

DCA 97/2019

Linea Progettuale n.1

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO CONDIVISO E PERSONALIZZATO PER PAZIENTI CON MULTI CRONICITÀ.

**Titolo Progetto: Cure primarie e PDTA personalizzati per pazienti con
multicronicità**

L'attività progettuale relativa all'intervento n. 1, 'Identificazione di percorsi diagnostici e terapeutici per la gestione della malattia cerebrovascolare in fase cronica', inserita tra gli obiettivi prioritari per l'anno 2019, ha proseguito sostanzialmente lungo il percorso avviato con l'analoga linea progettuale del DCA 19 del 2019.

Nell'ambito della presa in carico dei pazienti con multicronicità, al fine di dare maggiore impulso alle azioni previste dai PDTA regionali e favorire la domiciliarizzazione in condizioni di sicurezza e continuità assistenziale, l'attività progettuale si è concentrata sullo sviluppo di ulteriori procedure per l'intero sistema, relative alla compresenza di disturbi della deglutizione, comuni a molte delle patologie croniche previste dal PNC e dai PDTA. Tali disturbi causano complicanze legate alla malnutrizione e si manifestano prevalentemente negli over 65, una fascia di popolazione in costante aumento che, come già riportato, rappresenta oggi il 24,23% della popolazione molisana.

Questa azione ha consentito di migliorare la qualità delle cure, affrontando anche il tema della limitatezza delle risorse attraverso una razionalizzazione dell'offerta.

Dei circa 16.500 P.A.I. attivati nel periodo in esame, il 74% (11.800) riguarda piani assistenziali di primo e secondo livello, riconducibili a pazienti multicronici in A.D.I.

In continuità con quanto organizzato negli anni precedenti, il percorso assistenziale è stato ulteriormente implementato, sia per la presa in carico globale sia per lo sviluppo di protocolli di cura condivisi. In particolare, le cure domiciliari rappresentano una delle risposte più efficaci ai bisogni assistenziali delle persone anziane con malattie croniche e non autosufficienti, delle persone disabili a seguito di traumi o forme morbose acute o croniche, e dei pazienti che necessitano di trattamenti palliativi, purché tecnicamente trattabili a domicilio. Inoltre, sono destinate a tutti i pazienti in condizioni di fragilità, per i quali l'allontanamento dal contesto abituale di vita potrebbe aggravare la condizione patologica e destabilizzare l'equilibrio fisico e psicologico, con conseguenze spesso devastanti. Il setting assistenziale domiciliare, infine, è quello in cui l'equipe curante può più facilmente promuovere l'empowerment del paziente, migliorando la sua capacità di self-management.

L'attività progettuale ha proseguito con la riorganizzazione delle attività dei MMG, implementando la compliance assistenziale e supportando maggiormente il medico di famiglia nel prendersi cura del paziente, con l'obiettivo di raggiungere migliori risultati strategici, che spesso corrispondono a specifiche criticità assistenziali (aderenza agli stili di vita, adesione alle terapie e ai percorsi di cura, raggiungimento dei target terapeutici, ecc.).

Si è continuato anche con le attività di valutazione dell'efficacia dei PDTA, fondamentali per il miglioramento della qualità dell'assistenza. Gli audit hanno misurato l'efficacia e la sostenibilità dell'implementazione di queste attività progettuali nel contesto delle cure primarie, utilizzando strumenti per l'identificazione e la valutazione dei pazienti con bisogni sanitari multipli e/o complessi.

Nell'ambito dell'attività progettuale, sono state coinvolte tutte le diverse professionalità, in particolare i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta,

che svolgono un ruolo fondamentale nella gestione clinica del paziente sin dalla presa in carico. Questo ha permesso di individuare la necessità di garantire direttamente a domicilio servizi e cure, soprattutto per le fasce più fragili della popolazione, evitando il ricorso inappropriato all'ospedalizzazione e favorendo l'aumento della prevalenza dell'ADI a livello aziendale e distrettuale per i pazienti cronici.

È stato dato un ulteriore impulso all'armonizzazione delle modalità organizzative della rete assistenziale regionale in ambito extra-ospedaliero, ridefinendo ruoli, competenze, attività e risultati attesi per tutti gli attori coinvolti nei vari livelli assistenziali.

Linea Progettuale n.1

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO CONDIVISO E PERSONALIZZATO PER PAZIENTI CON MULTI CRONICITÀ

Titolo Progetto: Inserimento lavorativo per la salute mentale.

La Disabilità Intellettiva è una disabilità permanente, che emerge durante l'infanzia e dura per tutta la vita. Essa coinvolge tutte le sfere evolutive, ma non le compromette mai allo stesso modo, delineando così ogni volta un quadro unico che caratterizza l'individualità del soggetto.

Il funzionamento adattivo è influenzato da diversi fattori, tra cui la capacità intellettuale, l'istruzione, la motivazione, la socializzazione, le caratteristiche della personalità, le opportunità professionali, l'esperienza culturale, e le condizioni mediche generali o i disturbi mentali coesistenti.

Per potenziare le capacità adattive, è fondamentale prevedere interventi integrati di

carattere socio-sanitario nei contesti di vita quotidiana. Pertanto, si è reso necessario intervenire sia con azioni di sostegno e inclusione in età evolutiva, sia con interventi rivolti agli adulti. Nella realizzazione del progetto, si è scelto di concentrare l'attenzione prevalentemente sull'età adulta, individuando azioni di inclusione lavorativa per gli adulti con Disabilità Intellettiva. Grazie all'impegno e al coinvolgimento in attività pratiche, questi soggetti avrebbero avuto l'opportunità di sviluppare le proprie capacità adattive e sentirsi parte integrante di gruppi di attività.

A livello regionale, è stata costituita una rete specifica tra i diversi operatori del territorio, con l'obiettivo di promuovere e mantenere il più alto possibile la qualità della vita dei soggetti con Disabilità Intellettiva.

