Organizzazione di una biblioteca e di un punto di accesso internet gratuito.- Consulenza psico oncologica e definizione di azioni terapeutiche adeguate- Laboratorio di attività (make up, alimentazione, attività manuali,ecc...).- Realizzazione di un database per la gestione dei dati. <p>A tal fine, all'interno dell'U.O.C. di Oncologia di riferimento, vengono individuate varie figure affidatarie della gestione del paziente in cure simultanee: medico, infermiere, psiconcologo, assistente sociale. Ad essi andrà la responsabilità della risposta multidisciplinare ai bisogni che si presentano nel corso della malattia.</p> <p>E' istituita una centrale di rilevamento bisogni che assicuri al paziente ed al MMG la possibilità di ascolto e di consulto delle varie figure professionali, 12 ore al giorno.</p> <p>All'erogazione delle cure simultanee viene destinato, dunque, uno staff multidisciplinare fisso e/o itinerante che interviene nella gestione delle criticità, nel supporto al MMG, nel sostegno al lutto. Per i pazienti che necessitino di interventi domiciliari lo staff interviene in appoggio all'èquipe distrettuale impegnata nell' ADO (assistenza domiciliare oncologica).</p> <p>Nel percorso di assistenza al paziente oncologico è importante effettuare un intervento centrato sulla famiglia soprattutto nel periodo di alto impatto emotivo che va dalla fase terminale alla morte del paziente e alle fasi successive a questa. Anche la fase antecedente la morte del congiunto, nota come lutto anticipatorio, prevede l'affiancamento dei familiari da parte della figura dello Psiconcologo.</p> <p>Il periodo del lutto può assumere caratteristiche patologiche sia nel senso della durata (superiore all'anno) che delle manifestazioni, pertanto l'obiettivo è la costituzione di gruppi per l'elaborazione del lutto al fine di garantire ai familiari una sequenza di fasi di adattamento alla perdita.</p>																				
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	<table><tr><th>Mese</th><th>3</th><th>6</th><th>9</th><th>12</th></tr><tr><td>Definizione della logistica</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Valutazione dei bisogni</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Definizione e ricerca del personale e del materiale da utilizzare nelle attività</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>	Mese	3	6	9	12	Definizione della logistica					Valutazione dei bisogni					Definizione e ricerca del personale e del materiale da utilizzare nelle attività				
Mese	3	6	9	12																	
Definizione della logistica																					
Valutazione dei bisogni																					
Definizione e ricerca del personale e del materiale da utilizzare nelle attività																					

	Preparazione e consegna del materiale delle attività				
	Formazione degli operatori e dei volontari				
	Organizzazione di attività (gruppi elaborazione lutto ecc.)				
	Definizione dei record				
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	<p>a. Indicatori di struttura</p> <ul style="list-style-type: none"> - reclutamento di un numero adeguato di figure professionali addette alle cure simultanee - creazione della centrale di rilevamento bisogni - definizione e ricerca del materiale da utilizzare nelle attività - creazione di un punto PIS - creazione di un programma di gestione informatica per la raccolta dei questionari - realizzazione di un laboratorio delle attività <p>b. Indicatori di processo</p> <ul style="list-style-type: none"> - misurazione della qualità dell'assistenza in termini di controllo dei sintomi e quindi di sollievo alla sofferenza mediante il Support Team Assessment Schedule (STAS), uno strumento di audit clinico. Il punteggio viene rilevato periodicamente nel corso dell'assistenza e registrato in occasione delle riunioni d'équipe per singolo paziente. - utilizzo di personale esperto in cure palliative e domiciliari - incontri periodici di staff - organizzazione di incontri iniziali e periodici con i MMG - avvio delle attività in favore dei familiari <p>c. Indicatori di risultato</p> <ul style="list-style-type: none"> - Numero di pazienti assistiti in cure simultanee/numero di pazienti assistiti in Oncologia - Adeguato coefficiente di intensità assistenziale nei pazienti assistiti a domicilio (n. di giornate di effettiva assistenza/giornate di cura) - Tempi di risposta ai bisogni - Numero di MMG coinvolti nel progetto - Numero di risposte positive nei questionari/risposte totali - Riduzione degli accessi in P.S. dei pz. in carico alle Oncologie regionali - Numero di soggetti coinvolti nelle attività di sostegno/numero di pazienti assistiti - Numero di decessi a domicilio. - Numero di questionari erogati sul numero complessivo di nuovi pazienti - Analisi dei dati a scopi di ricerca 				

	<ul style="list-style-type: none"> - Numero di iniziative avviate nell'ambito del laboratorio delle attività - Numero di corsi formativi per operatori e volontari
RISULTATI ATTESI	<p>Al fine di promuovere l'umanizzazione dell'assistenza offerta ai pazienti oncologici e ai loro familiari è importante attivare un percorso di cure simultanee nella nostra UOC che preveda anche la creazione di un ambulatorio di psiconcologia e un punto PIS. La rilevazione precoce dei sintomi, del distress e la possibilità di colloqui psicologici in combinazione con l'analisi dei bisogni e l'erogazione di informazioni utili al paziente può determinare una maggiore adesione ai trattamenti.</p> <p>Si tende ad un'efficace integrazione tra le varie figure professionali, in particolare tra lo staff di cure simultanee ed il MMG in quanto quest'ultimo, conoscendo la storia clinica, i problemi e la personalità dei componenti del nucleo familiare, può facilitare l'instaurarsi di un'efficace relazione di aiuto adeguata al contesto familiare. La creazione di una rete oncologica regionale facilita la collaborazione e l'interscambio tra le varie équipes di cure simultanee oncologiche e gli Hospices.</p> <p style="text-align: center;"><u>Valutazione degli indici di risultato</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - riduzione drastica della percentuale e dell'indice della scala dei quattro items STAS valutata con i questionari appositi - numero di pazienti assistiti in cure simultanee/numero di pazienti assistiti in Oncologia: 45% - coefficiente di intensità assistenziale compreso tra 0.30 e 0.60 o superiore, a seconda della tipologia di cure richieste - tempi di risposta per l'accesso domiciliare non superiore alle 12 ore - coinvolgimento di almeno il 75% dei MMG - riduzione del 30% degli accessi in P.S. di pazienti oncologici già in carico alle Oncologie regionali - coinvolgimento nelle attività di sostegno di almeno il 65% dei soggetti - attività di sostegno al lutto in favore di almeno l'80% delle famiglie dei deceduti - numero di decessi a domicilio di almeno il 75% dei pazienti assistiti

PROSPETTO ECONOMICO

DESCRIZIONE	TOTALE IMPEGNO ECONOMICO PRESUMIBILE (IN EURO)		
<u>PERSONALE A CONTRATTO</u>	n. 3 infermieri (24.000 euro lordi annui cadauno)		
			72.000
	n. 2 medici		112.000
	n. 1 psicologo		15.000
	n. 1 assistente sociale		15.000
	n. 1 autista/ magazziniere		9.000
			€ 223.000
<u>MISSIONI</u>			
<u>ATTREZZATURE E</u>	2 computer	euro	1.500
<u>MATERIALI DI CONSUMO</u>	1 stampante	euro	200
	Cancelleria/anno	euro	320
	Report e materiale divulgativo	euro	1.020
			€ 3.020
<u>ALTRO</u>			
Spese generali di gestione			€ 25.000
<u>TOTALE</u>			€ 251.020



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	Linea 8: Sviluppo dei processi di umanizzazione all'interno dei percorsi assistenziali
TITOLO DEL PROGETTO	Umanizzare l'assistenza
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi
REFERENTE/ENTE ATTUATORE	Azienda Sanitaria Regionale del Molise

ASPETTI FINANZIARI

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

IL PROGETTO

CONTESTO	<p>Il principio della centralità della persona rispetto ad ogni intervento sanitario, socio-sanitario ed assistenziale deve orientare tutte le attività delle Aziende Ospedaliere verso l'umanizzazione, che è quell'impegno socio-assistenziale, di attenzione civile e di regole morali in grado di rendere i luoghi di cura e gli interventi sanitari "aperti, sicuri e senza dolore", conciliando politiche di accoglienza, informazione e <i>comfort</i>, con percorsi di cure e di accompagnamento il più possibile condivisi e partecipati dal cittadino.</p> <p>Gli elementi su cui si fonda l'umanizzazione sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> la salute come diritto del singolo cittadino e dovere della collettività, in una costante interrelazione tra individuo, sistema di cure e Comunità; la persona come totalità e sintesi dei vari aspetti fisici, mentali, emotivi e spirituali; il benessere inteso come condizione soggettiva di consapevolezza da realizzare nell'equilibrio tra le diverse componenti della persona; il rispetto della dignità personale a fondamento di qualunque rapporto tra operatori e pazienti.
DESCRIZIONE	<p>I percorsi di umanizzazione presso le strutture ospedaliere ,devono diventare una pratica corrente, perseguita in tutti gli atti assistenziali in una nuova visione della gestione sanitaria che mette il paziente come persona al centro di tutte le attività ospedaliere. Il paziente non può essere un ricettore passivo di prescrizione terapeutica, ma diventa un soggetto attivo che ha diritto</p>

	all'informazione e al rispetto della sua dimensione antropologica, psicologica e sociale. Promuovere un percorso di umanizzazione significa attuare processi assistenziali ed organizzativi orientati al rispetto e alla specificità della persona , ottenere accessibilità fisica, vivibilità e comfort dei luoghi di cura, accesso all' informazione, cura delle relazioni paziente/medico/struttura ospedaliera/famiglia.																																																																																																								
OBIETTIVI	<ul style="list-style-type: none">- Approntare strumenti con i quali i concetti di standardizzazione e di personalizzazione possono coesistere e integrarsi armonicamente.- Formare al fine di uniformare il più possibile il comportamento degli operatori sanitari alla luce di evidenze scientifiche per snellire il processo diagnostico terapeutico-assistenziale ; al contempo personalizzare l'assistenza nel segno del coinvolgimento del paziente nel proprio processo di cura.-Potenziare l'informazione e l'educazione, centralizzare la figura dell'utente.																																																																																																								
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	<div>12 mesi</div> <table><tr><th>mesi</th><th>1</th><th>2</th><th>3</th><th>4</th><th>5</th><th>6</th><th>7</th><th>8</th><th>9</th><th>10</th><th>11</th><th>12</th></tr><tr><td>Elaborazione dei questionari in entrata e in uscita</td><td>x</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Somministrazione dei questionari</td><td></td><td>x</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Progettazione dei percorsi clinici assistenziali</td><td></td><td></td><td>x</td><td>x</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Formazione del personale</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>x</td><td>x</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Sperimentazione sul campo</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>x</td><td>x</td><td>x</td><td>x</td><td>x</td><td>x</td></tr><tr><td>Somministrazione dei questionari</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>x</td><td></td></tr><tr><td>Valutazione</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>x</td></tr></table>	mesi	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Elaborazione dei questionari in entrata e in uscita	x												Somministrazione dei questionari		x											Progettazione dei percorsi clinici assistenziali			x	x									Formazione del personale					x	x							Sperimentazione sul campo							x	x	x	x	x	x	Somministrazione dei questionari											x		Valutazione												x
mesi	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12																																																																																													
Elaborazione dei questionari in entrata e in uscita	x																																																																																																								
Somministrazione dei questionari		x																																																																																																							
Progettazione dei percorsi clinici assistenziali			x	x																																																																																																					
Formazione del personale					x	x																																																																																																			
Sperimentazione sul campo							x	x	x	x	x	x																																																																																													
Somministrazione dei questionari											x																																																																																														
Valutazione												x																																																																																													
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	<ul style="list-style-type: none">-Elaborazione e somministrazione di questionari per indagare la soddisfazione dell'utente-Progettazione dei percorsi clinico-assistenziali (<i>care pathways</i>) locali, frutto dell'adattamento delle raccomandazioni generali di <i>best practice</i> alla singola realtà organizzativo-strutturale-professionale ospedaliera in senso multiprofessionale e multidisciplinareIstituzione del Gestore dei Percorsi Assistenziali: il GPA è il professionista di riferimento per il paziente ed i suoi familiari, dalla fase di accettazione fino alla fase di dimissione.Come gestore del processo di accoglienza, garante del processo di accoglienza e del percorso clinico assistenziale.-Formazione del personale per acquisire conoscenze e competenze necessarie ai nuovi assetti organizzativi e informativi.																																																																																																								

	-Sperimentazione sul campo -Elaborazione e somministrazione di questionari per indagare la soddisfazione dell'utente -Valutazione del cambiamento
RISULTATI ATTESI	- Acquisizione da parte di tutti gli operatori di conoscenze e competenze utili al nuovo assetto organizzativo; - Fornire un supporto metodologico per l'analisi della responsabilità professionale; - Mantenimento di elevati standard di qualità, in quelle che sono le funzioni di accoglienza e di comfort alberghiero; - Soddisfazione dell'utente, minor ricorso a contenzioso legale.

PROSPETTO ECONOMICO

DESCRIZIONE	TOTALE IMPEGNO ECONOMICO PRESUMIBILE (IN EURO)
<u>PERSONALE</u>	
Personale dipendente € 25/h x n.2640 ore	€ 66.000,00
<u>MISSIONI</u>	
<u>ATTREZZATURE E MATERIALI DI CONSUMO</u>	
Materiale vario	€ 10.000,00
<u>ALTRO</u>	
Spese generali di gestione	€ 4.000,00
<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. 10 del 2013
LINEA PROGETTUALE	Linea 9: Interventi per l'implementazione delle rete per le malattie rare e per la promozione della rete nazionale dei tumori rari
TITOLO DEL PROGETTO	Un ambulatorio mobile itinerante per le malattie genetiche rare nei piccoli comuni delle aree interne della Regione Molise
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi
REFERENTE/ENTE ATTUATORE	Azienda Sanitaria Regionale del Molise in collaborazione con Università degli Studi del Molise

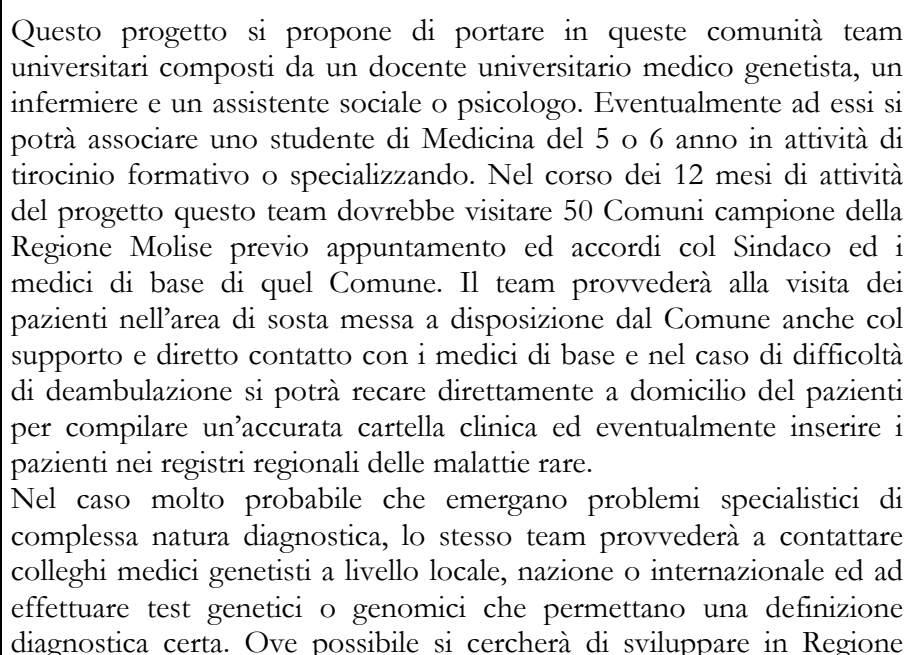
ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€91.000,00
--------------------------------	------------

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</p>
----------	---

	<p>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 riconosciuta, limitarsi a favorire la distribuzione di sussidi economici (accompagnamento) e prestazioni assistenziali per i familiari (legge 104).</p> <p>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>protocolli assistenziali accurati che seguano le linee guida nazionali e forniscano a questi pazienti in loco la migliore assistenza possibile.</p> <p>Nel caso siano necessari esami strumentali o specialistici più complessi il team si occuperà di organizzare ricoveri day hospital nelle strutture sanitarie più vicine che permettano di avere un profilo diagnostico il più accurato possibile 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, Venafrò, 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:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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>Mese 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Selezione del personale <p>Mese 3:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pianificazione della campagna di visite contattando i Sindaci dei Comuni ed i medici di base ed elaborazione di un calendario delle visite <p>Mese 4-11:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inizio dell'attività dell'ambulatorio - Implementazione registri <p>Mese 11-16</p> <ul style="list-style-type: none"> - Analisi dei risultati
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	<p>Sarà misurata 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>

	Per ciascuno di questi pazienti saranno calcolati i costi medi di spesa per l'assistenza sanitaria, fornendo all'ASREM dati di costo più precisi per il capitolo delle malattie rare.
RISULTATI ATTESI	Stimando un tasso approssimativo di incidenza di malattie rare di 1/1000 ed uno screening in 50 piccoli Comuni con una media di 1000 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	€51.000,00
<u>ATTREZZATURE E MATERIALI DI CONSUMO</u>	
Spese per cartoleria, materiale informatico, computer e software per registro malattie rare	€5.500,00
Spese dispositivi medici, siringhe, provette per prelievi, aghi	€20.000,00
<u>ALTRO</u>	
spese per revisione meccanica, carburante, pneumatici ed organizzazione ambulatorio mobile	€10.000,00
Spese generali	€4.500,00
<u>TOTALE</u>	€91.000,00



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	Linea 9: Interventi per l'implementazione delle rete per le malattie rare e per la promozione della rete nazionale dei tumori rari
TITOLO DEL PROGETTO	Istituzione del Registro Malformazioni Congenite nel Molise
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi
REFERENTE/ENTE ATTUATORE	Azienda Sanitaria Regionale del Molise