Pertanto, sono stati attivati percorsi terapeutico-riabilitativi che coinvolgessero un campione di soggetti adulti con disagio mentale e difficoltà relazionale, attraverso attività pratiche mirate. Tra queste, si sono previste azioni finalizzate a:

- La gestione e valorizzazione turistica del proprio territorio;
- L'attivazione di laboratori di botanica, con l'obiettivo di sviluppare il "senso di cura" delle aree verdi;
- L'inserimento in laboratori artistico-artigianali, finalizzati ad attività di restauro del mobile antico o artistico-espressivo, nonché a laboratori di pittura, intesa come libera espressione del proprio mondo interiore e relazionale, rappresentando un canale comunicativo che consente di esprimere sensazioni, emozioni e vissuti.

Le attività iniziali hanno previsto una prima valutazione a T0 (valutazione iniziale, attraverso la quale vengono individuate le abilità già possedute), a T1 (valutazioni intermedie, svolte mensilmente, utili per il monitoraggio di diverse macro-aree, tra cui socializzazione, motivazione, autonomia, apprendimento, professionalità e

cognizione), e a T2 (valutazione finale, utile a individuare i miglioramenti ottenuti tramite la borsa lavoro). Le valutazioni sono state effettuate da personale specializzato, che ha raccolto i dati necessari per la compilazione della Cartella Individuale, l'attribuzione del punteggio della scala FPS, la prima compilazione della Scheda GVI (Griglia di Valutazione) e la compilazione del LSP (Life Skills Profile). Tutti i borsisti coinvolti sono stati sottoposti ai test di valutazione GHQ-12 e SPRINT-E, al fine di testare il livello generale di salute (in particolare la presenza di quattro elementi di distress: depressione, ansia, deterioramento sociale e ipocondria) e, considerato lo specifico evento epidemico, anche lo stress ad esso correlato. Inoltre, sono stati costantemente supportati tramite teleriabilitazione e, successivamente, con test di apprendimento in presenza.

Per quanto riguarda gli aspetti terapeutici, si confermano gli indici di Recovery ottenuti e raggiunti nella prima fase del progetto. Tuttavia, si segnala una forte criticità nel contenimento dello stress correlato, nonché nella gestione dell'ansia da parte dei borsisti, dovuta alla persistente instabilità nella programmazione delle attività a lungo termine.

L'attivazione dei contratti di tirocinio di inclusione sociale, finalizzati all'inserimento lavorativo, ha permesso, seppur parzialmente, di rafforzare l'autonomia degli utenti e favorire l'inclusione sociale. Inoltre, ha contribuito a combattere lo stigma e il pregiudizio nei confronti delle persone con disagio psichico, generando un beneficio diretto per i soggetti con problemi di salute mentale e un impatto positivo sulla popolazione generale.

Linea Progettuale n.2

PROMOZIONE DELL'EQUITA' IN AMBITO SANITARIO

Titolo Progetto: Promozione dell'equità in ambito sanitario

Con l'obiettivo di promuovere e rafforzare l'accesso universale ai Servizi regionali, in particolare per favorire lo sviluppo nella fascia pediatrica, la Regione ha cercato di allinearsi agli impegni assunti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, che ha posto particolare attenzione, nelle politiche pubbliche e nei servizi sanitari, alle questioni relative allo sviluppo nella prima infanzia.

Con questo intervento, la Regione ha continuato l'attività avviata nel 2018.

La chiusura degli ambulatori pediatrici territoriali nei giorni festivi e prefestivi comporta un intasamento dei Pronto Soccorso regionali e dei reparti di Pediatria, dove si registra un afflusso di codici bianchi in età pediatrica.

Il progetto ha consentito che l'utenza utilizzasse il Pronto Soccorso come percorso preferenziale per accedere a consulenze specialistiche pediatriche, con l'obiettivo di salvaguardare l'appropriatezza delle cure e degli accessi al Pronto Soccorso, migliorando al contempo l'assistenza pediatrica.

Le attività progettuali si fondano principalmente sull'integrazione tra Ospedale e Territorio e mirano al rafforzamento della rete di continuità assistenziale, aumentando il grado di equità dell'intero sistema. Il progetto coinvolge anche la Pediatria di Libera Scelta, con l'intento di offrire risposte assistenziali durante i giorni di chiusura degli ambulatori PLS, estendendo l'orario di disponibilità a 6/12 ore diurne. L'intervento ha consentito di:

- ridurre gli accessi non urgenti al Pronto Soccorso per codici bianchi e verdi;

- ridurre la spesa, grazie all'utilizzo di protocolli condivisi per i percorsi assistenziali e prescrittivi.

Il progetto di assistenza pediatrica ambulatoriale ha coinvolto i Pediatri di Libera Scelta convenzionati con l'Azienda Sanitaria regionale, in conformità con le normative vigenti. Inoltre, l'assistenza pediatrica ambulatoriale è stata integrata con il personale del comparto dedicato, appositamente assegnato. Il progetto ha garantito equità nei percorsi di cura, aumentando l'accesso ai Servizi sanitari per i cittadini molisani. Ciò ha comportato un incremento nell'accesso alle cure nelle strutture previste dal Progetto e una conseguente riduzione dell'ospedalizzazione dei pazienti in età pediatrica.

Linea Progettuale n.2

PROMOZIONE DELL'EQUITA' IN AMBITO SANITARIO

Titolo Progetto: Corso OMS - UNICEF Allattamento al seno per operatori della salute

Il latte materno è il miglior alimento possibile per un neonato. Tutti i bambini traggono benefici dall'allattamento al seno, poiché il latte materno contiene tutti i nutrienti necessari per garantire una buona salute e una crescita sana. È un alimento perfetto e incomparabile rispetto a qualsiasi prodotto artificiale, essenziale per la nutrizione nei primi mesi di vita. I bambini allattati al seno contraggono meno malattie e sono meglio nutriti rispetto a quelli che vengono alimentati con sostituti del latte materno o altri alimenti.

L'attività progettuale relativa all'intervento n.3 "Corso OMS - UNICEF Allattamento al seno per operatori della salute", rientrante negli obiettivi prioritari per l'anno 2019,

si basa sul presupposto che, da oltre vent'anni, le attività di protezione, promozione e sostegno dell'allattamento fanno parte delle politiche nazionali. Il "Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2014-2018" include specifici interventi a favore dell'allattamento al seno.