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€53.500,00
--------------------------------	------------

IL PROGETTO

CONTESTO	<p>Nel corso dell'ultimo decennio le Malformazioni Congenite (MC) hanno progressivamente assunto una posizione di primario interesse in campo socio-sanitario.</p> <p>Ciò è dovuto a diversi aspetti, quali:</p> <ul style="list-style-type: none"> • il ruolo predominante delle MC come causa di mortalità infantile • l'incremento percentuale delle MC come causa di morbosità infantile; • la cronicità e gravità clinica di molti difetti congeniti (infermità, handicap permanente e patologia cronica) con conseguenti alti costi socio-sanitari per la gestione del paziente. Da un punto di vista eziopatogenetico, i difetti congeniti possono essere "genetici" o "non genetici" ma per la maggioranza di essi la causa è determinata da complesse interazioni tra genetica e ambiente. Nel loro insieme, tuttavia, considerando sia le forme gravi sia quelle lievi, esse colpiscono circa il 3-5% di tutti i nati, a seconda delle modalità e delle capacità di accertamento diagnostico, dei criteri operativi di inclusione/esclusione della casistica e del periodo di tempo lungo il quale viene estesa l'indagine. <p>La prevalenza riferita ai soli difetti strutturali evidenti entro la prima settimana di vita è valutabile intorno al 2%. La prevalenza alla nascita del totale dei difetti congeniti ha solo un valore indicativo. Occorre infatti considerare tutti i casi che non arrivano alla nascita in</p>
----------	--

	relazione alla morte precoce del feto malformato (aborto spontaneo) e agli aborti terapeutici.
DESCRIZIONE	<p>Le MC rappresentano uno dei più precoci indicatori biologici per la tossicità di inquinanti ambientali e di nuovi farmaci.</p> <p>Rispetto ai tumori, che hanno latenza di anni, il controllo delle MC fornisce indicazioni nell'arco di 6-8 mesi dall'evento causale. Questo rende la sorveglianza delle MC un importante e fondamentale strumento per poter monitorare e studiare l'andamento della frequenza degli eventi e per contribuire a formulare ipotesi sui fattori eziologici e di rischio.</p> <p>I Registri delle Malformazioni Congenite (RMC) sono delle strutture epidemiologiche in grado di garantire la registrazione continua ed esaustiva di patologie malformative in una data regione geografica con l'obiettivo generale di migliorare le conoscenze sulle patologie in oggetto. Un programma di rilevazione e sorveglianza delle Malformazioni Congenite (MC) in Molise rappresenta quindi una struttura originale che associa un'attività di routine (raccolta, registrazione, archiviazione ed elaborazioni statistiche di base) ad una attività di ricerca. L'attività dei RMC permette in tal modo la conoscenza della prevalenza/incidenza e delle fluttuazioni nello spazio e nel tempo delle MC e rende possibile, inoltre, la verifica dell'efficacia di azioni di prevenzione mirate e di scelte sanitarie effettuate. In questo contesto i RMC rappresentano un utile strumento per la valutazione, la sorveglianza, la prevenzione e la programmazione sanitaria e possono dunque contribuire in modo originale ad ancorare il sistema sanitario da una parte allo stato di salute della popolazione e dall'altra alla verifica di efficacia delle azioni intraprese. Inoltre i Registri dislocati sul territorio assumono una rilevanza strategica in riferimento alla creazione di un sistema integrato di registrazione delle MC su base nazionale.</p>
OBIETTIVI	<p>Il Registro delle MC si prefigge i seguenti obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> -la sorveglianza e l'analisi dei dati di morbosità - l'organizzazione di iniziative scientifiche di valorizzazione dell'attività del registro; -la formazione permanente del personale sanitario coinvolto in tutte le attività che ruotano attorno al Registro - il monitoraggio delle variazioni di frequenza -la costruzione di tassi di prevalenza dei difetti alla nascita in popolazioni definite -la valutazione dell'impatto della diagnosi prenatale, dell'Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG) e dei programmi di prevenzione primaria (la promozione dell'appropriata supplementazione periconcezionale con acido folico, la promozione della vaccinazione antirubeolica e la prevenzione della toxoplasmosi in gravidanza, il corretto uso di farmaci nella donna fertile, con particolare riguardo a terapie antiepilettiche, antitumorali ed endocrine, e la conoscenza, da parte degli operatori del SSN, dei farmaci sostitutivi, la promozione di stili alimentari e di vita salutari e responsabili, con particolare attenzione alla prevenzione del fumo di

	sigaretta, dell'eccessivo consumo di alcolici, del diabete e dell'obesità, la tutela delle condizioni di lavoro, in particolare in presenza di esposizione a particolari sostanze tossiche (es. il lavoro in agricoltura intensiva).				
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	Attività	Mesi			
		3	6	9	12
	Riunioni con referenti dei punti nascita regionali Programmazione raccolta informazioni, scheda raccolta dati informatizzata	X			
	Elaborazione dei primi dati		X		
	Riunione dei partecipanti e valutazione dati raccolti			X	X
	Pubblicazione dati e organizzazione evento ECM indirizzato a Medici ospedalieri, Medici di base, Farmacisti, Infermieri, Biologi. Materiale divulgativo				X
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	<p>Indicatori di struttura: reclutamento personale; formazione del personale.</p> <p>Indicatori di processo: - Costituzione del registro regionale Malformazioni Congenite con informazioni raccolte trimestralmente presso i punti nascita regionali (Campobasso, Termoli, Isernia.); - Evento divulgativo per (medici di base, pediatri di libera scelta, personale sanitario interessato, cittadinanza, al fine di fornire importanti informazioni anche a scopo di prevenzione.); - Pubblicazione e comunicazione dei risultati.</p> <p>Indicatori di risultato: Numeri di pazienti individuati affetti da Malformazioni Congenite</p>				
RISULTATI ATTESI	<p>- Costituzione del registro regionale Malformazioni Congenite, - Sviluppo di iniziative volte alla Prevenzione primaria delle MC a più alta incidenza nell'area territoriale molisana. Informazione e formazione di operatori e popolazione sui fattori di rischio maggiormente coinvolti nell'eziologia delle MC del nostro territorio.</p>				

PROSPETTO ECONOMICO

DESCRIZIONE	TOTALE IMPEGNO ECONOMICO PRESUMIBILE (IN EURO)
<u>PERSONALE</u>	
Personale a contratto	€30.000,00
Personale dipendente	€7.000,00
<u>MISSIONI</u>	
<u>ATTREZZATURE E MATERIALI DI CONSUMO</u>	
Eventi ECM indirizzati a Medici ospedalieri, Medici di base, Farmacisti, Infermieri, Biologi.	€3.000,00
Materiale divulgativo	
Cancelleria	€2.000,00
Eventuale collaborazione con centro extraregionale per esami specifici	€6.500,00
<u>ALTRO</u>	
Formazione e aggiornamento	€5.000,00
<u>TOTALE</u>	€53.500,00



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	Linea 9: Interventi per l'implementazione delle rete per le malattie rare e per la promozione della rete nazionale dei tumori rari
TITOLO DEL PROGETTO	Istituzione di Registri Regionali per patologie ematologiche rare
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi
REFERENTE/ENTE ATTUATORE	Azienda Sanitaria Regionale del Molise

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€41.000,00
--------------------------------	------------

IL PROGETTO

SOTTOPROGETTI	<p>Il Progetto è suddiviso nei seguenti sottoprogetti:</p> <p>A. Registro Regionale dell' <u>Emoglobinuria Parossistica Notturna</u></p> <p>B. Registro Regionale della <u>Leucemia Mieloide Cronica</u></p> <p>C. Registro Regionale della <u>Policitemia Vera</u></p> <p>D. Registro Regionale della <u>Mielofibrosi Idiopatica</u></p>
---------------	---

SOTTOPROGETTO A	<u>Registro Regionale della Leucemia Mieloide Cronica</u>
DESCRIZIONE	<p>La leucemia mieloide cronica è un disordine mieloproliferativo derivato dalla trasformazione della cellula staminale pluripotente e caratterizzato da una prevalente iperplasia della linea granulocitaria. E' distinta in tre fasi: cronica, accelerata e blastica.</p> <p>Ha un decorso cronico. Incidenza 1-1,5 casi :100.000 individui per anno. Si manifesta con leucocitosi, splenomegalia, midollo con iperplasia granulocitaria, presenza del cromosoma PH+</p>
OBIETTIVI	<ul style="list-style-type: none"> • Rilevamento casistica regionale • Confrontare l'incidenza nazionale con quella della regione Molise

	<ul style="list-style-type: none"> • Confrontare le strategie terapeutiche utilizzate nei casi rilevati con quelle nazionali o delle società ematologiche nazionali ed internazionali • Contribuire alla realizzazione delle rete nazionale delle malattie ematologiche rare
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	<p>Nel 1° mese allestimento delle tecnologie, aggiornamento del personale dedicato al progetto in questione.</p> <p>Dal 2° mese al 3° mese messa a regime della metodica di rilevamento e confronto dati ottenuti nonché istituzione di un registro dedicato ed inizio definitivo dell'attività.</p> <p>Dopo 6 mesi prima mappatura regionale e confronto con casistica nazionale.</p> <p>Il progetto potrebbe essere sperimentalmente prolungato a 36 mesi.</p>
RISULTATI ATTESI	<ul style="list-style-type: none"> • Ottenimento della casistica regionale della Leucemia Mieloide Cronica . • Indicazioni su condizioni socio-ambientali dei pazienti affetti da LMC. • Individuazione aree geografiche a rischio • Rilievo dati per uso studi nazionali. • Utilizzo dei dati ottenuti per protocolli di ricerca e/o inserimento nella rete nazionale delle malattie rare. • Possibilità di collaborazione con centri nazionali di riferimento per la patologia.

SOTTOPROGETTO B	<u>Registro Regionale dell' Emoglobinuria Parossistica Notturna</u>
DESCRIZIONE	<p>L'emoglobinuria parossistica notturna (EPN), detta anche sindrome di Strübing-Marchiafava-Micheli o paroxysmal nocturnal hemoglobinuria nella letteratura anglosassone (PNH), è una condizione clinica caratterizzata da <u>anemia emolitica</u> cronica dovuta</p> <p>L'emoglobinuria parossistica notturna è una patologia rara la cui insorgenza varia da 1 a 6 su 1.000.000 di abitanti. L'incidenza è uguale tra maschi e femmine e raggiunge un picco fra i 30 e i 50 anni. È rara fra la popolazione pediatrica. È più frequente nelle aree in cui è presente anemia aplastica, come le regioni rurali della Thailandia ad un difetto intrinseco della membrana eritrocitaria. Da un punto di vista patogenetico, la PNH è dovuta all'acquisizione da parte della <u>cellula staminale</u> emopoietica, di una mutazione a carico del gene <u>PIG-A</u>, localizzato sul <u>cromosoma X</u>. La patologia si ha se la cellula che ha subito tale mutazione prolifera dando origine ad un clone. Dal punto di vista clinico si possono descrivere due forme: una definita "classica" ed una che insorge in seguito ad anemia aplastica (circa 15% dei pazienti con anemia aplastica può sviluppare la PNH). Il termine "parossistica" si riferisce agli episodi accessuali di emolisi cui va incontro il paziente. L'emolisi può essere innescata da fattori in</p>

	grado di attivare il complemento, come infezioni, stress fisico e psichico, terapia trasfusionale, sonno. Esordisce con i segni dell'anemia (pallore, astenia) e l'emissione di urine scure (emoglobinuria), spesso al mattino, associati a fenomeni trombotici di varia entità.
OBIETTIVI	<ul style="list-style-type: none"> • Rilevamento casistica regionale • Confrontare l'incidenza nazionale con quella della regione • Molise • Confrontare le strategie terapeutiche utilizzate nei casi rilevati • con quelle nazionali o delle società ematologiche nazionali ed internazionali • Contribuire alla realizzazione delle rete nazionale delle • malattie ematologiche rare
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	<p>Nel 1° mese allestimento delle tecnologie, aggiornamento del personale dedicato al progetto in questione.</p> <p>Dal 2° mese al 3° mese messa a regime della metodica di rilevamento e confronto dati ottenuti nonché istituzione di un registro dedicato ed inizio definitivo dell'attività.</p> <p>Dopo 6 mesi prima mappatura regionale e confronto con casistica nazionale.</p> <p>Il progetto potrebbe essere sperimentalmente prolungato a 36 mesi.</p>
RISULTATI ATTESI	<p>Ottenimento della casistica regionale della Emoglobinuria parossistica notturna.</p> <p>Individuazione aree geografiche a rischio.</p> <p>Rilievo dati per uso studi nazionali.</p> <p>Utilizzo dei dati ottenuti per protocolli di ricerca e/o inserimento nella rete nazionale delle malattie rare.</p> <p>Possibilità di collaborazione con centri nazionali di riferimento per la patologia.</p>

SOTTOPROGETTO C	<u>Registro Regionale della Policitemia Vera</u>
DESCRIZIONE	La policitemia vera è una malattia clonale caratterizzata da incremento della massa eritrocitaria la cui patogenesi è caratterizzata da una proliferazione non controllata della cellula staminale per un'alterata risposta del clone neoplastico ai fattori che controllano l'attività eritropoietica. Colpisce soggetti di età media di 60 anni , preferibilmente maschi; si osservano 8-10 casi: 1.000.000 per anno in Europa e nel Nord-America. Clinicamente si manifesta con cefalea, prurito, vertigini, trombosi..... Il decorso è cronico. L'evoluzione è verso la metaplasia mieloide e la leucemia acuta.
OBIETTIVI	<ul style="list-style-type: none"> • Rilevamento casistica regionale • Confrontare l'incidenza nazionale con quella della regione

	<p>Molise</p> <ul style="list-style-type: none"> • Confrontare le strategie terapeutiche utilizzate nei casi rilevati con quelle nazionali o delle società ematologiche nazionali ed internazionali • Contribuire alla realizzazione delle rete nazionale delle malattie ematologiche rare
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	<p>Nel 1° mese allestimento delle tecnologie, aggiornamento del personale dedicato al progetto in questione.</p> <p>Dal 2° mese al 3° mese messa a regime della metodica di rilevamento e confronto dati ottenuti nonché istituzione di un registro dedicato ed inizio definitivo dell'attività.</p> <p>Dopo 6 mesi prima mappatura regionale e confronto con casistica nazionale.</p> <p>Il progetto potrebbe essere sperimentalmente prolungato a 36 mesi .</p>
RISULTATI ATTESI	<p>Ottenimento della casistica regionale della Policitemia Vera</p> <p>Indicazioni su condizioni socio-ambientali dei pazienti affetti da Policitemia vera.</p> <p>Individuazione aree geografiche a rischio.</p> <p>Rilievo dati per uso studi nazionali.</p> <p>Utilizzo dei dati ottenuti per protocolli di ricerca e/o inserimento nella rete nazionale delle malattie rare.</p> <p>Possibilità di collaborazione con centri nazionali di riferimento per la patologia.</p>

SOTTOPROGETTO D	<u>Registro Regionale della Mielofibrosi</u>
DESCRIZIONE	<p>La mielofibrosi è una malattia mieloproliferativa cronica caratterizzata da marcata fibrosi midollare, dalla presenza nel sangue periferico di elementi immaturi della linea granuloblastica ed eritroblastica, da evidente anipoichilocitosi e da metaplasia mieloide prevalentemente splenoepatica. Viene riportata un'incidenza compresa tra 0,5 e 1,5 :100.000 individui per anno. Deriva dalla trasformazione di una cellula staminale con una ipersensibilità dei precursori granulocitatri ai fattori di crescita. Il decorso è cronico e l'evoluzione è verso la leucemia acuta nel 10-15 % dei casi.</p>
OBIETTIVI	<ul style="list-style-type: none"> • Rilevamento casistica regionale • Confrontare l'incidenza nazionale con quella della regione Molise • Confrontare le strategie terapeutiche utilizzate nei casi rilevati con quelle nazionali o delle società ematologiche nazionali ed internazionali • Contribuire alla realizzazione delle rete nazionale delle malattie ematologiche rare

TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	<p>Nel 1° mese allestimento delle tecnologie, aggiornamento del personale dedicato al progetto in questione.</p> <p>Dal 2° mese al 3° mese messa a regime della metodica di rilevamento e confronto dati ottenuti nonché istituzione di un registro dedicato ed inizio definitivo dell'attività.</p> <p>Dopo 6 mesi prima mappatura regionale e confronto con casistica nazionale.</p> <p>Il progetto potrebbe essere sperimentalmente prolungato a 36 mesi .</p>
RISULTATI ATTESI	<p>Ottenimento della casistica regionale della Mielofibrosi idiopatica</p> <p>Indicazioni su condizioni socio-ambientali dei pazienti affetti da Mielofibrosi idiopatica.</p> <p>Individuazione aree geografiche a rischio.</p> <p>Rilievo dati per uso studi nazionali.</p> <p>Utilizzo dei dati ottenuti per protocolli di ricerca e/o inserimento nella rete nazionale delle malattie rare.</p> <p>Possibilità di collaborazione con centri nazionali di riferimento per la patologia</p>

PROSPETTO ECONOMICO

DESCRIZIONE	TOTALE IMPEGNO ECONOMICO PRESUMIBILE (IN EURO)
<u>PERSONALE</u>	
Personale dipendente	5.000
Personale a contratto	
1 Operatore gestione dati	12.000
1 Informatico	17.000
<u>MISSIONI</u>	
<u>ATTREZZATURE E MATERIALI DI CONSUMO</u>	
Apparecchiature	2.100
Materiale vario	2.900
<u>ALTRO</u>	
Spese generali di gestione	2.000
<u>TOTALE</u>	€ 41.000