Le principali cause che portano ad abbandonare l'allattamento sono la scarsa informazione riguardo le sue conseguenze o il mancato sostegno alle madri nel periodo post-partum, che è spesso caratterizzato da fragilità psicologica. Tutte le madri hanno diritto a ricevere incoraggiamento e sostegno dal padre del bambino, dalla famiglia e dalla comunità. Gli operatori sanitari, i media e le associazioni di donne hanno la responsabilità di promuovere l'allattamento naturale (fonte: www.unicef.it)."

La proposta progettuale ha mirato a realizzare iniziative formative per gli operatori della salute, al fine di fornire loro una conoscenza adeguata delle linee guida OMS-UNICEF in materia di allattamento e renderli promotori dell'allattamento naturale e della cultura della buona nascita. Il marketing inappropriato dei sostituti del latte materno continua a compromettere gli sforzi globali per migliorare i tassi e la durata dell'allattamento al seno.

Il Corso sull'Allattamento, rivolto al personale sanitario (medico e non) delle U.U.O.O. di Ginecologia e Ostetricia, TIN-SUB-Intensiva Neonatologia, Nido, Pediatria e Consultorio Familiare, ha posto le basi per un adeguamento alle linee guida e per la diffusione della cultura della buona nascita, nonché per l'assistenza e il supporto alla donna e alla famiglia.

Un corso di aggiornamento sull'allattamento OMS-UNICEF è stato organizzato e realizzato presso la Regione, tenuto in conformità alle più recenti linee guida. Il programma è stato strutturato in lezioni magistrali, sessioni integrate e di gruppo, rivolte a tutte le figure sanitarie coinvolte nei reparti materno-infantili, pediatrici e

territoriali. Per garantire la partecipazione del personale che lavora su tre turnazioni, è stato suddiviso in più edizioni, permettendo una rotazione dei partecipanti e assicurando la massima affluenza.

Il progetto ha rispettato le ultime linee guida nazionali e internazionali, come ui:

- e-Library of Evidence for Nutrition Actions (eLENA) dell'OMS: una biblioteca online che raccoglie linee guida basate su prove scientifiche per vari interventi nutrizionali. eLENA è un punto di riferimento per le linee guida nutrizionali, le raccomandazioni e le informazioni correlate, tra cui: prove scientifiche a supporto delle linee guida, dichiarazioni razionali biologiche, comportamentali e contestuali, e commenti di esperti invitati.
- Baby-friendly Hospital Initiative (BFHI): lanciata nel 1991 dall'OMS e dall'UNICEF, questa iniziativa mira a motivare le strutture sanitarie che forniscono servizi di maternità ad adottare i Dieci passi per un allattamento di successo. I Dieci passi riassumono un pacchetto di politiche e procedure che le strutture maternità dovrebbero implementare per supportare l'allattamento. Nel 2018, l'OMS ha aggiornato i Dieci passi in base alle linee guida del 2017 per la protezione, la promozione e il supporto dell'allattamento nelle strutture che forniscono servizi a madri e neonati. Le linee guida delineano anche nove responsabilità nazionali chiave per ampliare l'implementazione dei Dieci Passi e sei obiettivi nutrizionali.

Nel 2012, gli Stati membri dell'OMS hanno approvato sei obiettivi nutrizionali globali per migliorare la nutrizione materna e infantile. Le iniziative formative, organizzate in più edizioni, hanno trattato i seguenti argomenti:

- Formazione sull'anatomia, fisiologia, tecniche e soluzioni per garantire le migliori condizioni di base per l'allattamento;
- Avvio e mantenimento della produzione di latte;

- Superamento delle prime difficoltà legate all'allattamento;
- Formazione e confronto sulla comunicazione empatica, l'umanizzazione delle cure, il counseling e la consulenza, con l'obiettivo di valorizzare il rapporto madre-figlio e l'interazione tra equipe e utenza.

La diffusione della cultura dell'allattamento al seno esclusivo tra gli operatori sanitari della Regione, realizzata attraverso il Corso specifico sopra descritto, ha contribuito a consolidare definitivamente il concetto di promozione dell'allattamento naturale tra le madri. L'obiettivo principale di questa iniziativa è lo sviluppo delle politiche sanitarie in Molise e, soprattutto, l'acquisizione di dati concreti sull'incremento della percentuale di allattamento al seno.

In via sperimentale, il progetto ha preso avvio dal Consultorio Familiare di Campobasso/Boiano, dove sono stati seguiti e informati scrupolosamente le gravide durante i numerosi incontri CAN. Le future mamme hanno continuato il Percorso Nascita, partorendo in uno dei tre Punti Nascita Ospedalieri, e sono poi tornate dopo il parto per essere seguite nel periodo puerperale, affrontando anche eventuali difficoltà e complicanze legate all'attaccamento al seno. Successivamente, le conoscenze acquisite sono state trasferite agli altri ambiti regionali, con l'obiettivo di diffondere uniformemente su tutto il territorio della Regione la cultura dell'allattamento al seno.

Linea Progettuale n.2

PROMOZIONE DELL'EQUITA' IN AMBITO SANITARIO

Titolo Progetto: Intervento per la promozione della salute mentale nelle scuole superiori di primo grado

Il progetto presentato per l'anno scolastico 2018/2019 ha riguardato un programma di promozione della salute mentale, rivolto agli studenti delle scuole medie inferiori, incentrato sull'insegnamento delle Life Skills, come raccomandato anche dall'Organizzazione Mondiale della Salute.

Nasce dallo studio di fattibilità curato dall'Istituto Superiore di Sanità, dal CNESPS (Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute), in collaborazione con il Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) e il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, grazie all'uso di un manuale specifico sviluppato da questi Enti. Il manuale si basa sulle componenti della cosiddetta Formazione Sociale ed Emotiva, sulle Life Skills dell'OMS (1993) e sull'intelligenza emotiva (Goleman, 1998), con un'ulteriore enfasi sulla definizione di obiettivi personali e sull'acquisizione dell'autodisciplina.