Direzione Generale per la Salute

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	Regione Molise
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	Decreto del Commissario <i>ad acta</i> n. 10 del 2013
LINEA PROGETTUALE	Linea 9: Interventi per l'implementazione della rete per le malattie rare e per la promozione della rete nazionale dei tumori rari
TITOLO DEL PROGETTO	Malattie rare: le amiloidosi, carcinoma orale
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi
REFERENTE/ENTE ATTUATORE	Azienda Sanitaria Regionale del Molise

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 variegatae 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</p>
----------	---

	<p>più comuni forme d'amiloidosi sistemica sono la AL la AA e le forme ereditarie da transtiretina mutata (AT^{TR}) . Nella AL l'amilioide 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 ereditarie da lisozima, gelsolina, fibrinogeno, apolipoproteina A1 e A-2 e da transtiretina. Una volta depositata nei tessuti l'amilioide 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. • 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 rappresentati nella U.O. dip.le di Genetica Medica 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 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
<u>MISSIONI</u>	
<u>ATTREZZATURE E MATERIALI DI CONSUMO</u>	
Strumentazione	€. 16.000,00
Materiale	€. 6.000,00
Apparecchiature	€. 20.000,00
<u>ALTRO</u>	
Formazione	€. 5.000,00
Spese Generali	€. 3.000,00
<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	Linea 10: Tutela della maternità – percorso nascita – parto analgesia
TITOLO DEL PROGETTO	Prevenzione del prolasso genitale nel percorso nascita e dopo il parto.
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi
REFERENTE/ENTE ATTUATORE	Azienda Sanitaria Regionale del Molise

ASPETTI FINANZIARI

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

IL PROGETTO

CONTESTO	<p>Nell'ambito del percorso nascita sono attivi, nei tre Punti nascita del territorio dell'ASREM, corsi di accompagnamento alla nascita: Questi sono frequentati da future mamme, soggetti potenzialmente candidati al prolasso genitale, soprattutto se pluripare.</p> <p>Inoltre negli ambulatori delle tre U.O.C. di Ostetricia e Ginecologia afferiscono donne che presentano segni e sintomi spesso sottovalutati o così sfumati da risultare poco predittivi per la patologia a cui si rivolge il progetto ovvero pazienti portatrici di differenti patologie ma a cui concomitano prolasso genitale e/o incontinenza urinaria da sforzo.</p> <p>A questi due rilevanti gruppi di donne è rivolto il progetto come appresso descritto con le finalità di diagnosticare e trattare quadri patologici in fase iniziale e prevenire approcci chirurgici spesso demolitivi e a volte parzialmente o temporaneamente risolutivi</p>
DESCRIZIONE	<p>Il progetto prenderà in considerazione le donne a rischio per prolasso genitale e incontinenza urinaria; situazioni che emergeranno nel corso dei vari incontri previsti nel programma di accompagnamento alla nascita presente nelle tre U.O.C. di Ostetricia e Ginecologia della Regione e tramite corretta informazione fornita durante le visite a cui si sottoporranno le pazienti presso i vari ambulatori divisionali, tramite brochure informative, nelle quali verranno forniti elementi circa la conoscenza del proprio corpo e dei pericoli di instaurazione del prolasso genitale e/o incontinenza urinaria.</p> <p>Farà seguito, per il primo gruppo di donne, una fase cognitiva con incontri individuali durante i quali si svolgeranno attività pratiche per far riconoscere e individuare le aree soggette a sollecitazioni e traumi durante l'espletamento del parto.</p> <p>Verranno poi insegnate loro esercizi specifici per la salvaguardia del perineo.</p> <p>Il percorso vedrà poi follow-up mensili dal terzo mese dall'espletamento del</p>

	<p>parto per valutare l'incidenza dell'instaurarsi del processo patologico e porre in atto le metodiche idonee a prevenirne il peggioramento.</p> <p>Per il secondo gruppo di donne, cioè coloro che si rivolgeranno a vario titolo agli ambulatori divisionali di Ginecologia, dopo avergli fornito gli elementi utili per svolgere i corretti esercizi profilattici entreranno in un percorso di controlli individuali</p>																																																																														
OBIETTIVI	<p>. Obiettivi qualitativi del progetto sono:</p> <ul style="list-style-type: none">• Prevenire l'insorgenza del prolasso genitale e/o l'incontinenza urinaria da sforzo nelle donne che hanno partorito;• Evitare il peggioramento in pluripare che già presentano fasi iniziali di tale patologia;• Porre il presupposto della riduzione dell'insorgenza di tali patologie anche in età menopausale tramite la sensibilizzazione delle donne verso queste problematiche, incentivando prevalentemente il valore della prevenzione.• Offrire a quest'ultimo gruppo di donne elementi utili per evitare di dover essere sottoposte a interventi demolitivi, con inevitabili riflessi sulla sfera sessuale, e che, per altro, sono inficiati da un numero di recidive pari a una percentuale variabile dal 20% al 40% . <p>Obiettivi quantitativi del progetto sono:</p> <ul style="list-style-type: none">• coinvolgere un medico, la coordinatrice ostetrica e 2 ostetriche collaboratrici per UOC al fine di poter attivare al termine del progetto e per ogni Punto Nascita un ambulatorio dedicato alla Rieducazione del Pavimento Pelvico• predisporre n. 3 corsi di formazione• arruolare ai corsi e agli incontri individuali almeno il 40% delle donne a rischio, diagnosticate nel corso dei parti espletati e delle visite ambulatoriali• collegare in rete le tre UOC di Ostetricia e i Punti Nascita• attivare, a fini statistici, la banca dati delle donne a rischio di prolasso genitale e/o incontinenza urinaria• rappresentare il lavoro svolto con i risultati ottenuti alle Società Scientifiche Nazionali del settore in occasione dei loro Congressi Nazionali																																																																														
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	<p>12 mesi</p> <table><tr><th>ATTIVITA'</th><th colspan="12">mesi</th></tr><tr><th></th><th>1</th><th>2</th><th>3</th><th>4</th><th>5</th><th>6</th><th>7</th><th>8</th><th>9</th><th>10</th><th>11</th><th>12</th></tr><tr><td>Costituzione del coordinamento</td><td>X</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Collegamento in rete le tre UOC di Ostetricia della Regione Molise</td><td></td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td></tr><tr><td>Configurazione della banca dati e sua operatività</td><td></td><td></td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td></tr><tr><td>Elaborazione dei</td><td></td><td>X</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>	ATTIVITA'	mesi													1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Costituzione del coordinamento	X												Collegamento in rete le tre UOC di Ostetricia della Regione Molise		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Configurazione della banca dati e sua operatività			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Elaborazione dei		X										
ATTIVITA'	mesi																																																																														
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12																																																																			
Costituzione del coordinamento	X																																																																														
Collegamento in rete le tre UOC di Ostetricia della Regione Molise		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X																																																																			
Configurazione della banca dati e sua operatività			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X																																																																			
Elaborazione dei		X																																																																													

	corsi di formazione												
	Svolgimento dei corsi di formazione			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

PROSPETTO ECONOMICO

DESCRIZIONE	TOTALE IMPEGNO ECONOMICO PRESUMIBILE (IN EURO)
<u>PERSONALE</u>	
Personale a contratto e dipendente € 60/h x 416 ore/anno	€ 24.960,00
<u>MISSIONI</u>	
<u>ATTREZZATURE E MATERIALI DI CONSUMO</u>	
Materiale vario	€ 3.540,00
<u>ALTRO</u>	
Spese generali di gestione	€ 1.500,00
<u>TOTALE</u>	€ 30.000,00



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	Linea 10: Tutela della maternità – percorso nascita - partoanalgesia
TITOLO DEL PROGETTO	Sostegno psico-sociale alle neo-mamme
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi
REFERENTE/ENTE ATTUATORE	Azienda Sanitaria Regionale del Molise

ASPETTI FINANZIARI

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

IL PROGETTO

CONTESTO	Le trasformazioni bio-psico-sociali della gravidanza e della maternità possono costituire fattore di stress per le giovani mamme fino alla comparsa di depressione post-partum, la cui incidenza oscilla fra il 10 ed il 16% della popolazione femminile. Anche nel Molise è prevedibile una tale percentuale di franca patologia nonché, considerato lo stigma relativo a tali problematiche è verosimile che le forme sub-sindromiche sfiorino il 50%.
DESCRIZIONE	Attivazione di un percorso preventivo di sostegno bio-psico-sociale rivolto alle donne in gravidanza e nel post-partum attraverso la sensibilizzazione dei medici di medicina generale, i ginecologi, i pediatri; successivamente l'individuazione pre e post partum di casi a rischio con questionari di autovalutazione; incontri di sostegno individuali e di gruppo alle donne.
OBIETTIVI	Individuazione tempestiva degli indicatori di rischio per la depressione post partum. Diminuzione dei disturbi della relazione madre-bambino.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	12 mesi
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	Numero medici contattati; numero strutture aderenti; numero donne partecipanti al progetto.
RISULTATI ATTESI	Diffondere la cultura della prevenzione del disagio puerperale abbattendo pregiudizi e false credenze; diagnosi precoce di depressione post-partum e miglioramento degli stili di attaccamento madre-figlio. Inserimento dell'attività nella carta dei servizi aziendale.

PROSPETTO ECONOMICO

DESCRIZIONE	TOTALE IMPEGNO ECONOMICO PRESUMIBILE (IN EURO)
<u>PERSONALE</u>	
Personale dipendente Dirigenti 500h/anno x € 60,00 Comparto 1160h/anno x € 25,00	€ 59.000,00
Personale a contratto - 1 psicologo - 1 operatore gestione dati	€ 40.000,00
<u>MISSIONI</u>	
<u>ATTREZZATURE E MATERIALI DI CONSUMO</u>	
Materiale vario	€ 10.000,00
<u>ALTRO</u>	
Analisi statistica, elaborazione del report e pubblicazioni scientifiche	€ 5.000,00
Spese generali di gestione	€ 6.000,00
<u>TOTALE</u>	€ 120.000,00



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	Linea 10: Tutela della maternità - percorso nascita - partoanalgesia
TITOLO DEL PROGETTO	Sessualità: istruzioni per l'uso 2 Progetto di prevenzione delle gravidanze indesiderate e delle IST prodotte da comportamenti sessuali a rischio dell'età adolescenziale
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi
REFERENTE/ENTE ATTUATORE	Azienda Sanitaria Regionale del Molise

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€100.000,00
--------------------------------	-------------

IL PROGETTO

CONTESTO	<p>Nell'area della prevenzione ha avuto sempre un grande spazio l'educazione alla sessualità di giovani ed adolescenti. Tale attività, svolta regolarmente dai consultori ha portato ad avere oggi tassi abortivi di donne minori sempre più bassi, nel Molise nell'anno 2011 abbiamo avuto 9 interruzioni di donne minorenni ma in aumento è il numero dell'assunzione della pillola del giorno dopo. Altrettanto allarmanti sono i dati relativi alle Malattie e Infezioni sessualmente trasmesse. Come afferma Carlo Foresta, andrologo dell'università di Padova e past president della Siams, la Società italiana di Andrologia e medicina della sessualità. "I giovani stanno perdendo il senso della protezione dalle malattie sessuali, anche a causa della fine della grande paura dell'Aids. I nostri dati, tramite il progetto 'Androlife', ci dicono che oltre il 50% dei giovani tra i 16 e i 25 anni fa sesso, anche in rapporti occasionali, senza alcuna precauzione". E se in Italia si registrano molti meno casi di clamidia, ad esempio, rispetto all'Inghilterra, l'allarme riguarda il papillomavirus: "Ben il 20% dei giovani maschi italiani che hanno rapporti sessuali non protetti – spiega l'esperto – ha già il papillomavirus nel liquido seminale, e impiega un anno e mezzo in media a eliminarlo. Il che vuol dire che per un anno e mezzo questi ragazzi sono contagiosi". Poi c'è il boom di infezioni del cavo orale, e quello più allarmante</p>
----------	---

	<p>dei tumori della bocca, dovuti a rapporti orali con persone colpite dal virus: “Una ricerca che stiamo per pubblicare – anticipa Foresta – conferma proprio la relazione stretta tra rapporti orali in coppie in cui uno dei due e’ positivo al virus HPV e l’incremento di contagio nel cavo orale e di tumori”. Come intervenire? “Serve soprattutto piu’ informazione. I giovani devono capire che anche se l’Aids viene ormai cronicizzata dai farmaci e’ ancora un rischio reale, e poi ci sono tutte queste malattie, alcune delle quali credevamo debellate come la sifilide, che sono in aumento e che sono molto pericolose. Eppure non ci vuole molto: basta fare sesso protetto”.</p> <p>Il progetto proposto si basa sulla metodologia della peer education, già attuato in via sperimentale negli anni scorso, con il coinvolgimento di peer educators che, opportunamente istruiti, hanno condotto interventi rivolti ai loro pari. L’esito dei questionari somministrati, positivo sia per la quantità di informazioni acquisite, sia per la metodologia utilizzata, ha convinto l’equipe consultoriale di Campobasso della utilità di perseguire tale formula e costituire gruppi di pari da supportare sia nella costruzione dei “saperi” inerenti le tematiche legate alla sessualità che nelle modalità più efficaci per trasmetterle. Di fondamentale importanza è la collaborazione delle agenzie educative nel reperimento del gruppo dei peer da formare, nella costruzione della rete di adulti significativi necessaria a sostenere i peer educators nella loro azione informativa ed educativa nonché nella messa a disposizione di spazi e tempi necessari agli interventi che saranno formulati.</p>
DESCRIZIONE	<p>Tale metodologia prevede la partecipazione attiva dei ragazzi per la codefinizione dei contenuti e delle strategie della comunicazione nell'ambito della prevenzione delle IVG e delle Infezioni Sessualmente Trasmissibili (IST).</p> <p>Un piccolo gruppo di pari, numericamente inferiore nell'ambito del gruppo di appartenenza (in questo caso adolescenti 15-18 anni), opera attivamente per informare ed influenzare il resto del gruppo, numericamente maggioritario, allo scopo di promuovere un cambiamento a livello individuale attraverso la modificazione della conoscenza, degli atteggiamenti, delle opinioni ed infine dei comportamenti dell'individuo.</p> <p>L’educazione tra pari è una valida opportunità educativa perché rende protagonisti i ragazzi in un percorso di promozione del benessere socio affettivo per sé e per i coetanei.</p> <p>L’educazione tra pari può diventare uno strumento di crescita importante per i giovani, soprattutto se si aspira ai presupposti concettuali dell’empowerment e delle life skill.</p> <p>Tenendo conto che l’Empowerment è un costrutto complesso che indica l’insieme di conoscenze, competenze, modalità relazionali che permettono a individui e gruppi di porsi obiettivi, di elaborare strategie per raggiungerli, utilizzando risorse interne e ambientali esistenti, costituisce un processo tramite il quale gli individui accrescono la possibilità di orientare e controllare la propria vita.</p>

	<p>Sull'educazione sessuale si è molto detto, letto, discusso e fatto, sia dal punto di vista della prevenzione che del trattamento delle infezioni sessualmente trasmissibili, spesso, però, si è trattato di messaggi provenienti dalle istituzioni pubbliche che si occupano di questi argomenti e quindi contraddistinti da una visione prevalentemente "adulta" dell'argomento, con il rischio di utilizzare un linguaggio poco adatto agli adolescenti e di mettere in atto strategie di comunicazione e di prevenzione inefficaci e talvolta addirittura controproducenti.</p> <p>Se queste azioni hanno permesso la diffusione e la conoscenza di informazioni importanti e ha permesso lo sviluppo di numerose iniziative sul territorio, non sempre hanno agito sulle motivazioni e sui significati dei comportamenti a rischio degli adolescenti.</p> <p>E' dunque importante attivare nuovi canali di comunicazione tesi a cogliere e a comprendere "ciò che sta nella testa dei giovani", occorre creare occasioni che sviluppino nei giovani il senso di appartenenza alla propria comunità, dando visibilità alla loro presenza e considerandoli come risorsa fondamentale nell'ambito della prevenzione.</p> <p>La peer education rappresenta un efficace strumento di prevenzione ed è una modalità per rendere protagonisti i giovani nel contesto della prevenzione.</p>
OBIETTIVI	<p>Obiettivi generali del progetto</p> <p>Favorire, nella popolazione adolescenziale e giovanile delle scuole superiori di Campobasso e Boiano, l'acquisizione di stili di comportamento utili, in ordine alla sessualità, per diminuire l'incidenza delle IVG e di IST, del disagio psico – sociale nelle relazioni di coppia.</p> <p>Costituzione del gruppo dei pari e loro formazione.</p> <p>Costruzione e realizzazione, insieme al gruppo dei pari, dell'intervento rivolto ai destinatari.</p> <p>Restituzione degli esiti del progetto alle comunità interessate.</p> <p>Costruzione di uno "spazio" fisico e di apposite pagine di social network per adolescenti</p>
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	<ul style="list-style-type: none"> - mese 1: Costituzione gruppo di coordinamento o equipe di lavoro dell'Asrem; contatto informale con le scuole, presentazione progetto locale, coinvolgimento degli insegnanti; raccolta adesione formale ed avvio costituzione gruppo di lavoro interistituzionale - mese 2: Individuazione dei peer educator ("fase di reclutamento") e Formazione insegnanti/operatori Formazione insegnanti - mese 3 e 4: Formazione dei peer - mese 5,6,7: Intervento tra pari (ricaduta)

	<ul style="list-style-type: none"> - mese 8: Valutazione ed elaborazione dati - mese 9: Divulgazione attraverso attività seminariale dell'intervento di peer education - mesi 10, 11, 12: Attivazione "spazio" fisico ovvero reperimento locali di facile accesso per i giovani ed attivazione social network specifici
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	n. scuole superiori aderenti/ambito scolastico n. peer educators reperiti n. peer educators formati n. interventi realizzati dai peer percentuale di diminuzione n. prescrizioni pillole del giorno dopo n. ivg minori
RISULTATI ATTESI	Facilitare l'uso delle opportune precauzioni e metodi contraccettivi negli adolescenti e giovani Aumento della consapevolezza dei comportamenti sessuali a rischio Aumento della conoscenza del servizio consultoriale Aumento delle diagnosi precoci di MST

PROSPETTO ECONOMICO

DESCRIZIONE	TOTALE IMPEGNO ECONOMICO PRESUMIBILE (IN EURO)
<u>PERSONALE</u>	
Personale dipendente Dirigenti 250h/anno x € 60,00 Comparto 400h/anno x € 25,00	€ 25.000,00
Personale a contratto (psicologo, ostetrica, amministrativo)	€ 50.000,00
<u>MISSIONI</u>	
Missioni	€ 3.000,00
<u>ATTREZZATURE E MATERIALI DI CONSUMO</u>	
Manuali – questionari	€ 3.000,00
<u>ALTRO</u>	
Spese generali di gestione	€ 5.000,00
Analisi statistica, elaborazione del report e presentazione dati	€ 5.000,00
Formazione del personale	€ 9.000,00
<u>TOTALE</u>	€ 100.000,00



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	Linea 13: Implementazione delle rete nazionale dei centri territoriali per la prevenzione primaria e la diagnosi precoce delle infezioni da HPV
TITOLO DEL PROGETTO	Miglioramento delle coperture vaccinali anti HPV e diffusione del test HPV come test di sceening
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi
REFERENTE/ENTE ATTUATORE	Azienda Sanitaria Regionale del Molise

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€88.947,00
--------------------------------	------------

IL PROGETTO

CONTESTO	<p>Negli ultimi vent'anni la mortalità per tumore dell'utero (corpo e collo) è diminuita di oltre il 50%, soprattutto per quanto riguarda il cervicocarcinoma. Le stime per l'Italia indicano un totale di 2.200 nuovi casi, con il rischio cumulativo di ammalarsi di 1 donna su 163. La sopravvivenza relativa a 5 anni dopo una diagnosi di tumore della cervice uterina è passata dal 64% del periodo 90-94 al 70% del periodo 2000-2004. Nel Molise si stima che ogni anno si verificano circa 100 nuovi casi.</p> <p>È stato dimostrato che l'infezione persistente da tipi oncogeni di papilloma virus umano (Hpv) è la causa necessaria per lo sviluppo del tumore della cervice uterina. Ciò ha permesso di affiancare allo screening cervicale un ulteriore strumento di prevenzione: la vaccinazione contro l'Hpv. Ad oggi sono disponibili due vaccini preventivi indicati per la prevenzione delle infezioni e delle forme pre-invasive e invasive del carcinoma della cervice uterina correlate a Hpv 16 e 18, responsabili di circa il 70% dei tumori della cervice.</p> <p>I dati disponibili per ambedue i vaccini indicano che l'efficacia clinica stimata per la prevenzione delle lesioni preneoplastiche Cin2+ prodotte da Hpv 16 e 18 è pari al 99-100% nelle donne che non sono state ancora infettate da questi tipi di Hpv. Un ulteriore strumento di prevenzione è il test HPV come test primario di screening, test più sensibile del Pap test ma meno specifico.</p>
----------	--

	Alcune realtà italiane stanno utilizzando questo test come test di screening. Nel Molise la ASL utilizza il test HPV nell’ambito degli screening organizzati.																													
DESCRIZIONE	<p>In Italia, la vaccinazione contro l’Hpv viene offerta gratuitamente e attivamente alle ragazze nel dodicesimo anno di vita. Come raccomandato da l’OMS il target prioritario della vaccinazione è costituito dalle ragazze tra i 9 e i 13 anni di età: la vaccinazione delle pre-adolescenti consente, infatti, l’immunizzazione di ragazze che non hanno iniziato l’attività sessuale, garantendo la massima efficacia del vaccino. Dopo 4 anni dall’avvio della chiamata attiva, la copertura vaccinale non risulta ancora ottimale e le differenze regionali sono marcate. La copertura media della coorte di nascita 1997 (la prima coorte a essere stata invitata) per 3 dosi di vaccino è del 66% (con un range tra le Regioni del 25-82%). Nel Molise si riscontra una copertura media su due dosi . Al fine di migliorare tale copertura è indispensabile adottare strategie per coinvolgere la popolazione target garantendo l’accessibilità alla vaccinazione in tutto il territorio regionale, superando le criticità e le disuguaglianze che attualmente limitano l’efficacia dell’offerta vaccinale, valorizzando la capacità di coinvolgimento della popolazione ed il corretto utilizzo delle informazioni sanitarie di supporto.</p>																													
OBIETTIVI	<p>Migliorare la chiamata attiva per la coorte delle dodicenni, aventi diritto</p> <p>Monitorare a livello aziendale i dati di copertura</p> <p>Formulare pacchetti informativi per i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta</p> <p>Promuovere incontri formativi con gli operatori sanitari</p> <p>Promuovere sessioni informative per sensibilizzare la popolazione target e le loro famiglie</p>																													
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	<table><tr><td rowspan="2">Attività</td><td colspan="4">Mesi</td></tr><tr><td>3</td><td>6</td><td>9</td><td>12</td></tr><tr><td>Migliorare la chiamata attiva per la coorte delle dodicenni, aventi diritto</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Monitorare a livello aziendale i dati di copertura</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Formulare pacchetti informativi per i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Promuovere incontri formativi con gli operatori sanitari</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>	Attività	Mesi				3	6	9	12	Migliorare la chiamata attiva per la coorte delle dodicenni, aventi diritto					Monitorare a livello aziendale i dati di copertura					Formulare pacchetti informativi per i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta					Promuovere incontri formativi con gli operatori sanitari				
Attività	Mesi																													
	3	6	9	12																										
Migliorare la chiamata attiva per la coorte delle dodicenni, aventi diritto																														
Monitorare a livello aziendale i dati di copertura																														
Formulare pacchetti informativi per i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta																														
Promuovere incontri formativi con gli operatori sanitari																														

	Promuovere sessioni informative per sensibilizzare la popolazione target e le loro famiglie				
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	<ul style="list-style-type: none"> - Report aziendale sul monitoraggio - Redazione e diffusione di materiale formativo - Realizzazione di eventi formativi - Realizzazione di incontri informativi 				
RISULTATI ATTESI	Aumentare la copertura vaccinale e uniformare le performance aziendali				

PROSPETTO ECONOMICO

DESCRIZIONE	TOTALE IMPEGNO ECONOMICO PRESUMIBILE (IN EURO)
<u>PERSONALE</u>	
Personale dipendente € 60/h x n.527 ore anno	€ 31.620,00
Personale a contratto	€ 45.000,00
<u>MISSIONI</u>	
<u>ATTREZZATURE E MATERIALI DI CONSUMO</u>	
Materiale vario	€ 2.927,00
<u>ALTRO</u>	
Formazione e aggiornamento	€ 5.000,00
Spese generali di gestione	€ 4.400,00
<u>TOTALE</u>	€88.947,00



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	Linea 14: Implementazione della rete nazionale dei centri territoriali per la prevenzione primaria e la diagnosi precoce dei tumori dell'apparato genitale maschile
TITOLO DEL PROGETTO	Diagnosi precoce e ottimizzazione dei percorsi diagnostici – terapeutici nel cancro di prostata
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi
REFERENTE/ENTE ATTUATORE	Azienda Sanitaria Regionale del Molise

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€88.947,00
--------------------------------	------------

IL PROGETTO

CONTESTO	<p>Il tumore della prostata rappresenta un importante problema sanitario e sociale per la incidenza più che per la mortalità, infatti è la neoplasia più frequente fra i maschi dopo i 50 anni.</p> <p>Studi autoptici evidenziano una prevalenza della neoplasia prostatica dopo i 50 anni superiore al 50% (1,2) Il tumore di prostata è una neoplasia a lunga sopravvivenza, il che unitamente all'aumento negli ultimi anni della incidenza e alla riduzione della mortalità fa sì che vi sia sempre più un maggior numero di persone malate che necessitano di assistenza e cure.</p> <p>Complessivamente si confermano le evidenze che il trattamento del tumore in fase precoce riduca sia la mortalità causa specifica, sia la mortalità generale.</p> <p>Sono stati pubblicati gli aggiornamenti di due studi randomizzati , uno svedese (3) e uno statunitense (4), che hanno paragonato l'effetto del trattamento chirurgico radicale (prostatectomia) con il non trattamento attivo (<i>watchful waiting</i>). Nello studio svedese si è rilevata una riduzione assoluta per mortalità specifica altamente significativa .</p> <p>In termini relativi il rischio di morte specifico si riduce del 38%. Da sottolineare come non si evidenzino benefici per i soggetti con più di 65 anni alla diagnosi (3).</p>
----------	---

Nello studio statunitense si rileva una riduzione della mortalità specifica per tumore alla prostata pari al 2,6% (riduzione percentuale del rischio di morte 37%, $p=0,09$) (4)

Una diagnosi precoce ed un trattamento precoce riducono la mortalità cancro specifica ma questo può determinare un elevato costo nella misura in cui si trattano le neoplasie clinicamente silenti. Pertanto molti dubbi si sono sollevati sulla opportunità di programmi di screening per il cancro di prostata.

Nel corso del 2012 sono stati pubblicati gli aggiornamenti dei due principali *trial* che stanno valutando l'efficacia dello screening mediante PSA. Nel primo si è osservata una riduzione di mortalità significativa, mentre nel secondo nessuna differenza (5,6)

Non vi sono evidenze sufficienti per definire il miglior programma di screening e al contempo non vi sono evidenze forti che indichino quale protocollo è in grado di rendere accettabile il rapporto fra danni e benefici. Ci sono forti indicazioni che i benefici si riducono con l'età, non ci sono evidenze di beneficio per lo screening e per il trattamento sopra i 70 anni di età (7).

Predisporre strumenti corretti di informazione da proporre alla popolazione maschile fra i 50 ed i 70 anni al momento della esecuzione del PSA potrebbe sia evitare l'uso indiscriminato del test sia ottimizzare e velocizzare i successivi accertamenti diagnostici e soprattutto ottimizzare il trattamento.

BIBLIOGRAFIA

1. Osservatorio Nazionale Screening. Aggiornamento del documento di consenso sullo screening del cancro della prostata.
www.osservatorionazionale screening.it/node/60.
2. Associazione Italiana dei Tumori (AIRTUM)
<http://www.registri-tumori.it/cms/>
3. Bill-Axelson A, Holmberg L, Ruutu M, et al. Radical prostatectomy versus watchful waiting in early prostate cancer.
N Engl J Med 2011;364:1708-17
4. Wilt TJ, Brawer MK, Jones KM, et al. Radical prostatectomy versus observation for localized prostate cancer. *N Engl J Med* 2012;367:203-13.
5. Schröder FH, Hugosson J, Roobol MJ, et al. Prostate-cancer mortality at 11 years of follow-up. *N Engl J Med* 2012;366:981-90.
6. Andriole GL, Crawford ED, Grubb RL 3rd, et al. Prostate cancer screening in the randomized Prostate, Lung, Colorectal, and Ovarian Cancer Screening Trial: mortality results after 13 years of follow-up. *J Natl Cancer Inst* 2012;104:125-32.
7. Hugosson J, Carlsson S, Aus G, et al. Mortality results from the Göteborg randomised populationbased prostate-cancer screening trial. *Lancet Oncol*

	2010;11:725-32.
DESCRIZIONE	Intendiamo anche attraverso il coinvolgimento del Medico di medicina Generale sottoporre all'esame del PSA e alla esplorazione rettale una popolazione maschile preventivamente informata su tutti gli aspetti controversi del tumore di prostata, di età compresa fra i 50 ed i 70 anni al fine di selezionare, secondo le attuali linee guida e con percorsi agevolati, i pazienti da sottoporre al secondo livello diagnostico (ecografia e biopsia). In caso di positività diagnostica la indicazione al trattamento o in taluni selezionatissimi casi alla sorveglianza attiva avverrebbe nello stesso contesto.
OBIETTIVI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Riduzione di esami diagnostici inutili: PSA nella popolazione anziana ed ecografie prostatiche trans rettali; 2. Riduzione dei tempi di attesa della esecuzione della ecografia prostatica trans rettale; 3. Ottimizzazione delle indicazioni alla esecuzione della biopsia prostatica con il riscontro di un aumento del rapporto fra biopsie positive e biopsie totali; 4. Aumento di diagnosi di neoplasie in fase precoce nella popolazione maschile più giovane; 5. Miglioramento del grado di soddisfazione dell'utenza.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	<p>12 mesi totali così suddivisi:</p> <p>1 mese per la divulgazione del progetto</p> <p>10 mesi per il reclutamento dei pazienti</p> <p>1 mese per la rielaborazione dei dati</p>
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	<p>Il principale indicatore sarà il livello di gradimento del servizio rilevato con strumenti di "customers satisfaction".</p> <p>Altro indicatore sarà la valutazione del coinvolgimento del Medico di Medicina Generale, soprattutto nella misura in cui vengono modificati comportamenti non in linea con le attuali linee guida, misurabile attraverso la riduzione di richiesta di esami diagnostici di secondo livello inutili.</p>
RISULTATI ATTESI	<p>La sensibilizzazione dei Medici di Medicina Generale alle problematiche connesse con il tumore di prostata.</p> <p>Il miglioramento dell'intero percorso diagnostico-terapeutico.</p> <p>Il miglioramento del livello di gradimento complessivo della popolazione.</p>

PROSPETTO ECONOMICO

DESCRIZIONE	TOTALE IMPEGNO ECONOMICO PRESUMIBILE (IN EURO)
<u>PERSONALE</u>	
Personale medico € 60/h x n.757 ore anno	€ 45.420,00
Personale infermieristico € 25/h x 400 ore anno	€ 10.000,00
<u>MISSIONI</u>	
Missioni	€ 8.000,00
<u>ATTREZZATURE E MATERIALI DI CONSUMO</u>	
Materiale informativo per il paziente	€ 2.000,00
Apparecchiature e materiale vario	€ 9.027,00
<u>ALTRO</u>	
Spese generali di gestione	€ 4.500,00
Analisi statistica, elaborazione del report e pubblicazioni scientifiche	€ 5.000,00
Organizzazione dell'evento pubblico per la presentazione dei dati	€ 5.000,00
<u>TOTALE</u>	€ 88.947,00



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	Linea 15: Definizioni di modelli di assistenza ai bambini e adolescenti affetti da patologie croniche e disturbi del comportamento, dell'apparato del linguaggio, da autismo, da disturbo da deficit da attenzione/iperattività (ADHD) e da psicosi affettive e non affettive dell'infanzia e dell'adolescenza mediante l'organizzazione di centri di riferimento a valenza regionale e/o interregionale e la realizzazione di reti assistenziali.
TITOLO DEL PROGETTO	Crescere con i figli
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi
REFERENTE/ENTE ATTUATORE	Azienda Sanitaria Regionale del Molise

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€110.000,00
--------------------------------	-------------

IL PROGETTO

CONTESTO	<p>Gli studi epidemiologici più accreditati sottolineano che:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) il 25% della popolazione occidentale, di età superiore ai 18 anni, soffre, nel corso di un anno, di un disturbo mentale significativo; 2) secondo studi americani, il 74% dei disturbi psichici dell'adulto è preceduto da manifestazioni di grave disagio psichico nell'età infantile e adolescenziale (Roberts et al., 1998); 3) il Progetto obiettivo "tutela materno infantile 1998/2000" afferma che "...particolare impegno doveva essere rivolto alle strategie di prevenzione attraverso l'individuazione dei fattori di rischio e alla valorizzazione dei fattori di protezione...";
----------	--

	<div>4) Nel 2001 il Comitato Nazionale di Bioetica ha espresso alcune raccomandazioni tra cui “...svolgere un’attività continua di prevenzione primaria e secondaria del disturbo e del disagio mentale partendo dal periodo perinatale...”;</div> <div>5) Nel nostro Consultorio afferiscono sempre più frequentemente difficoltà genitoriali legate a inadeguatezze e/o conflitti coniugali con evidenti disguidi educativi e/o francamente indicatori di disagio infantile.</div>																																																				
DESCRIZIONE	<div>Il progetto si articola in diverse tappe relativamente ad una fascia d'età considerata strutturante per il "sé" psichico cioè quella da 0/3 anni. Si procede alla:</div> <div><div>1) costituzione di una rete di operatori afferenti dal Consultorio Familiare, dai reparti di pediatria e neonatologia, dai pediatri LS e da MMG, nonché operatori degli asili nido, operatori sociali del territorio e del Tribunale dei Minori e sezioni primavera presenti nel territorio;</div><div>2) alla costituzione di un gruppo di coordinamento interistituzionale;</div><div>3) alla formazione del personale in seminari di studio sullo sviluppo del "sè" in modo da sensibilizzare all'importanza della relazionalità nello sviluppo sicuro del bambino;</div><div>4) all'incremento dei corsi di preparazione alla nascita presso i consultori familiari per sostenere la neo-genitorialità;</div><div>5) all'incremento di interventi formativi per i genitori fino al 3° anno di vita del figlio per consolidarne le competenze relazionali, da attuarsi presso il Consultorio Familiare di Campobasso, già unica struttura regionale di riferimento per tali attività gruppale;</div></div> <div>All'apertura di un ambulatorio psicosociale che garantisca la presa in carico delle madri con sintomi depressivi post partum, predittivi di uno stile di attaccamento insicuro del bambino e delle coppie per le quali sono già segnalati comportamenti di grave disagio psichico.</div>																																																				
OBIETTIVI	<div>Il progetto intende promuovere la salute mentale nella comunità soprattutto a supporto delle fasi critiche dello sviluppo come quella della prima infanzia, nella quale si comincia a definire l'identità psichica;</div> <div>Creare una rete di operatori sanitari e sociali sensibilizzati al benessere psichico e relazionale e ai meccanismi che tendono a favorirlo o ad ostacolarlo nell’arco dei primi anni di vita dei bambini (0-3 anni)</div>																																																				
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	<div>Un anno</div> <table><tr><td></td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td></tr><tr><td>Costituzione gruppo di lavoro interistituzionale</td><td>X</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Formazione del personale</td><td></td><td></td><td>X</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Produzione e firma di</td><td></td><td></td><td></td><td>X</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Costituzione gruppo di lavoro interistituzionale	X												Formazione del personale			X										Produzione e firma di				X								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12																																									
Costituzione gruppo di lavoro interistituzionale	X																																																				
Formazione del personale			X																																																		
Produzione e firma di				X																																																	

	protocolli operativi																
	Attuazione degli interventi					X	X	X	X	X							
	Valutazione degli interventi realizzati - elaborazione dati											X	X				
	Divulgazione dati															X	
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	n. attori istituzionali coinvolti/ n. attori aderenti n. protocolli operativi prodotti/n. protocolli esistenti n. partecipanti seminari formativi/n. aderenti																
RISULTATI ATTESI	Sensibilizzazione degli operatori coinvolti nella prima infanzia. Promozione di stili di vita e stili educativi salutari. Promozione di interventi psicoeducazionali volti alla conoscenza e alla tutela della salute mentale nella transizione alla genitorialità. Incremento del 30% dei corsi di preparazione al parto, presso i consultori di Campobasso e Boiano. Incremento del 25% dei gruppi di sostegno alla genitorialità nel Consultorio Familiare di Campobasso. Attivazione di un centro psicosociale per le neomamme, presso il CF di Campobasso. Riduzione del 20% delle famiglie disfunzionali afferenti ai CF.																