Applicabile nelle scuole secondarie di primo grado, il manuale si concentra sulla promozione della salute mentale tra i giovani studenti, proponendo un percorso volto all'acquisizione o al miglioramento delle capacità di definire obiettivi realistici, affrontare e risolvere problemi, comunicare in modo efficace e assertivo, sviluppare l'autodisciplina, negoziare e cooperare, nonché controllare gli impulsi.

Il manuale utilizzato comprende sia contributi teorici che applicativi per ogni singola capacità, oltre a numerosi moduli operativi impiegati in esercitazioni individuali, in coppia, a tre persone e in piccoli gruppi. Questo approccio mira a coinvolgere

maggiormente gli studenti, stimolando la loro creatività e il loro senso dell'umorismo.

Sono state realizzate tutte le attività previste:

- a) costituzione dell'equipe di lavoro, distribuzione dei compiti, elaborazione dei documenti per la collaborazione dell'Ufficio Scolastico Regionale (USR), avvio dei contatti con il Dirigente dell'U.S.R.;
- b) mappatura regionale degli istituti scolastici secondari di I grado
- c) individuazione di un gruppo di istituti che per numerosità della popolazione studentesca e allocazione geografica potesse rispondere ai requisiti del progetto;
- d) selezione degli Istituti che hanno dato tutti parere favorevole (non vi è stato alcun rifiuto di partecipazione):
- e) avvio dei contatti con gli stessi anche in collaborazione con l'Ufficio Scolastico Regionale che ha mediato i rapporti.
- f) selezione delle classi sperimentali e di controllo in collaborazione con i Dirigenti Scolastici. Avvio dei contatti con i Professori. Presentazione dell'Intervento ai Professori. Preparazione della lettera di sottoscrizione del consenso all'intervento ed alla somministrazione di test psicologici a tutti i genitori, sia delle classi sperimentali che di controllo.
- g) selezione di 10 classi per il Gruppo Sperimentale e 10 per il Gruppo di Controllo. La popolazione del Gruppo Sperimentale riguarda il coinvolgimento di 175 studenti di età compresa tra i 11 e i 13 anni, dei quali 79 femmine e 96 maschi e 189 studenti del Gruppo di Controllo della stessa età con 92 femmine e 97 maschi.
- h) valutazione di tutti gli studenti delle classi selezionate (Sperimentali e Controllo) con i questionari previsti dal Progetto durante il mese di Febbraio 2019. Su una popolazione di 364 studenti ci sono stati solo 2 rifiuti alla valutazione.

- i) Inizio dell'intervento attivo a Marzo 2019 con incontri settimanali della durata di 60/90 minuti che prevede l'uso e l'apprendimento delle Unità Didattiche del manuale solo per le classi del gruppo "sperimentale".
- j) completamento dell'intervento a Maggio 2019 per il 50% delle classi trattate..
- k) riproposizione degli strumenti di valutazione testologici per le classi trattate e per quelle di controllo che hanno concluso l'intervento attivo.

Gli incontri sono stati condotti da psicologhe-psicoterapeute formate per l'intervento, il cui ruolo è stato prevalentemente di tipo organizzativo. In particolare, hanno stimolato il corretto svolgimento degli incontri secondo lo schema previsto, assicurandosi che tutti i partecipanti fossero coinvolti attivamente e avessero l'opportunità di esercitarsi a turno.

L'intervento si è concluso ad ottobre 2019 con risultati molto positivi:

- a) l'alta soddisfazione dei Dirigenti degli Istituti, dei Professori e degli studenti;
- b) l'ampia e attiva partecipazione degli studenti con alto gradimento per tutte le unità didattiche;
- c) la percezione del miglioramento dell'atmosfera di classe (una delle poche valutazioni effettuate a livello nazionale con un Indice riproducibile di valutazione specifica);
- d) la soluzione di problematiche psicologiche complesse che perduravano nelle classi e tra gli studenti da molto tempo; e) richieste da parte dei docenti di interventi anche in estemporanea per numerosi casi problematici e situazioni psico- sociali complesse, considerati gli ottimi risultati che si sono succeduti nel tempo grazie alla natura dell'intervento stesso che stimola la comunicazione e il lavoro grupppale tra pari;

- e) l'interesse anche da parte dei mass-media per questa attività con interventi e interviste che hanno coinvolto professori e studenti;
- f) esplicitazione in modo formale da parte dei docenti referenti del progetto e dei dirigenti scolastici della disponibilità a riproporre questo specifico intervento anche per il prossimo anno scolastico (2019/2020) tramite manifestazioni di interesse e delibere di consiglio approvate.
- g) La diffusione anche mediatica.

L'analisi statistica, condotta con metodologia post-hoc, ha evidenziato l'acquisizione delle Life Skills, con particolare riferimento al miglioramento delle capacità di problem solving, definizione degli obiettivi e comunicazione efficace.

Linea Progettuale n.2

PROMOZIONE DELL'EQUITA' IN AMBITO SANITARIO

Titolo Progetto: Gestire l'Alzheimer. Progetto sperimentale di gestione coordinata e integrata

Titolo Progetto: Corso di formazione "Essere Caregiver" dedicato a tutte le persone che si occupano di un malato di Alzheimer: Familiari, badanti, OSS., infermieri, assistenti domiciliari, animatori

Alla luce della normativa di riferimento e delle criticità emerse dall'analisi territoriale della patologia, è stato sviluppato un progetto sperimentale nell'ambito dell'assistenza ai pazienti affetti da Alzheimer e ai loro familiari/caregiver.

A tal fine, sono state realizzate diverse attività volte a rispondere alle problematiche legate alla malattia, stimolando un processo di ricerca continua sul morbo e contribuendo ad arricchire la letteratura scientifica in materia.

L'obiettivo principale del progetto, che ha unificato due iniziative precedenti dedicate ai pazienti con Alzheimer, è stato quello di fornire competenze professionali agli operatori e di offrire formazione e informazioni ai caregiver. Questo permetterà loro di comprendere meglio i deficit cognitivi e comportamentali dei malati, migliorando così la gestione della patologia mediante l'adozione di strategie efficaci.