PROSPETTO ECONOMICO

DESCRIZIONE	TOTALE IMPEGNO ECONOMICO PRESUMIBILE (IN EURO)
<u>PERSONALE</u>	
Personale dipendente:	
• Dirigenti medici	170 ore x 60,00 euro= 10.200 euro
• Infermieri	400 ore x 25,00 euro= 10.000 euro
Personale a contratto:	
• Assistenti sociali/Psicologi n.5	12 mesi x 5 x 1.100 euro=66.000 euro
• Operatore Gestione dati	12 mesi x 1 x 900 =10.800 euro
<u>MISSIONI</u>	
Organizzazione dell'evento pubblico per la presentazione dei dati	2.000 euro
<u>ATTREZZATURE E MATERIALI DI CONSUMO</u>	
Materiale didattico vario	5.500 euro
<u>ALTRO</u>	
Spese generali di gestione	5.500 euro
<u>TOTALE</u>	110.000 euro



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	Linea 15: Definizioni di modelli di assistenza ai bambini e adolescenti affetti da patologie croniche e disturbi del comportamento, dell'apparato del linguaggio, da autismo, da disturbo da deficit da attenzione/iperattività (ADHD) e da psicosi affettive e non affettive dell'infanzia e dell'adolescenza mediante l'organizzazione di centri di riferimento a valenza regionale e/o interregionale e la realizzazione di reti assistenziali.
TITOLO DEL PROGETTO	Percorsi integrati multimodali nella cura di bambini e adolescenti con disturbo da deficit di attenzione ed iperattività
DURATA DEL PROGETTO	24 mesi
REFERENTE/ENTE ATTUATORE	Azienda Sanitaria Regionale del Molise

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€258.192,00
--------------------------------	-------------

IL PROGETTO

CONTESTO	<p>Il Disturbo da Deficit Attentivo con Iperattività (ADHD, acronimo per l'inglese Attention Deficit Hyperactivity Disorder), così come riportato nelle linee guida della SINPIA (Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza) è una patologia neuropsichiatrica ad esordio in età evolutiva caratterizzata da inattenzione, impulsività e iperattività motoria.</p> <p>In Italia, gli studi epidemiologici effettuati consentono di riconoscere una stima pari all'1% della popolazione italiana di fascia di età 6-18 anni; in altre nazioni (in particolare USA) la prevalenza dell'ADHD è stimata tra il 3-5 % della popolazione in età scolare; mentre, la prevalenza delle forme particolarmente gravi (Disturbo Ipercinetico della classificazione ICD-10 dell'OMS) è stimata nell'1% della popolazione in età scolare. La stima italiana potrebbe essere ancora provvisoria dovuta a ricerche ancora in corso oppure e/o a difficoltà nell'approntare la diagnosi di ADHD in modo</p>
----------	---

	<p>corretto. Tuttavia, ampio è l'intervallo dei valori riportati nella letteratura scientifica a seconda dei criteri diagnostici utilizzati e del setting osservato in quanto l'interpretazione della diagnosi differenziale e della comorbidità condizionano le stime epidemiologiche. E' importante compiere una diagnosi differenziale in modo specifico per evitare sia fenomeni di mascheramento diagnostico (tendenza a leggere i sintomi dell'ADHD come espressivi di disturbi in comorbidità) sia un eccessivo numero di diagnosi di ADHD.</p> <p>Il disturbo può presentarsi con differenti manifestazioni cliniche, dall'età prescolare all'età adulta, coinvolge e può compromettere numerose tappe dello sviluppo e dell'integrazione sociale del bambino, potendo predisporlo ad altra patologia psichiatrica e/o disagio sociale nelle successive età della vita. Sulla base di evidenze neuropsicologiche, genetiche e neuro-radiologiche è oggi giustificata anche in Italia la definizione psicopatologica dell'ADHD quale disturbo neurobiologico che si manifesta come alterazione nell'elaborazione delle risposte agli stimoli ambientali. Precisamente dal 2007 è stato istituito il Registro italiano presso l'Istituto Superiore di Sanità della sindrome da deficit di attenzione e iperattività (ADHD, Attention Deficit Hyperactivity Disorder) che ha permesso di mettere in atto modalità accurate sin dal primo momento diagnostico, facendo sì che si venga a limitare il ricorso ai farmaci ai casi più gravi non rispondenti agli altri trattamenti.</p> <p>L'espressione sintomatologica e' spesso in relazione alla qualità dell'integrazione scolastica e familiare.</p> <p>Come riportato in letteratura (G.Masi) la comorbidità può essere molto frequente (40 o 50% disturbo oppositivo-provocatorio, disturbo della condotta), frequente (30% disturbi d'ansia, disturbi specifici di apprendimento, disturbo evolutivo specifico della funzione motoria), moderatamente frequente (15-20% disturbi dell'umore, sindrome di Tourette, Disturbo ossessivo-compulsivo) oppure rara (5-10% disturbi pervasivi dello sviluppo, Ritardo Mentale).</p>
DESCRIZIONE	<p>Il progetto sarà coordinato dall' U.O.S. a V.D. di NPI e Riabilitazione dell'età evolutiva, che è anche centro di riferimento regionale per l'ADHD che si occupa della fascia di età 0-18 anni.</p> <p>E' importante definire un percorso volto:</p> <p>a) alla diagnosi, secondo un modello interdisciplinare, secondo le linee della SINPIA. La diagnosi di ADHD deve basarsi sulla classificazione del DSM-IV per una valutazione accurata del bambino, condotta da operatori della salute mentale dell'età evolutiva con specifiche competenze sulla diagnosi e terapia dell'ADHD e sugli altri disturbi che possono mimarne i sintomi (diagnosi differenziale) o che possono associarsi ad esso (comorbidità). Tale valutazione deve sempre coinvolgere oltre al bambino, i suoi genitori e gli insegnanti: devono essere raccolte, da fonti multiple, informazioni sul comportamento e la compromissione</p>

	<p>funzionale del bambino e devono sempre essere considerati sia i fattori culturali che l'ambiente di vita. A tal fine è particolarmente utile l'uso di strumenti quali questionari e le interviste diagnostiche, opportunamente standardizzati e validati, possibilmente su campioni italiani.</p> <p>b) al progetto terapeutico, secondo un programma ad indirizzo comportamentale ovvero un approccio che prevede una collaborazione costruttiva ed indispensabile tra le diverse forze che interagiscono attorno al singolo soggetto, una gestione multidisciplinare che, come per altre patologie complesse, si attenga a un protocollo terapeutico comune e condiviso.</p> <p>La strategia terapeutica deve analizzare la relazione fra le differenti componenti del quadro clinico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - analizzare le diverse comorbidità - stabilire l'impatto funzionale delle diverse componenti - analizzare l'efficacia del singolo trattamento sull'andamento clinico - definire un piano strategico specifico con un'opportuna pianificazione degli interventi. <p>Gli interventi terapeutici hanno l'obiettivo di migliorare le relazioni interpersonali con tutti i partner familiari e sociali, diminuire i comportamenti dirompenti e inadeguati, migliorare le capacità di apprendimento scolastico, aumentare le autonomie e l'autostima, migliorare l'accettabilità sociale del disturbo e la qualità della vita dei bambini affetti.</p> <p>Ogni intervento va adattato alle caratteristiche del soggetto in base all'età, alla gravità dei sintomi, ai disturbi secondari, alle risorse cognitive, alla situazione familiare e sociale. Gli interventi psicologici includono il lavoro con i genitori, con gli insegnanti e con il paziente stesso. Tali interventi non-farmacologici sono prioritariamente indicati per le forme di ADHD in età prescolare, per le forme meno gravi o con prevalenza inattentiva, per le forme senza grave impulsività, aggressività o disturbi della condotta o quando esista indisponibilità della famiglia o del soggetto all'intervento farmacologico, secondo quanto affermato dalle linee guida SINPIA. L'intervento farmacologico, qualora necessario, va sempre discusso con i genitori e spiegato al bambino in maniera adeguata al suo livello cognitivo. La prescrizione farmacologica deve essere sempre preceduta da un consenso informato firmato dai genitori o dai tutori legali.</p> <p>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 settore) coordinato e diretto dal medico specialista in NPI;</p> <p>Come risorsa appartenente all'U.O. a V.D. di NPI si propone n.1 medico specialista in NPI con funzione di coordinamento. Sarebbero invece da reclutare i seguenti operatori :</p> <ul style="list-style-type: none"> • N. 1 Medico-chirurgo, specialista in NPI
--	---

	<ul style="list-style-type: none"> • N. 4 psicologi • N. 1 logopedista • N. 2 neuropsicomotricista dell'età evolutiva • N. 2 Scienze dell'educazione
OBIETTIVI	<p>Al fine di garantire un efficace intervento sono necessari :</p> <p>1. Collaborazione con la famiglia: percorso necessario per rendere comprensibili i comportamenti messi in atto dal bambino e sostenere i genitori e i fratelli nella gestione delle situazioni problematiche cercando di ridurre i comportamenti disfunzionali.</p> <p>2. Personalizzazione dell'intervento: il corretto inquadramento diagnostico e la specificità della diagnosi differenziale ci permette di inquadrare i sintomi nucleari dell'ADHD evidenziando se essi sono espressione dell'ADHD o se fanno parte di quadri in comorbidità. La definizione dell'intervento, pur nell'ottica di un approccio comportamentale, non propone un percorso rigido bensì flessibile e personalizzato sulla specifica situazione. E' importante definire i punti di forza, gli stili di apprendimento, le difficoltà, gli obiettivi e le priorità di ciascuno.</p> <p>3. Diagnosi e valutazione precisa: una diagnosi corretta (secondo i criteri del DSM IV o dell'ICD-10) è essenziale ai fini dell'intervento, così come esso non può prescindere da una precisa conoscenza delle abilità del bambino. La diagnosi di ADHD deve essere condotta da operatori della salute mentale dell'età evolutiva con specifiche competenze sulla diagnosi e terapia dell'ADHD e sugli altri disturbi che possono mimarne i sintomi (diagnosi differenziale) o che possono associarsi ad esso (comorbidità).</p> <p>4. Interventi terapeutici: il programma di trattamento deve prevedere consigli e supporto per i genitori e gli insegnanti, oltre a interventi psicologici specifici. Il lavoro terapeutico e/o psicoeducativo con il bambino con ADHD si svolge in tutti i suoi ambienti di vita: non solo, quindi, nell'area sanitaria, 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.</p> <p>La terapia con farmaci dovrebbe essere intrapresa solo se indicata da un neuropsichiatra infantile, in accordo con le evidenze riconosciute dalla comunità internazionale internazionale e tenuto conto degli</p>

	<p>aspetti psicologici e sociali del bambino e della sua famiglia. Il neuropsichiatra infantile deve anche coordinare e monitorare con gli altri operatori e la famiglia il percorso assistenziale del bambino.</p> <p>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.</p>
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	<p>Il progetto prevede un periodo di due anni con verifica semestrale.</p> <p>Il progetto prevede una verifica ogni 6 mesi attraverso valutazioni diagnostiche e funzionali specifiche.</p>
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	<p>L'attuazione dovrebbe avvenire nell'ambito della sede dell'U.O.S. a V.D. di NPI , ubicata in Campobasso, aperto a tutti i residenti della Regione Molise.</p> <p>Come indicatore di processo si propone la messa in atto di un adeguato percorso diagnostico che permette l'inquadramento clinico.</p> <p>Come indicatore di risultato, maggior numero di casi inquadrati in modo appropriato</p> <p>Messa in atto di percorsi integrati multimodali per bambini con ADHD</p> <p>Messa in atto di interventi terapeutici per bambini e adolescenti con adhd in comorbidità con altri disturbi</p>
RISULTATI ATTESI	<ul style="list-style-type: none"> a. Raggiungere una maggiore appropriatezza clinica. b. Raggiungere una maggiore efficacia nelle procedure diagnostiche e terapeutiche, contenendo il rischio di comorbidità. c. Poter giungere ad una rilevazione dei casi con adhd nel territorio regionale.

PROSPETTO ECONOMICO

DESCRIZIONE	TOTALE IMPEGNO ECONOMICO PRESUMIBILE (IN EURO)
<u>PERSONALE</u>	
Personale a dipendente:	
• N. 1 Medico specialista in Neuropsichiatria infantile	333 ore*60,00 euro/ora=€ 19.980,00
• Psicologi e terapisti della riabilitazione	800 ore*25,00euro/ora=€ 20.000,00
• Infermiere	320 ore*25,00euro/ora = € 8.000,00
Personale a contratto:	
• N. 1 Medico-chirurgo, specialista in NPI	
• N. 4 psicologi	
• N. 1 logopedista	€170.000,00
• N. 2 neuropsicomotricista dell'età evolutiva	
• N. 2 Scienze dell'educazione	
<u>MATERIALI DI CONSUMO</u>	
Materiale specifico e Attrezzature	€ 14.393,00
<u>ALTRO</u>	
Spese generali di gestione	€ 25.819,00
<u>TOTALE</u>	€ 258.192,00



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	Linea 16: Sviluppo degli strumenti del governo clinico e della valutazione della qualità e della sicurezza delle prestazioni – Risk Management
TITOLO DEL PROGETTO	Valutazione delle riammissioni potenzialmente evitabili negli ospedali della Regione Molise
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi
REFERENTE/ENTE ATTUATORE	Azienda Sanitaria Regionale del Molise

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€109.000,00
--------------------------------	-------------

IL PROGETTO

CONTESTO	<p>La Legge delega 421 del 1992 e, soprattutto, il DL n.502 del 1992, con le successive modifiche, hanno determinato una profonda trasformazione nel modello di funzionamento del nostro sistema sanitario. I cardini del nuovo modello sono il forte decentramento delle responsabilità, la trasformazione in aziende degli Ospedali e delle Unità Sanitarie Locali e l'introduzione di un nuovo sistema di finanziamento dell'assistenza sanitaria.</p> <p>In questo processo di rinnovamento emerge il tema della valutazione della qualità e dell'appropriatezza dei servizi sanitari, sia ospedalieri che territoriali.</p> <p>Molte delle indagini effettuate a tal proposito hanno documentato che una quota non trascurabile dell'assistenza erogata, principalmente a livello ospedaliero, possa essere considerata non necessaria, sia perché vengono erogate prestazioni a pazienti che potrebbero essere assistiti a livelli "inferiori" di assistenza (regime ambulatoriale o day hospital), sia perché la durata del periodo di degenza potrebbe essere ridotta.</p> <p>I ricoveri per problemi clinici che si potrebbero affrontare, con pari efficacia ed efficienza nell'utilizzo di risorse, ad un livello meno</p>
----------	---

	<p>intensivo, sono definiti "non appropriati".</p> <p>In tale ambito assume particolare importanza la valutazione dell'appropriatezza e dell'eventuale evitabilità delle riammissioni ospedaliere.</p> <p>Il fenomeno delle riammissioni ospedaliere rappresenta, infatti, un indicatore della qualità di assistenza erogata in ospedale, i cui principali attributi sono l'efficacia clinica, intesa come capacità di produrre salute in termini di recupero e mantenimento di uno stato di salute accettabile, e l'efficienza gestionale-operativa, intesa come corretto inquadramento diagnostico-terapeutico nel tempo giusto e con risorse appropriate.</p> <p>Qualora si escludano le patologie recidivanti o soggette a trattamenti ciclici o su più fasi, il fenomeno è in genere interpretabile alla luce di due possibili spiegazioni: la scarsa capacità di cura del produttore del primo ricovero tanto che un successivo ricovero si rende necessario; ovvero l'opportunismo del produttore che, al fine di accrescere la produzione, attua una dimissione anticipata del paziente e una sua successiva riammissione.</p>
DESCRIZIONE	<p>Il presente progetto di ricerca si inserisce nell'ambito degli sforzi tendenti al miglioramento continuo della funzionalità della struttura ospedaliera, tenendo conto che la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie costituiscono una componente strutturale dei LEA e quindi una prerogativa di tutte le prestazioni offerte dal SSN, nonché un impegno per ciascun professionista.</p> <p>Più precisamente, la presente indagine si propone di descrivere le caratteristiche e l'eventuale evitabilità delle riammissioni in ospedale (ricoveri ripetuti).</p> <p>Il DPCM 29/11/2011 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza", nell'allegato 3.1, definisce, come "Ricoveri Ripetuti per acuti", i ricoveri ordinari in acuzie a carico del SSN che hanno luogo nello stesso Presidio, che sono classificati con la stessa MDC (Major Diagnostic Category- Categoria Diagnostica Maggiore) e che sono effettuati in un intervallo temporale inferiore od uguale a 30 giorni dalla dimissione del precedente ricovero.</p> <p>A tal fine, l'Unità di Ricerca dell'Università del Molise valuterà le patologie e la tipologia dei pazienti interessati dal fenomeno dei ricoveri ripetuti e l'appropriatezza delle riammissioni stesse.</p> <p>La valutazione sarà effettuata mediante un'indagine retrospettiva sui ricoveri effettuati negli anni 2012-2013 nei diversi ospedali della Regione Molise.</p>
OBIETTIVI	<p>Gli obiettivi generali del progetto sono, pertanto, quelli di</p>

	<p>-valutare e monitorare la performance dell'assistenza ospedaliera</p> <p>-migliorare l'efficacia dei modelli assistenziali utilizzati e/o migliorare e/o attivare una rete integrata di assistenza socio-sanitaria.</p> <p>Gli obiettivi specifici del progetto sono i seguenti:</p> <p>-descrivere la frequenza e la distribuzione dei ricoveri ripetuti nella rete ospedaliera regionale negli anni 2012-2013</p> <p>-valutare la tipologia e le patologie dei pazienti interessati dal fenomeno</p> <p>-valutare l'appropriatezza, e quindi l'eventuale evitabilità, delle riammissioni</p> <p>Inoltre, ulteriori obiettivi sono quelli di consolidare ed estendere l'utilizzo di strumenti e metodologie quali supporti fondamentali per una corretta programmazione sanitaria regionale e per le scelte di organizzazione dei processi assistenziali per le Aziende sanitarie territoriali ed ospedaliere.</p>
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	12 mesi
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	<ul style="list-style-type: none"> - strutture ospedaliere della Regione Molise - indicatori di frequenza e di distribuzione nella rete ospedaliera regionale del fenomeno “ricoveri ripetuti” - indicatori economici di valutazione dei “costi” del fenomeno - indicatori di appropriatezza del fenomeno
RISULTATI ATTESI	<p>-Valutare la reale prevalenza dei ricoveri ripetuti nella rete ospedaliera della Regione Molise negli anni 2012- 2013</p> <p>-Valutare le riammissioni potenzialmente evitabili.</p> <p>La opportuna analisi e divulgazione dei risultati che saranno conseguiti dovrebbe contribuire all'instaurarsi di un circolo virtuoso che comporti il miglioramento dell'erogazione dell'assistenza ospedaliera in termini di riduzione di prestazioni non appropriate.</p>

PROSPETTO ECONOMICO

DESCRIZIONE	TOTALE IMPEGNO ECONOMICO PRESUMIBILE (IN EURO)
<u>PERSONALE</u>	
Personale esterno	€ 70.000,00
<u>MISSIONI</u>	
Missioni	€ 3.000,00
<u>ATTREZZATURE E MATERIALI DI CONSUMO</u>	
Materiale vario	€ 5.000,00
Attrezzature informatiche	€ 10.000,00
<u>ALTRO</u>	
Servizi Esterni	€ 10.000,00
Spese Generali	€ 11.000,00
<u>TOTALE</u>	
	€ 109.000,00



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	Linea 16: Sviluppo degli strumenti del governo clinico e della valutazione della qualità e della sicurezza delle prestazioni – Risk Management
TITOLO DEL PROGETTO	Gestione informatizzata della prescrizione, preparazione e somministrazione dei chemioterapici: gestione del rischio, qualità e farmaco economia.
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi
REFERENTE/ENTE ATTUATORE	Azienda Sanitaria Regionale del Molise

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€45.000,00
--------------------------------	------------

IL PROGETTO

CONTESTO	Gli errori riscontrabili durante le prescrizioni di medicinali oncologici riguardano l'appropriatezza terapeutica, il dosaggio, la valutazione dei dati e/o dei valori di laboratorio del paziente, la presenza di acronimi etc. Uno degli approcci più moderni alla gestione di questa problematica trova un importante alleato nell'informatizzazione per mezzo di programmi dedicati, per costruire i cicli antitumorali, dalla prescrizione alla somministrazione al letto del paziente, passando dalla validazione e dall'allestimento da parte del farmacista ospedaliero. La possibilità di inserire i dati completi dei pazienti (anagrafica, BSI, peso, analisi di laboratorio etc.) e la possibilità di inserire principi attivi antitumorali, medicazioni ancillari, schemi terapeutici e posologici, definendo anche protocolli terapeutici condivisi sede - specifici, permette ai programmi di interfacciare le informazioni, calcolando in modo automatico la dose corretta di medicinale per lo specifico paziente. Tale percorso comporta un vantaggio sia clinico sia economico (riduzione degli sprechi), oltre ridurre drasticamente il rischio clinico a migliorare la metodica di lavoro, la comunicazione e i tempi di attesa.
DESCRIZIONE	Nella UOC di Oncologia Medica del Cardarelli il sistema di prescrizione del trattamento chemioterapico utilizza una scheda cartacea compilata dal medico con : dati anagrafici, tipo di patologia,

	<p>farmaci da somministrare con le relative dosi e le modalità di infusione. La necessità di trasferire i dati porterà, grazie al contributo di un esperto informatico, alla realizzazione di un programma, che risiederà sul server della UOC e accessibile a tutti le cui caratteristiche saranno:</p> <ul style="list-style-type: none"> • gestione personalizzata, con accesso sicuro mediante password assegnata dall'amministratore (tracciabilità ad ogni accesso e sicurezza del dato); • calcolo automatico di superficie corporea, dose del farmaco, tempo di infusione, controllo della dose cumulativa per farmaci come da farmacopea internazionale; • blocco automatico per dosaggi superiori indicato per singolo farmaco (ad esempio dosaggio totale per singola somministrazione come si verifica negli alcaloidi della VINCA); • ottimizzazione della somministrazione di alcuni farmaci nella tempistica della schedula (ad esempio la prima somministrazione di alcuni farmaci biologici nei trattamenti di alcune emolinfopatie) con una modifica nella cronologia della somministrazione della prima terapia (come da letteratura) a tutela della sicurezza del paziente; • obbligherà il medico prescrittore, prima della definitiva validazione del ciclo, a ricontrollare il dosaggio dei farmaci da somministrare; in queste occasioni potrà essere effettuata una eventuale riduzione di dose, valida solo per quella specifica somministrazione; • definirà una banca dati dei siti di patologie e di tutti gli schemi di terapia ritenuti "standard" dai Cancer network (NCI, NHS,NCCN, CCO, ESMO, AIOM). Le banche dati, in particolare quelle degli schemi di terapia vengono aggiornati con cadenza trimestrale seguendo la stessa metodologia; • La prescrizione, dopo la convalida del medico prescrittore sarà disponibile in farmacia; • la dispensazione viene effettuata dal farmacista dopo il controllo di congruità della prescrizione, la valutazione delle modalità di diluizione e preparazione dei farmaci e ne dà a sua volta la convalida. Ovviamente anche l'accesso del farmacista è regolato da credenziali assegnate dall'amministratore che consentono di mantenere il percorso della tracciabilità e della sicurezza della preparazione; • la convalida del farmacista avvia le procedure di preparazione che consistono in: produzione del foglio di lavoro che viene consegnato al preparatore il quale, sempre dopo accesso mediante password ricontrolla la correttezza dei dati anagrafici, la scheda di terapia, la dose da preparare, le diluizioni da utilizzare ne conferma le modalità; • il preparatore procede poi alla stampa delle etichette da apporre sul farmaco preparato che riporta in dettaglio l'anagrafica del
--	--

	<p>paziente, farmaco e dose, modalità di somministrazione, tipo di conservazione, giorno e ora di preparazione e nome del tecnico che ha effettuato la preparazione.</p> <p>Ciascuno di questi passaggi (prescrizione, dispensazione e preparazione) obbligatoriamente si chiudono con la firma elettronica dell'operatore (come ai sensi dell'art.3 del d.lgs.del 12/02/93 n.39) che ha effettuato il passaggio.</p> <p>E' chiaro quindi, come l'informatizzazione abbatta sensibilmente la possibilità di errore negli step critici della gestione delle terapie oncologiche. E' auspicabile avvalersi di questi strumenti o, dove non possibile, creare procedure standardizzate e processi di verifica per garantire la correttezza, la rintracciabilità delle varie tappe e l'assenza di errore.</p>													
OBIETTIVI	<p>Gli obiettivi del progetto prevedono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • la sicurezza dei pazienti; • la sicurezza degli operatori; • la qualità del percorso; • abbattimento del rischio clinico • la riduzione della risorsa tempo (per pazienti e operatori); • farmacoeconomia; • controllo di gestione su qualità e quantità dei farmaci utilizzati con particolare attenzione a farmaci ad alto costo e farmaci AIFA; • definizione dei report. 													
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	Mesi	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
	Definizione della logistica													
	Valutazione dei bisogni delle due Unità Operative													
	Ricerca bibliografica e revisione dei protocolli "standard"													
	Creazione e Implementazione del software													
	Creazione database delle patologie e degli schemi di terapia													
	Test del software													

4

PROSPETTO ECONOMICO

DESCRIZIONE	TOTALE IMPEGNO ECONOMICO PRESUMIBILE (IN EURO)
<u>PERSONALE</u>	
Personale a contratto	€ 35.000,00
<u>MISSIONI</u>	
<u>ATTREZZATURE E MATERIALI DI CONSUMO</u>	
Attrezzature informatiche	€ 2.500,00
<u>ALTRO</u>	
Formazione e aggiornamento	€ 3.000,00
Spese generali di gestione	€ 4.500,00
<u>TOTALE</u>	€ 45.000,00



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	Linea 16: Sviluppo degli strumenti del governo clinico e della valutazione della qualità e della sicurezza delle prestazioni – Risk Management
TITOLO DEL PROGETTO	Monitoraggio eventi sentinella ed audit clinico: formazione operatori e predisposizione di un programma regionale
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi
REFERENTE/ENTE ATTUATORE	Azienda Sanitaria Regionale del Molise

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€137.980,00
--------------------------------	-------------

IL PROGETTO

CONTESTO	<p>La Gestione del Rischio Clinico quale strumento della Clinical Governance è la metodologia che permette, attraverso l'individuazione e la valutazione dei rischi, la gestione dei processi decisionali e il controllo delle procedure, la riduzione degli stessi.</p> <p>Lo sviluppo d'interventi efficaci è strettamente correlato alla comprensione delle criticità dell'organizzazione e dei limiti individuali, richiedendo una cultura diffusa che consenta di superare le barriere per la attuazione di misure organizzative e di comportamenti volti a promuovere l'analisi degli eventi avversi ed a raccogliere gli insegnamenti che da questi possono derivare.</p> <p>In Italia, sulla base dell'Intesa Stato-Regioni marzo 2008, è stato concordato il quadro strategico nel quale fare confluire le azioni prioritarie e tra queste vi è il sistema di monitoraggio degli eventi sentinella, nell'ambito dell'Osservatorio nazionale di monitoraggio degli eventi sentinella.</p> <p>La definizione di evento sentinella: un “evento avverso di particolare gravità, potenzialmente evitabile, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario. Il verificarsi di un solo caso è sufficiente per dare luogo ad un'indagine conoscitiva diretta ad accertare se vi abbiano contribuito fattori eliminabili o riducibili e per attuare le adeguate misure correttive da parte dell'organizzazione”.</p>
----------	--

	<p>Sono individuati come eventi sentinella e quindi da segnalare al Ministero:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ un accadimento che può essere causa di un danno successivo (ad esempio embolia polmonare, caduta) ▪ il danno stesso (ad esempio morte materna) ▪ un indicatore di attività o processo (ad esempio triage sottostimato) ▪ qualsiasi atto di violenza subito da operatore o paziente. <p>In tale contesto, è stato sviluppato un sistema informativo dedicato (Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Eventi Avversi - SIMES) per consentire alle strutture sanitarie, per il tramite delle Regioni e le Province Autonome (P.A.), di segnalare gli eventi occorsi ed analizzarne le cause ed i fattori contribuenti con lo scopo di imparare da questi e mettere in atto piani di azione volti a ridurre la possibilità che l'evento si verifichi nuovamente.</p> <p>Il monitoraggio degli eventi sentinella e l'Audit Clinico costituiscono importanti azioni di Gestione del Rischio Clinico, rappresentando strumenti indispensabili per la prevenzione di tali evenienze e per la promozione della sicurezza dei pazienti. Un elemento di criticità è quello relativo al fenomeno della sotto segnalazione, dal momento che il sistema di segnalazione degli eventi sentinella raccoglie solo una parte degli eventi occorsi. Di conseguenza i dati non hanno un valore epidemiologico assoluto, non consentendo di trarre conclusioni rispetto alla frequenza degli eventi ovvero al trend temporale. Il presente progetto si propone di implementare il processo di miglioramento della qualità e della sicurezza delle strutture sanitarie pubbliche e private accreditate regionali tramite la formazione degli operatori sanitari sul tema del monitoraggio degli eventi sentinella e della gestione degli Audit Clinici. Il consolidamento delle competenze dei professionisti e la relativa formazione su tali tematiche costituiscono elementi fondamentali e indispensabili per assicurare l'erogazione di cure efficaci e sicure.</p>
DESCRIZIONE	<p>Dopo l'istituzione del Team di Coordinamento del progetto, costituito dal personale aziendale già permanentemente impegnato nella Gestione del Rischio Clinico ed indicato dal responsabile referente del progetto, si procederà alla selezione del personale delle strutture sanitarie aziendali ospedaliere e del territorio, nonché di quelle private accreditate regionali in base a requisiti specifici professionali ed attitudinali. Gli operatori identificati parteciperanno ai moduli formativi previsti gestiti dal tavolo di coordinamento con la collaborazione di figure professionali esterne esperte nel settore del Risk Management e fruiranno, ove previsto di formazione in affiancamento. I temi trattati riguarderanno i protocolli ministeriali di monitoraggio degli eventi sentinella, l'analisi di cause e fattori contribuenti al verificarsi dell'evento sentinella, Linee-guida, raccomandazioni, protocolli assistenziali, procedure, specifiche per prevenire tali eventi.</p>
OBIETTIVI	<p>Scopo del progetto è quello di implementare il sistema di segnalazione degli eventi sentinella regionale in applicazione del protocollo previsto dal Ministero della Salute. L'obiettivo è quello di predisporre un</p>

	sistema strutturato regionale aziendale e territoriale preposto alla identificazione degli eventi avversi ed alla progettazione di soluzioni e processi assistenziali adeguati, attraverso la raccolta sistematica dei dati relativi agli eventi avversi secondo le indicazioni ministeriali e la formazione degli organismi tecnici preposti a curare e condurre gli Audit Clinici a livello regionale e locale, con l'intento di attuare la sistematica valutazione della qualità e appropriatezza delle attività clinico assistenziali regionali.				
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	Fase 1 Mesi 1	Fase 2 Mesi 1	Fase 3 mesi8	Fase 4 Mesi1	Fase 5 Mesi1
	Creazione tavolo coordinamento				
		Individuazione strutture e personale			
			Formazione operatori e Verifica		
				Analisi dei risultati	
					Relazione conclusiva
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	Ambito da valutare	Indicatori			
	Diffusione del sistema	N eventi sentinella che non vengono segnalati dalle UUGO/ N eventi sentinella totali			
	Analisi dei dati che emergono	N analisi effettuate / N eventi segnalati			
	Introduzione dei miglioramenti	N. di miglioramenti introdotti/ N miglioramenti emersi dall’analisi			
	Valutazione dei miglioramenti conseguiti	N e tipologia di azioni di miglioramento portate a risultato / N e tipologie di azioni di miglioramento previste.			
Tutti gli eventi sentinella saranno segnalati dagli operatori all’ unità di gestione del rischio clinico che potrà trasmetterli al Ministero della Salute nei modi e tempi previsti. Per tutti gli eventi sentinella potrà essere predisposta l’indagine interna e la messa a punto delle procedure adeguate secondo le raccomandazioni ministeriali.					