Un incremento delle conoscenze e delle competenze permette una gestione più efficace del malato, riducendo la frustrazione sia da parte del professionista che del caregiver, che spesso faticano a comprendere i comportamenti del paziente.

Gli obiettivi specifici Professionisti e caregiver informali (OSS, OSA e Badanti) afferenti da tutto il territorio regionale sono stati quelli di:

- aumentare la competenza dei caregiver
- prevenire il burn-out
- aumentare la capacità di gestione comportamentale del malato di Alzheimer

Pe il potenziamento dei servizi rivolti ai pazienti con problematiche comportamentali presso le RSA dei Distretti Sociosanitari della Regione si è operato per:

- aumentare gli interventi abilitativi e non farmacologici presso le strutture residenziali dei distretti;
- garantire una risposta efficace al problema gestione comportamentale del malato di Alzheimer nella fase moderata/avanzata ottimizzando le risorse e inserendo l'approccio Snoezelen.

Il Corso di formazione è stato indirizzato ai caregiver (OSS, OSA e badanti) e alle figure

professionali che si occupano di demenza nei Distretti Sociosanitari della Regione e una sessione è stata dedicata ai professionisti che svolgono interventi a domicilio.

Sono stati svolti venticinque incontri formativi distribuiti in tre moduli:

- 10 modulo rivolto a OSS, OSA e badanti;
- 20 modulo rivolto a tutte le figure che si occupavano precipuamente all'assistenza domiciliare;
- 30 modulo dedicato agli interventi non farmacologici e all'approccio Snoezelen diretto ai professionisti delle strutture residenziali dei distretti.

Gli incontri sono stati coordinati da un'equipe composta da uno specialista neurologo, con competenze nella diagnosi e cura delle demenze, che ha ricoperto il ruolo di coordinatore del corso, uno psicologo/psicoterapeuta, con esperienza nelle patologie dementigene e un assistente sociale, con esperienza nel coordinamento dei servizi sociosanitari per soggetti fragili.

Sono stati trattati i seguenti argomenti.

- 1- Guida sulle demenze: domande e risposte sulla malattia.,
- 2- Gli effetti della demenza sul sistema cognitivo.
- 3- Gli effetti della demenza sul sistema emozionale.
- 4- Terapia farmacologica delle demenze.
- 5- I disturbi del comportamento (BPSD).
- 6- Prendersi cura di sé, della propria salute fisica e mentale: necessità di prevenire stress e burnout e di rafforzare le capacità decisionali.
- 7- Consigli su come stimolare le capacità residue della persona malata.
- 8- Come gestire la relazione con il malato.

9- Mappatura e conoscenza di tutti i servizi di aiuto presenti sul territorio (associazioni, centri diurni, assistenza domiciliare...).

10- Interventi non farmacologici per la gestione dei disturbi del comportamento.

11- Gli interventi non farmacologici con l'approccio Snoezelen.

Gli interventi proposti sono stati comunicati ai Medici di Medicina Generale (MMG), che sono a diretto contatto con le famiglie dei pazienti affetti da demenza, e all'utenza del Centro Diagnosi e Cura delle Demenze (Centro Alzheimer) del Distretto Socio-Sanitario di Campobasso. Durante e al termine del corso, è stata distribuita una Guida pratica per la gestione del paziente con demenza.

Linea Progettuale n.3

COSTITUZIONE E IMPLEMENTAZIONE DELLA RETE DELLA TERAPIA DEL DOLORE E SVILUPPO DELLE CURE PALLIATIVE E DELLA TERAPIA DEL DOLORE IN AREA PEDIATRICA

Titolo Progetto: Costituzione e implementazione della rete della terapia del dolore e sviluppo delle cure palliative e della terapia del dolore in area pediatrica

I dati di letteratura e le esperienze disponibili evidenziano come la mortalità annuale da patologia inguaribile sia di 1 su 10.000 bambini da 1 a 17 anni con una prevalenza di malattie inguaribili, nella stessa fascia di età, pari a 10 su 10.000 minori; nel 70% dei casi si tratta di patologie non oncologiche, prevalentemente neurodegenerative, metaboliche e genetiche. Secondo le stime del Royal College of Pediatrics and Children Health in un'area di 500.000 abitanti con una popolazione in età minore di

circa 100.000 soggetti sono attesi annualmente 10 bambini terminali e/o bisognosi di cure palliative, dei quali 2-4 oncologici, 2 cardiopatici e 4-6 affetti da altra patologia.

Stato dell'arte in Regione Molise delle Cure Palliative Pediatriche

Nel caso della regione Molise, su una popolazione di 307.789 abitanti al 31 marzo 2018 (dati ISTAT), si stima un'aspettativa annua di circa 6 pazienti in fase avanzata di malattia con necessità di cure palliative. Di questi, 1-2 sono oncologici, 1 cardiopatico e 3 affetti da altre patologie. Il Centro di riferimento regionale per le cure palliative e la terapia del dolore pediatriche è una parte integrante della rete regionale di cure palliative e terapia del dolore per adulti. Esso svolge attività di diagnosi, cura, formazione e ricerca ed è situato presso l'Hospice di Larino (CB).

L'Hospice di Larino (CB) ha il compito di coordinare la rete di cure palliative pediatriche su tutto il territorio regionale, supportando la diffusione degli strumenti condivisi di lavoro e la formazione degli operatori. Partecipa attivamente alla valutazione dei bisogni assistenziali per la progettazione dei piani di cura individualizzati (U.V.M.) e alla definizione delle strategie terapeutiche per il trattamento del dolore in età pediatrica. Inoltre, offre supporto ai caregiver e monitora costantemente le attività in corso. Il Centro di riferimento è coinvolto anche nei programmi di sensibilizzazione e in iniziative culturali.

L'equipe multiprofessionale del centro include il medico responsabile dell'Hospice, specializzato in cure palliative pediatriche, insieme a infermieri, psicologi, assistenti sociali e fisioterapisti, tutti con esperienza e formazione specifica nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore.