RISULTATI ATTESI	<p>Il sistema di monitoraggio si pone l'obiettivo di raccogliere le informazioni relative agli eventi sentinella che si verificano nelle strutture del SSN, al fine di comprendere le circostanze e i fattori che ne hanno favorito l'occorrenza. Attraverso l'analisi delle segnalazioni è possibile individuare i punti critici del sistema e suggerire possibili soluzioni, anche tramite l'elaborazione di raccomandazioni e Linee guida, che diano indicazioni per promuovere a livello aziendale le opportune azioni di contrasto. Il progetto si propone quindi di contribuire al processo di miglioramento della qualità e della sicurezza delle strutture sanitarie regionali tramite la messa a punto di metodologie e modelli di gestione del rischio clinico univoci ed in linea con quanto già realizzato a livello internazionale e nazionale.</p>
------------------	--

PROSPETTO ECONOMICO

DESCRIZIONE	TOTALE IMPEGNO ECONOMICO PRESUMIBILE (IN EURO)
<u>PERSONALE</u>	
Personale dipendente (medici, infermieri) €60/h x n. 750 ore anno € 25/h x n. 800 ore anno	€ 65.000,00
Personale a contratto	€ 35.000,00
<u>MISSIONI</u>	
Missioni	€ 7.500,00
<u>ATTREZZATURE E MATERIALI DI CONSUMO</u>	
Manuali e questionari	€ 2.000,00
<u>ALTRO</u>	
Formazione e aggiornamento	€ 14.780,00
Spese generali di gestione	€ 13.700,00
<u>TOTALE</u>	€ 137.980,00



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
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi
REFERENTE/ENTE ATTUATORE	Azienda Sanitaria Regionale del Molise

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€. 1.423.152,00
--------------------------------	-----------------

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 quella di dare attuazione alle attività previste dal PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE (PRP) 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 (sottoprogetti), coerenti e compatibili anche con le linee di indirizzo del nuovo piano sanitario nazionale:</p> <p>A) SCREENING PER LA PREVENZIONE DEL CANCRO DEL POLMONE NELLA POPOLAZIONE ADULTA MOLISANA AD ALTRO RISCHIO: l'obiettivo primario del progetto di ricerca è quello di identificare precocemente, nell'ambito della popolazione adulta molisana ad alto rischio, la</p>

	<p>presenza di noduli polmonari sospetti per neoplasie del polmone.</p> <p>Monitorare in follow up i pazienti ed avviare gli stessi a procedure di trattamento precoce in linea con le più aggiornate linee-guida internazionali. Obiettivo secondario è quello di determinare il profilo dei microRNA (miRNA) plasmatici e la presenza di oncogeni/oncosoppressori. Tali studi non saranno valutati nel singolo paziente ma nell'intera popolazione e analizzati in associazione ai risultati di diagnostica per immagini.</p> <p>Lo screening mediante TAC a basso dosaggio potrà identificare, nell'ambito della popolazione adulta ad alto rischio, casi di neoplasie del polmone in fase preclinica e suscettibili di rimozione chirurgica radicale.</p> <p>E' auspicabile che, nell'ambito della popolazione molisana ad alto rischio, il programma di screening porti alla identificazione di pazienti con cancro del polmone (stadi iniziali) da avviare a procedure di trattamento precoce in grado di impattare in maniera significativa sulla sopravvivenza.</p> <p>Lo studio clinico si sviluppa in due fasi: la fase Trasversale che si propone di tracciare una fotografia del rischio neoplasie del polmone nella popolazione molisana a rischio. la fase Longitudinale che consentirà di seguire i casi sospetti in un rigido programma di follow up nel rispetto delle linee guida internazionali.</p> <p>Il programma di ricerca si completa con uno studio di ricerca traslazionale che non avrà impatto diretto sulle decisioni clinico/terapeutiche della popolazione selezionata ma potrà fornire informazioni importantissime sui meccanismi biomolecolari delle neoplasie ed aprire la strada a futuri programmi combinati di screening di Clinica, Diagnostica per Immagini e Ricerca di Markers Tumorali circolanti, ad alta specificità e sensibilità.</p> <p>B) DIAGNOSI PRECOCE DELLA MALATTIA DI ALZHEIMER PER OTTIMIZZARE LA TERAPIA FARMACOLOGICA ED IL PERCORSO ASSISTENZIALE: <u>il progetto qui presentato è incentrato sulla applicazione di nuove metodologie di diagnosi precoce della demenza di Alzheimer.</u> Partendo da nostri dati (Russo 2005 e Nizzari 2012) abbiamo costruito modelli cellulari specifici in cui abbiamo identificato altri componenti del pathway di segnale di APP, identificando componenti importanti i cui livelli sembrano aumentare nei pazienti affetti da AD e che quindi costituirebbero al contempo nuovi marcatori di demenza e nuovi potenziali target terapeutici. In particolare abbiamo identificato il recettore LRP8 ed i suoi frammenti quale componenti del pathway di APP e nuovi potenziali marcatori della DA. Il recettore LRP8 rappresenta quindi in questo nuovo progetto l'oggetto primario per lo sviluppo di un nuovo metodo diagnostico (E-Test) che, associato all'analisi clinica dei pazienti</p>
--	---

	<p>può servire a migliorare l'assistenza ai pazienti. Risultati dello studio precedente hanno portato all'identificazione di:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) la proteina LRP8 nel plasma, e nel nel liquor 2) l' aumento della presenza di LRP8 in pazienti affetti da DA in confronto con soggetti non dementi; costituendo quindi un nuovo potenziale marcatore per la diagnosi precoce di demenza di Alzheimer. 3-la produzione di un prototipo di kit ELISA quale strumento diagnostico per la diagnosi precoce di DA. <p>L'ulteriore aspetto interessante è costituito dal fatto che abbiamo creato un modello <i>in vitro</i> in cui abbiamo potuto associare modificazioni a LRP8 ad un fenotipo di morte cellulare simile a quella riscontrata nel corso di DA. Questo dato rinforza LRP8 quale marcatore, in quanto potrebbe far parte di un pathway metabolico difettivo in DA.</p> <p>OBIETTIVO 1:</p> <p>verificare l'E-test basato su di un anticorpo sviluppato nei nostri laboratori e specificamente disegnato sul dominio C-terminale del recettore LRP8 per: a) controlli non dementi, b) affetti da mild cognitive impairment (MCI)-fasi molto iniziali di demenza- e c) pazienti clinicamente affetti da DA. La quantificazione mediante ELISA sarà associata ad analisi anche mediante SDS-PAGE e western blotting per la determinazione anche qualitativa dei frammenti recettoriali. I campioni sono già disponibili e sono stati raccolti in collaborazione con il prof. A Di Costanzo presso il Centro di Ricerca e Formazione in Medicina dell'Invecchiamento (Università del Molise), con il Dipartimento di Medicina Interna dell'Università di Genova (prof P. Odetti) e con l'IRCCS Fatebenefratelli di Brescia, Unità di Valutazione Alzheimer (Prof. G. Binetti). I dati sono conservati nel rigoroso rispetto delle norme sulla privacy e il database consultabile solo dal personale autorizzato. Sia l'anticorpo, sia il prototipo del test (E-Test) sono in fase di brvettazione.</p> <p>La matrice dati dei pazienti con i parametri biochimici e con i dati ottenuti dall'E-Test verranno crosslinkati con dati ottenuti da campioni di pazienti stratificati da una banca americana (Precision Medicine) in cui effettueremo le medesime analisi e valutazioni, e confrontati con le risultanze dell'analisi clinica ed i pazienti verranno stratificati i tre gruppi di potenziale intervento differenti. I gruppi saranno così suddivisi:</p> <p>gruppo I: bassi livelli di LRP8 e MCI di grado lieve;</p> <p>gruppo II: livelli bassi o intermedi di LRP8 ed MCI di grado moderato; e</p> <p>gruppo III: alti livelli di LRP8 e MCI avanzato o AD.</p> <p>Le risultanze dell'analisi mediante E-test saranno valutate ex-post e pubblicate su riviste specializzate. Sarà possibile preparare linee guida appositamente strutturate per l'assistenza ai pazienti della Regione Molise in accordo con i risultati ottenuti.</p>
--	---

	<p>OBIETTIVO 2:</p> <p>Sviluppo e validazione di un di un prototipo di kit (E-Test) ELISA diagnostico per pazienti con MCI e DA per:</p> <p>a) diagnosi precoce con nuovi marcatori mediante E-test,</p> <p>b) stratificazione dei pazienti in base alla stadiazione clinica della demenza (1-Non demente, 2- Mild Cognitive Impairment, 3- Demenza di Alzheimer, 4-Altra demenza). ed in base ai risultati dell'analisi dei marcatori (livelli di LRP8).</p> <p>c) attivazione di specifici programmi di attività fisica e di riabilitazione anche domiciliari (per il daily living, di compensazione mnemonica, per il mantenimento della capacità di parola e della deglutizione, per la riduzione del rischio infettivo, per l'assistenza nutrizionale etc...), per singoli e di gruppo in base ai test clinici e diagnostici. Questo percorso consentirà di suddividere i pazienti in sottogruppi con programmi assistenziali dedicati:</p>
OBIETTIVI	<ul style="list-style-type: none"> - Realizzazione di attività di prevenzione; - Screening della popolazione; - 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
(relativo ai soli sottoprogetti proposti)

DESCRIZIONE	TOTALE IMPEGNO ECONOMICO PRESUMIBILE (IN EURO)
<i>Sottoprogetto a)</i>	€. 164.000,00
<i>Sottoprogetto b)</i>	€. 147.000,00
<u>TOTALE</u>	€. 311.000,00



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	Linea 19: Superamento OPG e Salute Mentale
TITOLO DEL PROGETTO	Aumento accessibilità e trattamenti non farmacologici per la Depressione Medio Lieve con particolare attenzione al genere femminile
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi
REFERENTE/ENTE ATTUATORE	Azienda Sanitaria Regionale del Molise

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€474.384,00
--------------------------------	-------------

IL PROGETTO

CONTESTO	<p>In Regione Molise, in assenza di una programmazione regionale di tutti i presidi socio-sanitari necessari per la tutela della salute mentale nel ventennio successivo alla promulgazione della legge 180/78, si è avuta l'attivazione fino al 2012 solo del Centro di Salute Mentale (CSM) di Termoli. Si evidenzia che tale Servizio è il fulcro dell'Equipe degli operatori della salute mentale per l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza per le patologie mentali gravi e per i disturbi psichici minori. Soprattutto per questi ultimi la risposta è pressoché assente proprio per la peculiarità della Regione Molise. L'assenza della sede organizzativa per l'erogazione dei LEA ovviamente ha reso difficile intercettare questi disturbi, mentre per i Disturbi Mentali complessi e persistenti l'articolazione organizzativa è stata sempre assai soddisfacente e vi è stato bisogno solo di una rideterminazione dell'offerta in virtù anche dei nuovi indirizzi in conferenza stato-regione. Il quadro contestuale sta velocemente evolvendo, grazie all'attivazione del Centro di Salute Mentale a Campobasso dagli inizi del 2013 e alla prossima attivazione di quello di Isernia. In questo contesto l'attenzione data ai disturbi psichici comuni, già carente presso tutti i servizi di salute mentale italiani, è ancor più grave presso la nostra Regione. Sulla base di tutti i report internazionali della World Health Organization (www.who.org) si può sintetizzare quanto segue: a) i disturbi mentali comuni hanno una grande diffusione epidemiologica e determinano un carico di malattia ed un costo economico e sociale nelle popolazioni e per la società superiore a quello degli altri disturbi; b) il numero di soggetti affetti da disturbi comuni gravi che comprendono oltre alla gravità dei sintomi anche la cronicità e le disabilità funzionali, è superiore a quello dei soggetti affetti da disturbi mentali con più bassa incidenza come le Psicosi; c) il rapporto costo beneficio in</p>
----------	--

termini di DALY'S dei trattamenti basati sull'evidenza attualmente disponibili per il trattamento dei disturbi comuni è migliore rispetto a quello dei trattamenti per altri disturbi mentali. Nonostante ciò questi disturbi ricevono scarsa attenzione da parte dei servizi di salute mentale che ancora evidentemente non riescono ad esplicitare una loro Mission di Servizi di Public Health. Il sistema regionale Molise per il contesto descritto precedentemente presenta una situazione ovviamente più sfavorevole rispetto a quei servizi che da anni e anni hanno attivato politiche sanitarie di attenzione a questi disturbi in collaborazione con i Medici di Medicina Generale (è sufficiente consultare l'ampia bibliografia di Berardi et al., su questo argomento). A fronte di 4373 pazienti nel solo anno 2013 che hanno avuto almeno un contatto con i servizi di salute mentale, ad oggi il numero complessivo dei disturbi comuni dal 1° gennaio 2014 sono solo di 1352! Si tenga presente che i disturbi comuni sono circa il 90% di tutti i disturbi psichiatrici e pertanto le cifre soprariportate descrivono uno scenario allarmante in quanto i servizi di salute mentale italiani, e quelli molisani ancor di più, non si configurano come servizi di Sanità Pubblica! Tra i disturbi comuni particolare attenzione rivestono depressione medio lieve, ansia e disturbi dell'adattamento che in parte possono rientrare in quelli depressivi come anche una parte non trascurabile di quelli ansiosi. Anni or sono infatti era molto abusato di termine depressione-ansiosa proprio per le difficoltà di confine. Si tenga presente comunque che solo la prevalenza della Depressione come registrata dall'ultima rilevazione del sistema nazionale PASSI dell'Istituto Superiore di Sanità è di 6.2% (95% CI: 6.4%-6.7%). Il fenomeno "depressione" è ancora più complesso poiché questo dato viene interpretato come "basso" (sicuramente in controtendenza rispetto ai dati europei e americani), e con un trend in lieve calo, ma allo stesso tempo viene registrato un aumento consistente degli antidepressivi, cioè un incremento del 28% su base annua. Se si considera che i servizi non intercettano questi disturbi ne consegue come logica che la gran parte delle prescrizioni viene effettuata direttamente dal Medico di Medicina Generale. Non è azzardato tra l'altro ipotizzare, in assenza di dati specifici regionali, che la prescrizione maggiore possa avvenire proprio per la fascia di età più a rischio (50-69 anni; AOR = 1.5; dati del sistema PASSI a cura di Gigantesco et al., 2014, submitted), che si reca più spesso dal MMG, fascia di età particolarmente rappresentativa in Molise che tende verso una popolazione più anziana!. Un altro dato interessante per il nostro contesto è il fattore di rischio legato alle condizioni socio-economiche per il maggior rischio tra coloro con maggiori difficoltà economiche (AOR=3.8; 95% CI, 3.3-4.5; vedi Gigantesco et al.). Infine dato replicato in tutti gli studi le donne sono quelle maggiormente colpite con un AOR=1.8; 95% CI, 1.6-2.0, nella rilevazione PASSI (Gigantesco et al., 2014; submitted) o come descritto nei Survey della WHO (Survey 2005-2007; www.who.org) con un rapporto di prevalenza del disturbo depressivo donne vs. uomini di 1.5.

Per le ragioni sopra descritte è importante iniziare a riformulare un'articolazione organizzativa maggiormente orientata alla Sanità Pubblica per il trattamento dei disturbi comuni a partire dalla Depressione soprattutto con riferimento alla specificità di genere, quindi alla depressione nella donna. Il progetto che viene qui presentato può essere l'occasione per orientare il DSM al trattamento di questo importante disturbo.

DESCRIZIONE	<p>L'articolazione del progetto prevede:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elaborazione di un modello di registrazione al calcolatore delle variabili socio-anagrafiche e cliniche di maggiore rilevanza per la depressione; - Elaborazione del Software per acquisire le informazioni rilevanti relative al disturbo sia nella fase di screening che nella fase di trattamento; - Immissione dei dati a cura dei partecipanti al progetto; - Coinvolgimento presso ogni UOC territoriale di Psichiatria (Campobasso, Isernia e Termoli) di 10 medici di medicina generale cosiddetti "massimalisti"; - Selezione di alcuni operatori dei Centri di Salute Mentale dedicati a questo progetto per la valutazione e il trattamento; - Coinvolgimento del personale presso il consultorio materno infantile e/o presso il reparto Maternità degli Ospedali Generali e presso le Unità Operative di Cardiologia; -- Formazione del Personale a contratto per le domande di screening per la depressione; - Formazione del Personale a contratto per le domande di valutazione della depressione; - Formazione del personale a contratto e del personale delle UOC territoriali per gli interventi individuali e di gruppo di provata efficacia; - elaborazione finale di tutti i dati acquisiti sia di input, sia di "processo" che di "risultato" ed "outcome"; <p>Si necessita per la <u>fase iniziale del progetto</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> - acquisto di 9 PC portatili (3 per ogni Unità Operativa); - elaborazione dei software per acquisizione dati; - fotocopie e/o acquisto dei questionari di screening e valutazione; - Formazione del personale per la valutazione (calcolando anche gli indici di accordo tra valutatori) e per i trattamenti previsti; <p>La <u>fase intermedia del progetto</u> prevede la fase di screening e di trattamento.</p> <p>A) Fase di screening: avverrà sia attraverso il personale a contratto sia attraverso il personale dei servizi limitrofi; in termini operativi il personale a contratto si recherà ogni giorno per 3 ore presso i diversi studi di medicina generale sia per la fase di screening sia per informare gli assistiti che presso i CSM ci saranno delle ore dedicate per "accoglienza e ascolto". Allo stesso modo si procederà presso i consultori "materno infantile" e presso le Unità Operative di Maternità e Cardiologia Ospedaliera dove lo screening sarà effettuato dal personale formato e a ore da quello a contratto. Tutti i dati saranno inseriti nei notebook. Lo screening avverrà con gli strumenti di misura (vedi)</p> <p>B) Presso i CSM di Campobasso e Termoli e gli ambulatori di Isernia saranno organizzate delle ore settimanali sulla base della domanda. Sarà approfondita la valutazione e le persone con Depressione Medio-Lieve saranno tutte poi trattate senza farmaci con interventi singoli o di gruppo a seconda della preferenza della persona. Solo quelle di gravità maggiori saranno inviate allo Psichiatria</p> <p>C) Per quanto riguarda in particolare le Depressioni post-partum sarà seguito l'approccio allo stato presente a livello sperimentale presso il CSM di campobasso in quanto tale servizio è tra le 3 UO</p>
-------------	---