Le UU.OO di Pediatria ospedaliera e l'U.O. di Neonatologia partecipano alla definizione del piano di assistenza e cura, supportando la gestione domiciliare e affrontando le emergenze. La residenzialità specialistica "protetta" per la Rete

regionale di cure palliative pediatriche, utilizzabile anche per ricoveri di sollievo, viene realizzata con l'attivazione di 2-3 posti letto dedicati presso l'U.O. di Pediatria dell'Ospedale "A. Cardarelli" di Campobasso, considerando l'esigua epidemiologia.

L'assistenza domiciliare dei singoli casi, in base alle necessità diagnostiche e terapeutiche, è gestita direttamente dalla rete regionale coordinata dall'Hospice di Larino, fatta salva la competenza specifica per l'età neonatale di pertinenza dell'U.O. di Neonatologia di Campobasso. La rete si occupa della presa in carico sin dalla definizione del piano di assistenza e garantisce la disponibilità telefonica H24 per gli operatori della Rete. L'attività ambulatoriale di terapia del dolore pediatrico viene organizzata in collaborazione con la Rete aziendale di terapia del dolore.

Le Unità Operative ospedaliere forniscono consulenze specialistiche in tutte le fasi del percorso assistenziale della patologia inguaribile e partecipano, sotto il profilo tecnico, all'addestramento dei caregiver. Le strutture ospedaliere sono inoltre coinvolte nella gestione dei ricoveri nelle fasi acute della malattia.

Le cure domiciliari sono garantite dal personale medico, infermieristico-riabilitativo, psicologico e sociale dell'Hospice di Larino, supportati dai PLS/MMG. In base alle necessità, possono essere coinvolti altri professionisti anche afferenti alle strutture ospedaliere. L'attività domiciliare della Rete di Cure Palliative e Terapia del Dolore Pediatriche è organizzata utilizzando le risorse già presenti sul territorio, secondo le modalità di lavoro in équipe e i processi già previsti per la Rete di cure palliative per adulti.

Il PLS/MMG è il referente per la conduzione clinica domiciliare di base del minore. La gestione specialistica domiciliare, secondo le caratteristiche strutturali e operative della rete, sarà assicurata in linea con lo sviluppo di modelli assistenziali come il case management e il primary nursing.

L'intervento psicologico è garantito su tutto il territorio regionale con i seguenti obiettivi:

- Valutare il bambino e la famiglia, in équipe, per individuare i punti di forza e le eventuali criticità nell'accesso alla Rete di Cure Palliative e Terapia del Dolore Pediatriche.
- Assumere in carico il bambino e la famiglia nelle situazioni di dolore cronico e in prossimità della morte, qualora se ne presenti la necessità.
- Supportare la famiglia nella prevenzione di reazioni patologiche legate al lutto.
- Fornire supporto psicologico per il lutto rivolto ai genitori, agli eventuali fratelli e, più in generale, agli altri membri della famiglia e alla rete sociale del minore deceduto.
- Predisporre programmi di supporto psicologico, prevenzione e trattamento del burnout per gli operatori coinvolti nella rete.

Gli interventi di supporto psicologico sono coordinati dall'Hospice di Larino (CB) in collaborazione con l'UCPP di Neuropsichiatria Infantile. Quest'ultima partecipa inoltre, per tutti gli aspetti di competenza clinica, nella gestione dei pazienti con patologie di pertinenza neuropsichiatrica.

L'intervento del neuropsichiatra infantile è volto:

- al monitoraggio clinico della patologia di base;
- alla valutazione del livello globale di sviluppo neuropsichico del bambino e degli eventuali deficit presenti nelle diverse componenti cognitive, neuropsicologiche, motorie, affettivo-relazionali e comportamentali;
- alla definizione, in sinergia con i terapisti della riabilitazione, di un progetto riabilitativo specifico riferito ai suddetti deficit funzionali e al mantenimento delle

competenze residue;

- alla definizione, in collaborazione con le agenzie educative coinvolte (scuola, servizi sociali, ecc.) di un progetto di vita del bambino finalizzato al maggior coinvolgimento possibile nelle attività educative, didattiche, sociali prevedibili per l'età;
- alla prescrizione, di presidi ed ausili riferibili alla protesizzazione delle aree di sviluppo sopracitate.

I servizi scolastici sono coinvolti per tutti gli aspetti di competenza all'interno dei percorsi individuati dall'UCPP e/o definiti dalla normativa vigente.

Il percorso assistenziale (Piano di Assistenza Individuale – PAI) è strutturato sulla base dell'analisi dei bisogni del paziente e della sua famiglia, facendo uso delle strutture e professionalità coinvolte, a seconda delle circostanze, del decorso della malattia e dell'evoluzione dei bisogni. La segnalazione del singolo caso, proveniente da qualsiasi fonte, è indirizzata alla P.U.A. distrettuale di riferimento e al Centro di riferimento regionale.

Il progetto assistenziale ha inizio con una U.V.M. convocata dalla P.U.A. del Distretto di residenza del piccolo paziente, d'intesa con il Centro di riferimento. L'U.V.M. valuta l'eleggibilità all'assistenza nella Rete di cure palliative pediatriche in base ai criteri di accesso stabiliti e redige il piano di assistenza individuale. All'U.V.M. partecipano stabilmente il pediatra di famiglia (o il MMG), il coordinatore.

Linea Progettuale n.4

PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE

Titolo Progetto: Piano Nazionale della Prevenzione e supporto al Piano regionale della Regione Molise.

In merito alle attività previste dal Piano della Prevenzione, la Regione Molise ha ottenuto la certificazione del PRP per la finalità di cui alla verifica degli adempimenti LEA, area Prevenzione e sanità pubblica. Si rinvia pertanto alla rendicontazione trasmessa ai Competenti Ministeri.