	<p>nazionale per la ricerca del Centro Controllo Malattie del Dipartimento Prevenzione del Ministero.</p> <p>La fase finale del progetto prevede l'elaborazione dei dati, la preparazione del rapporto conclusivo, l'elaborazione di un Percorso Diagnostico-Terapeutico Assistenziale per la Depressione Minore e la creazione di uno "Sportello per la Promozione della Salute della Donna nell'ottica della prevenzione della depressione" per ogni macro-distretto in collegamento funzionale con il DSM. Particolare importanza sarà data quindi al genere femminile dato attraverso strategie e tecniche specifiche. Inoltre sarà effettuato l'analisi del trattamento farmacologico con gli stessi casi accoppiati per le stesse caratteristiche cliniche ed extracliniche trattate l'anno precedente per osservare la diminuzione del trattamento farmacologico</p> <p>Per l'effettuazione del progetto vi sarà bisogno di: <u>risorse umane per ogni CSM,</u> 1 Tecnico amministrativo 2 Tecnici della Riabilitazione Psicosociale 1 Assistente Sociale 2 Psicologi</p> <p>Il totale degli operatori è di 18 operatori</p> <p><u>risorse tecnologiche per ogni CSM,</u> - 3 notebook per registrare i dati presso i mmg - 3 PC - 3 stampanti - 3 fotocopiatrici multifunzioni</p> <p>risorse strumentali per ogni CSM, - strumenti di screening, valutazione e manuali. Tra gli strumenti di screening e di valutazione saranno usati i seguenti: - PHQ-9 (Patient Health Questionnaire a 9 item); punteggi uguali o superiori a 15 sono altamente indicativi della presenza di depressione maggiore. - la EPDS (Edinburg Post Natal Depression Scale); punteggio superiori a 12 sono indicativi della presenza di Depressione Post Parto. - il DAG è la scala GAD 2 (che prevede solo 2 domande da porre al soggetto), un punteggio di 3 o più, è indicativo della presenza di un disturbo d'ansia.</p>
OBIETTIVI	<p>Gli obiettivi (quali-quantitativi) del progetto sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elaborazione del Software per la registrazione di tutti i dati (socio-anagrafici, clinici, di valutazione e trattamento farmacologico; • analisi epidemiologica del flusso informativo relativo alla depressione, alle variabili cliniche ed extra-cliniche, di trattamento farmacologico • aumento del numero di "Casi" soprattutto di sesso femminile in confronto al trend degli anni precedenti; • Diminuzione del numero di trattamenti farmacologici e del dosaggio farmacologico rispetto agli stessi casi dell'anno precedente; • Attivazione di un PDTA • Attivazione di uno Sportello per la Promozione della salute mentale

	della Donna per ogni macro-distretto												
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	Attività	Mesi											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	Costituzione gruppo di coordinamento	X											
	Elaborazione Software		X										
	Formazione Operatori		X										
	Attivazione Screening			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Immissione dati nel SISM			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Valutazione e Trattamenti Individuali				X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Attivazione PDTA e Sportello “donna”												X
	Analisi Dati di Efficacia dell’Intervento										X		
	Elaborazione Report Generale per rideterminare il fabbisogno della tipologia dell’intensità assistenziale residenziale											X	
	Trasmissione Report all’Ente Regione e presentazione pubblica risultati												X
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	Indicatore (S= Struttura; P=Processo; R=Risultato)												

	<p>Attivazione PDTA (P) per ogni UO</p> <p>Sportello “Donna” (P) per UO</p> <p>Miglioramenti Esito (R)</p> <p>Diminuzione Trattamento Farmacologico (R)</p>
RISULTATI ATTESI	<p>I Risultati Attesi sono già descritti in Obiettivi e Indicatori. Infatti alla fine del Progetto il Sistema della Salute Mentale avrà notevoli miglioramento dal punto di vista delle Modalità Operative (quindi di Processo) e di Esito (definito in termini di risultato).</p> <p>Dal punto di vista strutturale il sistema regionale sarà fornito di un software specifico e dedicato per la raccolta ed elaborazione dati della prevalenza del Disturbo Depressivo medio-lieve.</p> <p>Le ricadute pratiche del progetto sono notevoli in quanto vi sarà maggiore sensibilizzazione al problema del MMG che è diventato il prescrittore maggiore ormai degli antidepressivi. Con tale pratica gli MMG potranno poi collaborare su basi diverse con i CSM. Lo stesso dicasi dei Consultori Materno Infantili che avranno strumenti di screening e potranno favorire l'accesso al CSM. Inoltre presso i Consultori Materno Infantile saranno attivati gli Sportelli “Donna” di raccordo funzionale con i CSM. Allo stesso tempo sarà formata una ostetrica del reparto maternità che potrà effettuare lo screening di routine con l'EPDS e funzionare da collegamento stabile con il CSM</p> <p>Un'altra ricaduta è l'auspicabile è la diminuzione del trattamento farmacologico considerato l'aumento annuale stabile di questi farmaci</p> <p>Infine, ma non da meno, l'attivazione del primo percorso assistenziale per questi disturbi attraverso un PDTA per ogni UO</p>

PROSPETTO ECONOMICO

DESCRIZIONE	TOTALE IMPEGNO ECONOMICO PRESUMIBILE (IN EURO)
<u>PERSONALE</u>	
Personale dipendente	
€ 60/h x n.266 ore anno	€ 15.960
Personale a contratto	€ 320.000
<u>MISSIONI</u>	
Missioni	€ 4.500,00
<u>ATTREZZATURE E MATERIALI DI CONSUMO</u>	
Manuali e fotocopiatura dei questionari	€ 2.000,00
Apparecchiature elettroniche	€ 11.000,00
<u>ALTRO</u>	
Formazione e aggiornamento	€ 10.000,00
Spese generali di gestione	€ 42.000,00
Organizzazione dell'evento pubblico per la presentazione dei dati nei 3 DSM/CSM regionali	€ 14.540,00
<u>TOTALE</u>	€ 420.000,00



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	Linea 20: Sicurezza nei luoghi di lavoro
TITOLO DEL PROGETTO	Sicurezza in agricoltura D. Lgs. 81/2008
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi
REFERENTE/ENTE ATTUATORE	Azienda Sanitaria Regionale del Molise

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€97.594,00
--------------------------------	------------

IL PROGETTO

CONTESTO	Le strategie di prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali, perseguono obiettivi di miglioramento e di rafforzamento della conoscenza dei rischi e delle patologie ad esse correlate, di rafforzamento delle capacità di promuovere programmi di prevenzioni condivisi tra istituzioni e parti sociali, nonché miglioramento dell'efficacia ed integrazione delle attività di controllo. Al comparto agricolo, tra quelli a maggiore rischio di infortuni gravi e mortali, vanno assegnate azioni coordinate di vigilanza, informazione, formazione ed assistenza.
DESCRIZIONE	Il progetto "sicurezza in Agricoltura D.Lgs.81/2008" prevede sopralluoghi a 250 aziende agricole del territorio regionale, interventi di formazione informazione assistenza. Verifica dello stato delle macchine in uso in particolare dei trattori. Seminari formativi informativi destinati agli operatori del settore. Agricolo. Particolare attenzione sarà rivolta ai soggetti di cui all'art. 21 del D.Lgs81/2008 e succ. mod ed int.
OBIETTIVI	Attuazione di campagne di formazione informazione in Agricoltura su aspetti ritenuti essenziali per la gestione della salute e della sicurezza degli addetti, con particolare attenzione a: <ul style="list-style-type: none"> -rischi derivanti dall'utilizzo dei macchinari -impiego dei DPI, in particolare durante le operazioni che comportano l'esposizione ad agenti chimici -rischio di contrarre tecnopatie
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	12 mesi: Rilevamento delle aziende agricole presenti sul territorio Accessi direttamente "sul campo" con la compilazione di apposite schede di sopralluogo per la individuazione di aziende "a rischio" Informazione formazione anche attraverso seminari rivolti ai lavoratori

	Valutazione finale dei risultati report conclusivo
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	Di processo: numero di aziende coinvolte Di risultato: rapporti di vigilanza e controllo eseguiti
RISULTATI ATTESI	Promuovere la cultura della sicurezza in agricoltura privilegiando i soggetti di cui all'art. 21 del D.Lgs81/2008, al fine di ridurre gli infortuni e le malattie professionali. Uniformare le attività di controllo sul territorio Sviluppare un sistema informativo attraverso l'elaborazione dei dati contenuti nelle Schede di sopralluogo.

PROSPETTO ECONOMICO

DESCRIZIONE	TOTALE IMPEGNO ECONOMICO PRESUMIBILE (IN EURO)
<u>PERSONALE</u>	
Personale dipendente	€ 83.000,00
n.10 Tecnici della prevenzione (€ 25/h x n.224 ore/anno x 10 unità = € 56.000)	
n.2 collaboratori tecnico e amm.vo (€ 25/h x n. 60 ore/anno x 2 unità = € 3.000)	
n.2 Medici del lavoro (€ 60/h x n.117 ore/anno x 2 unità = € 14.040)	
Altri Dirigenti (€ 60/h x n.166 ore/anno = € 9.960)	
<u>MISSIONI</u>	
Missioni	€ 1.500,00
<u>ATTREZZATURE E MATERIALI DI CONSUMO</u>	
Manuali e questionari	€ 1.000,00
Acquisto di pc portatili per lo svolgimento delle attività formative in azienda	€ 5.000,00
<u>ALTRO</u>	
Formazione e aggiornamento	€ 2.294,00
Spese generali di gestione	€ 4.800,00
<u>TOTALE</u>	€ 97.594,00



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	Linea 20: Sicurezza nei luoghi di lavoro
TITOLO DEL PROGETTO	Progetto di implementazione del Registro Regionale dei Mesoteliomi (COR-RENAM) e definizione di una mappa dei siti a rischio potenziale di esposizione professionale e/o ambientale all'amianto
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi
REFERENTE/ENTE ATTUATORE	Azienda Sanitaria Regionale del Molise

ASPETTI FINANZIARI

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

IL PROGETTO

CONTESTO	L'articolo 17 della direttiva comunitaria n. 447/83 prescriveva "per gli Stati Membri l'obbligo di predisporre un Registro dei casi accertati di asbestosi e di mesotelioma", con il Decreto Legislativo 277/91, art. 36, si recepiva la direttiva e veniva istituito il Registro Nazionale dei Mesoteliomi (ReNaM) presso l'ISPESL (Istituto Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza sul Lavoro). Tale decreto definiva una rete di rilevazione nazionale dei casi di mesoteliomi organizzata su base regionale attraverso i COR (Centri Operativi Regionali). La tenuta del registro nazionale e dei COR sono state definite dal DPCM n. 308 del 10 dicembre 2002 G.U. n. 31 del 7 febbraio 2003. Nel 2013, con atto deliberativo n. 571 della Giunta Regionale la Regione Molise costituiva il proprio Centro Operativo Regionale (COR).
DESCRIZIONE	<p>Il mesotelioma maligno è una neoplasia rara, ad elevata letalità e a prevalente origine professionale; in molti casi è un indicatore di pregressa esposizione all'amianto.</p> <p>I casi di interesse del COR sono rappresentati da tutti i casi, certi o sospetti, di mesotelioma maligno o di tumori primitivi della pleura, del pericardio, del peritoneo o della tunica vaginale del testicolo diagnosticati nella popolazione residente in Molise.</p> <p>Rilevazione dei casi</p>

	<p>I flussi informativi che consentono la raccolta dei casi vengono sostanzialmente definiti attraverso due modalità: la sorveglianza attiva e quella passiva.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>La sorveglianza attiva:</u> le fonti informative sono costituite dalle Anatomie Patologiche, dai reparti di Oncologia, di Chirurgia Generale, di Radiodiagnostica, di Radioterapia e, lì dove esistono, dalle UO di Pneumologia e Chirurgia Toracica. Altre fonti informative possono essere i Servizi di Prevenzione Igiene e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro (SPLSLL) della ASReM, dal Registro Tumori della Regione Molise, dal Registro regionale di Mortalità, dagli archivi delle SDO di tutti gli ospedali e strutture private regionali, infine dall'INAIL. Per ogni caso individuato devono essere compilate le “schede di notifica”, già stabilite a livello ministeriale e contenenti informazioni sui dati anagrafici, sede del tumore, data e modalità della diagnosi e inviate all'attenzione del COR. Giunta la notifica, il COR provvederà a completare la valutazione del caso. 2. <u>La sorveglianza passiva:</u> La fonte informativa sarà quella degli archivi delle SDO da cui verranno estratti i casi potenziali sulla base delle diagnosi di dimissione ospedaliera. Per ogni caso di possibile mesotelioma individuato, verrà richiesta alla struttura sanitaria di ricovero copia dei referti radiologici (Rx, TAC ecc.), dei referti anatomopatologici, citologici, immunoistochimici e copia del frontespizio della cartella clinica. Periodicamente il COR contatterà le sedi provinciali dell'INAIL richiedendo l'estrazione dagli archivi, informatizzati o cartacei, delle informazioni relative ai casi di tumori alla pleura, peritoneo, pericardio e tunica vaginale del testicolo. Tale documentazione dovrà essere consegnata al COR in forma cartacea. Sarebbe opportuno che venisse notificato anche l'eventuale esito negativo della ricerca per il periodo richiesto. Infine il COR incrocerà i dati del ReNCaM (Registro Nominativo delle Cause di Morte) regionale, per valutare la presenza di casi che non sono stati identificati con le procedure indicate. <p>Registrazione dei casi I casi verranno registrati al COR sia in formato elettronico che cartaceo, assegnando un numero identificativo ed utilizzando le schede “meso” seguendo le relative istruzioni già messe a punto dal Registro Nazionale Mesoteliomi.</p> <p>Definizione diagnostica</p>
--	---

	<p>Il COR provvederà alla definizione diagnostica dei casi, sulla base della documentazione disponibile e del livello di certezza diagnostica raggiunta. Secondo i criteri delle linee guida ISPESL i casi verranno classificati in 5 classi con le rispettive sottoclassi previste:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mesotelioma maligno <i>certo</i> (con 3 sottoclassi) 2. Mesotelioma maligno <i>probabile</i> (con 2 sottoclassi) 3. Mesotelioma maligno <i>possibile</i> (con 2 sottoclassi) 4. Mesotelioma maligno <i>da definire</i> (con 3 sottoclassi) 5. <i>Non</i> mesotelioma maligno <p>Informazioni sulla esposizione</p> <p>Come definito dalle linee guida, per ogni è necessario ricostruire la storia della esposizione ad amianto, attraverso una intervista diretta al soggetto, se ancora in vita, o ai suoi familiari o, eventualmente, a colleghi di lavoro. L'intervista condotta da personale adeguatamente formato raccoglierà notizie relative alla storia occupazionale, ai conviventi con esposizione all'amianto, alla storia residenziale, alle attività extralavorative. Verrà utilizzato il questionario proposto dall'ISPESL nelle sue linee guida.</p> <p>Le modalità di esecuzione della intervista potranno essere diverse: in ospedale o al suo domicilio se il paziente è ancora vivente, ai familiari se deceduto (l'intervista dovrà essere effettuata almeno sei mesi dopo il decesso).</p> <p>Anche l'esposizione verrà classificata secondo le linee guida ISPESL rispettando i livelli di certezza e la modalità come:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Esposizione professionale certa 2. Professionale probabile 3. Professionale possibile 4. Familiare 5. Ambientale 6. Extralavorativa 7. Improbabile 8. Ignota 9. Da definire 10. Non classificabile <p>Il Registro Regionale</p> <p>Definiti i casi con le modalità descritte, verranno inseriti nel Registro Regionale. L'archiviazione e la gestione dei dati verranno realizzate sulla base di uno specifico software sviluppato dall'ISPESL per garantire la standardizzazione dei modelli di registrazione. Il software consente anche l'invio dei dati verso il registro Nazionale istituito presso l'ISPESL secondo scadenze già definite.</p> <p>Definizione della mappa del rischio potenziale</p> <p>Due sono le modalità per la definizione di una mappa potenziale del rischio tenendo conto di due fattori fondamentali:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Il riscontro dei dati sulla esposizione forniti dal paziente o dai suoi familiari
--	--

	2. Ricognizione del territorio che tenga conto dei diversi settori produttivi secondo la classificazione ATECO con la consapevolezza che sul territorio regionale sono presenti o sono stati presenti attività come <i>cantieri navali e attività collaterali, carico e scarico merci nei porti marittimi, fabbricazione di prodotti in metallo ed industria metallurgica, industria metalmeccanica, industria chimica, industria tessile, industria di refrattari e laterizi, vetrerie, attività agricole, cementificio, edilizia, uso di materiali come l'eternit a scopo coibentante</i>
OBIETTIVI	I principali obiettivi del registro sono: <ul style="list-style-type: none"> a. stimare l'incidenza dei casi di mesotelioma in Molise b. raccogliere informazioni sulla pregressa esposizione ad amianto dei casi registrati; c. contribuire alla valutazione degli effetti, dell'avvenuto uso industriale, dell'amianto ed al riconoscimento delle fonti di contaminazione; d. partecipare ad progetti di ricerca tendenti alla valutazione dell'associazione tra casi di mesotelioma ed esposizione ad amianto.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	12 mesi
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	<p>Tutta la modulistica da utilizzare è obbligatoriamente quella prodotta dall'ISPESL e pubblicata sulla G.U. n. 31 del 07/02/2003.</p> <ul style="list-style-type: none"> a. indicatori di struttura: <ul style="list-style-type: none"> - reclutamento del personale - formazione del personale b. indicatori di processo <ul style="list-style-type: none"> - individuazione delle fonti dei dati - organizzazione della rete per la raccolta dei dati - definizione del database - raccolta dati e completamento delle interviste a pazienti e/o familiari - codifica dei dati - immissione dati - censimento delle aree di rischio potenziale - definizione della mappa territoriale del rischio potenziale c. indicatori di risultato <ul style="list-style-type: none"> - produzione delle stime di incidenza - n. di eventi formativi - report del registro
RISULTATI ATTESI	La Regione Molise con l'avvio del Registro regionale dei Mesoteliomi e l'attivazione del COR intende colmare una lacuna nella conoscenza di una patologia rara ma molto importante da un

	punto di vista sociale ed intende partecipare alla attività di ricerca e prevenzione anche con il riconoscimento delle attività lavorativo a rischio certo o potenziale.
--	--

PROSPETTO ECONOMICO

DESCRIZIONE	TOTALE IMPEGNO ECONOMICO PRESUMIBILE (IN EURO)
<u>PERSONALE</u>	
Personale dipendente	€ 40.000,00
Dirigenti € 60/h x n.500 ore anno	
Comparto € 25/h x n.400 ore anno	
<u>MISSIONI</u>	
<u>ATTREZZATURE E MATERIALI DI CONSUMO</u>	
Attrezzature e apparecchiature informatiche	€ 6.000,00
Cancelleria	€ 500,00
Altro	€ 3.000,00
<u>ALTRO</u>	
Formazione e aggiornamento	€ 5.000,00
Report e materiale divulgativo	€ 2.500,00
Spese generali di gestione	€ 3.000,00
<u>TOTALE</u>	€ 60.000,00