Linea Progettuale n.5

LA TECNOLOGIA SANITARIA INNOVATIVA COME STRUMENTO DI INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO

Titolo Progetto: La tecnologia a supporto dell'integrazione tra i due aspetti dell'assistenza: l'ospedale ed il territorio

L'attività progettuale relativa all'intervento n. 5, "Le tecnologie a supporto dell'integrazione tra i due aspetti dell'assistenza: l'Ospedale e il territorio", ha proseguito, in continuità con l'annualità precedente, il processo di digitalizzazione, focalizzandosi non solo sull'ambito ospedaliero, ma soprattutto sul territorio e sui percorsi assistenziali di continuità ospedale-territorio.

L'utilizzo di tecnologie sanitarie innovative, come valido supporto all'integrazione tra ospedale e territorio, mira a migliorare complessivamente la qualità dei servizi sanitari regionali. I principali obiettivi sono: facilitare l'assistenza al paziente, promuovere un servizio che agevoli l'integrazione delle diverse competenze professionali e fornire una solida base informativa.

In quest'ottica, è stato posto particolare enfasi sull'utilizzo della telemedicina, per

garantire la continuità delle cure dall'ospedale al territorio e tra i vari ambiti territoriali; ciò contribuisce a implementare la medicina di precisione, supportare i processi decisionali clinici, monitorare le attività svolte, censire e gestire correttamente le risorse disponibili, verificare l'appropriatezza delle prescrizioni e, infine, migliorare le performance delle strutture sanitarie.

Le azioni intraprese rappresentano un elemento chiave per la completa riorganizzazione dell'intero sistema sanitario, permettendo alla Regione Molise di disporre di un modello rinnovato e potenziato, fortemente integrato tra i vari settori dell'assistenza. Questo approccio favorirà il progressivo superamento delle criticità emerse in precedenza.

L'obiettivo generale è favorire e rendere sistemico l'utilizzo trasversale delle tecnologie sanitarie innovative come strumento di integrazione tra ospedale e territorio, promuovendo i processi di digitalizzazione, in particolare nel territorio e nei percorsi assistenziali di continuità ospedale-territorio. È stato ritenuto fondamentale incentivare l'uso della telemedicina per garantire la continuità delle cure dall'ospedale al territorio e tra i vari ambiti territoriali. Questo approccio mira a implementare la medicina di precisione, supportare i processi decisionali clinici, monitorare le attività svolte, censire e gestire correttamente le risorse disponibili, garantire l'appropriatezza delle prescrizioni e migliorare le performance delle strutture sanitarie.

È stato progettato di sviluppare interventi di prevenzione e promozione della salute a livello di popolazione, con l'obiettivo di incentivare la digitalizzazione dei percorsi di presa in carico degli utenti sul territorio. Questo approccio mira a facilitare l'assistenza del paziente, agevolando l'integrazione delle diverse competenze professionali. In particolare, si intende favorire l'impiego della telemedicina per garantire una migliore qualità assistenziale, attraverso il monitoraggio delle attività

svolte e il supporto alle decisioni cliniche. L'obiettivo è ottimizzare l'integrazione dei PDTA (Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali) per la gestione dei pazienti, con particolare attenzione alle fragilità, e a supporto della residenzialità e della domiciliarità. Inoltre, accanto a queste attività mirate alla gestione della domiciliarità, si è previsto di avviare azioni finalizzate alla re-ingegnerizzazione dei flussi informativi sanitari, per garantire una gestione più efficiente e integrata dei dati.

Un elemento essenziale per il successo del processo di digitalizzazione delle tecnologie tra ospedale e territorio è l'elaborazione di linee d'indirizzo operative per la gestione dei servizi di telemedicina nella Regione Molise. Questo approccio ha l'obiettivo di omogeneizzare e uniformare i processi di utilizzo della telemedicina a livello regionale, in conformità con le normative nazionali.

Tutte le attività, nel loro complesso, sono state orientate a migliorare l'integrazione e l'interoperabilità delle tecnologie sanitarie del Sistema Sanitario Regionale (SSR), al fine di garantire un flusso di informazioni continuo ed efficace tra i diversi livelli di assistenza e di supportare una gestione più efficiente e coordinata dei pazienti.

Linea Progettuale n.5

LA TECNOLOGIA SANITARIA INNOVATIVA COME STRUMENTO DI INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO

Titolo Progetto: Strumenti a supporto dell'efficientamento del sistema Regionale di controllo della qualità ed appropriatezza delle prestazioni sanitarie

A livello regionale, in continuità con quanto avviato nel 2018, sono stati effettuati i controlli sulle prestazioni in regime di ricovero e sulle prestazioni di medicina

specialistica ambulatoriale. Per quanto riguarda l'attività di ricovero (SDO/DRG), i controlli sono stati condotti tenendo conto del rispetto delle specifiche funzionali del Ministero della Salute relative al flusso NSIS delle SDO, valutando la congruità tra le diagnosi inserite, sia principali che secondarie, e le relative procedure, dall'intervento principale a quelle secondarie.

L'obiettivo del software di progetto è quello di implementare i seguenti requisiti:

- a) svolgere i controlli di qualità sulle SDO, quindi sia la validazione sintattica che semantica secondo le specifiche funzionali nazionali/regionali ad oggi in essere;
- b) creare il flusso xml NSIS da inviare alla Regione;
- c) produrre il report anomalie da condividere con le strutture.

L'efficienza di tali controlli ha consentito di raggiungere un miglioramento rispetto all'anno precedente della qualità formale del flusso.

È continuata l'attività di formazione sulla codifica ICD9-CMed il supporto applicativo e consulenziale agli operatori.

Anche per quanto riguarda le prestazioni di Medicina Specialistica Ambulatoriale, il controllo è stato effettuato sulle prestazioni erogate concentrandosi sull'appropriatezza e sulla congruità delle prestazioni stesse, nonché sull'applicazione corretta dei ticket sanitari. Questo processo avviene attraverso un'integrazione con l'anagrafe regionale degli assistiti, che consente di verificare le esenzioni applicabili, in conformità con la normativa nazionale vigente e le disposizioni regionali.

I due flussi sopra descritti, insieme agli altri flussi previsti nella mobilità sanitaria interregionale, come la Medicina di base, la farmaceutica convenzionata, l'erogazione dei farmaci al momento delle dimissioni e il trasporto con ambulanza o elisoccorso, fanno parte di una fase più ampia del progetto, che riguarda specificamente la gestione della mobilità sanitaria.

Tutti i flussi sono stati controllati prima dell'invio alle Regioni debentrici di residenza degli utenti extra-regionali che hanno usufruito dei servizi sanitari regionali, sia pubblici che privati convenzionati, della Regione Molise. Questo processo ha consentito la rimozione di eventuali anomalie, che potrebbero altrimenti generare contestazioni da parte delle Regioni destinatari dell'addebito migliorando, la qualità del flusso trasmesso, e riducendo sensibilmente il numero di contestazioni ricevute.

Linea Progettuale n.5

LA TECNOLOGIA SANITARIA INNOVATIVA COME STRUMENTO DI INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO

Titolo Progetto: Diagnosi precoce di demenza di Alzheimer: studio pilota per messa a punto e validazione di test ematici e liquorali utilizzando una nuova generazione di anticorpi policlonali e monoclonali brevettati

La diagnosi precoce della demenza, in particolare per quanto riguarda la malattia di Alzheimer, assume un'importanza fondamentale per diversi motivi. La demenza è una condizione progressiva e, al momento, incurabile, ma la possibilità di identificarla nelle sue fasi iniziali può davvero fare la differenza, non solo per il paziente ma anche per i familiari, i caregivers e gli operatori sanitari.

Innanzitutto, una diagnosi precoce consente di avviare tempestivamente terapie di sostegno. Sebbene non esistano cure definitive per la demenza, alcune terapie, anche solo palliative, possono rallentare la progressione della malattia. Questi trattamenti non solo migliorano la qualità della vita del paziente, ma hanno anche un impatto importante sulla riduzione dei costi assistenziali. Più tempo si ha per agire, più è possibile limitare l'aggravarsi della condizione, diminuendo il bisogno di cure

intensificate in fasi successive.

Un altro aspetto cruciale riguarda l'organizzazione della gestione della malattia. Quando una diagnosi viene fatta precocemente, i pazienti, i familiari, i caregivers e gli operatori sanitari possono prepararsi ad affrontare in modo più razionale e pianificato l'evoluzione della malattia. La demenza, essendo progressiva, comporta numerosi cambiamenti nel comportamento e nelle capacità del paziente, che possono includere difficoltà cognitive, perdita di memoria, cambiamenti emotivi. Anticipare questi eventi significa poter organizzare meglio le risorse necessarie, offrendo un percorso assistenziale che alleggerisce l'impatto psicologico ed economico della malattia su tutti i soggetti coinvolti.

Infine, la diagnosi precoce permette di "guadagnare tempo", un concetto che, nel caso della demenza, assume un significato profondo. Sebbene non esistano cure definitive, la ricerca continua e ci sono segnali di potenziali trattamenti. Per esempio, gli anticorpi GS1m e GS3m, sebbene ancora in fase di studio, potrebbero rappresentare una strada promettente. Questi anticorpi agirebbero bloccando i frammenti del recettore LRP8, e se dovessero essere ulteriormente sviluppati, potrebbero trovare applicazione in trial clinici terapeutici. Sebbene il percorso verso una terapia efficace sia lungo e richieda risorse considerevoli, guadagnare tempo è essenziale per dare alle future terapie la possibilità di fare effetto.

In sintesi, la diagnosi precoce non solo offre la possibilità di rallentare la progressione della malattia e migliorare la qualità della vita, ma è anche fondamentale per preparare i pazienti e i loro cari ad affrontare con maggiore serenità il percorso che li attende. Inoltre, permette di guadagnare il tempo necessario per lo sviluppo di terapie future che potrebbero cambiare radicalmente l'approccio alla demenza.

Il progetto ha previsto un reclutamento dei pazienti classificati come MCI (Mild Cognitive Impairment, o declino cognitivo lieve) e AD (Alzheimer's Disease, malattia

di Alzheimer) clinici, così come il reclutamento del gruppo di controllo costituito da pazienti normali (non affetti da MCI o AD).

Inoltre, è stata avviata l'implementazione di una verticale per la gestione delle demenze all'interno di una cartella clinica informatizzata per una gestione più efficiente e centralizzata dei pazienti con MCI, AD e del gruppo di controllo, al fine di facilitare il monitoraggio, la registrazione dei dati clinici e la condivisione delle informazioni tra i vari reparti ospedalieri e ambulatori specialistici dell'ASREM (Azienda Sanitaria Regionale Molise).

L'avvio di una centralizzazione dei dati clinici dei pazienti, che include informazioni provenienti da visite mediche e test diagnostici, rappresenta un passo fondamentale per migliorare la gestione delle malattie neurologiche come il MCI e l'Alzheimer, tra cui un aggiornamento continuo delle informazioni e un monitoraggio preciso dell'evoluzione della malattia nel tempo.

In linea con quanto suddetto, è stato avviato un percorso finalizzato alla formalizzazione di un protocollo per la diagnosi di MCI e il rischio di progressione verso una demenza. La standardizzazione di un protocollo per la diagnosi rappresenta un passo fondamentale nel miglioramento della qualità e coerenza del trattamento per i pazienti affetti da questo disturbo, facilita la collaborazione tra diversi professionisti sanitari e garantisce un approccio personalizzato ma coerente per ogni paziente. Tutto ciò comporta, inoltre, una riduzione del carico di lavoro sui servizi di salute mentale grazie alla possibilità di ricorrere ad interventi mirati.

L'inserimento dei pazienti in percorsi di riabilitazione e l'adozione di diagnosi più precoci portano ad una riduzione di interventi intensivi nel lungo periodo.

La combinazione di un obiettivo generale a lungo termine e di obiettivi specifici a breve e medio termine non solo mira a migliorare la diagnosi precoce e la gestione della demenza di Alzheimer, ma punta anche ad alleggerire il sistema sanitario, con benefici diretti sia per i pazienti che per la comunità.