



Direzione Generale per la Salute

ASPETTI GENERALI DEL PROGETTO	
REGIONE PROPONENTE	Regione Molise
PROVVEDIMENTO REGIONALE (DATA E NUMERO)	Determinazione del Direttore Generale per la Salute n. __ del __
LINEA PROGETTUALE	Linea n. 1- Percorso Diagnostico Terapeutico condiviso e personalizzato per pazienti con multicronicità
TITOLO DELL'INTERVENTO N. 1	Cure primarie e PDTA personalizzati per pazienti con multicronicità
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi
REFERENTI	Azienda Sanitaria Regionale del Molise/ ASReM

ASPETTI FINANZIARI	
COSTO COMPLESSIVO INTERVENTI – LINEA PROGETTUALE N. 1	€ 3.030.000,00

INTERVENTO N. 1 Cure primarie e PDTA personalizzati per pazienti con multicronicità	
<i>Costo complessivo dell'intervento</i>	€ 3.030.000,00

CONTESTO	<p>I Percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA) sono interventi complessi basati sulle migliori evidenze scientifiche e caratterizzati dall'organizzazione del processo di assistenza per gruppi specifici di pazienti, attraverso il coordinamento e l'attuazione di attività consequenziali standardizzate da parte di un team multidisciplinare.</p> <p>I PDTA in sanità sono diventati strumento consolidato per il miglioramento della qualità e dell'efficienza delle cure, per la riduzione della variabilità nelle cure e per garantire cure appropriate al maggior numero di pazienti.</p> <p>Il Servizio regionale ha messo in atto una serie di soluzioni strutturali, tecnologiche e organizzative necessarie al riorientamento delle cure primarie molisane, al fine di affrontare la domanda sempre più consistente e diversificata di servizi da parte di una popolazione che vive più a lungo e con bisogni assistenziali multipli.</p> <p>I PDTA, nella loro trasversalità applicata all'assistenza, possono essere considerati uno strumento di governance, perchè si costruiscono attraverso l'individuazione e la valorizzazione di tutti i componenti delle filiera assistenziale, indipendentemente dal loro posizionamento nel percorso, contrastando logiche di centralità di servizi e di professionisti, esaltando la multicentricità ed il valore dei contributi di ognuno. Una nuova prospettiva di valutazione multidimensionale e di outcome personalizzati, su cui il Sistema Sanitario regionale ha fortemente puntato.</p> <p>Il Piano nazionale della Cronicità (PNC) individua un primo elenco di patologie croniche identificate attraverso criteri quali la rilevanza epidemiologica, la gravità, l'invalidità, il peso assistenziale ed economico, la difficoltà di diagnosi e di accesso alle cure, e sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • malattie renali croniche e insufficienza renale; • malattie reumatiche croniche: artrite reumatoide e artriti croniche in età evolutiva; • malattie intestinali croniche: rettocolite ulcerosa e malattia di Crohn; • malattie cardiovascolari croniche: insufficienza cardiaca; • malattie neurodegenerative: malattia di Parkinson e parkinsonismi; • malattie respiratorie croniche: BPCO e insufficienza respiratoria; • insufficienza respiratoria in età evolutiva; • asma in età evolutiva; • malattie endocrine in età evolutiva; • malattie renali croniche in età evolutiva. <p>Il mondo della cronicità è un'area in progressiva crescita che comporta un notevole impegno di risorse, richiedendo continuità d'assistenza per periodi di lunga durata e una forte integrazione dei servizi sanitari con quelli sociali e richiedendo servizi residenziali, territoriali e domiciliari finora non sufficientemente disegnati e sviluppati nel nostro</p>
-----------------	--

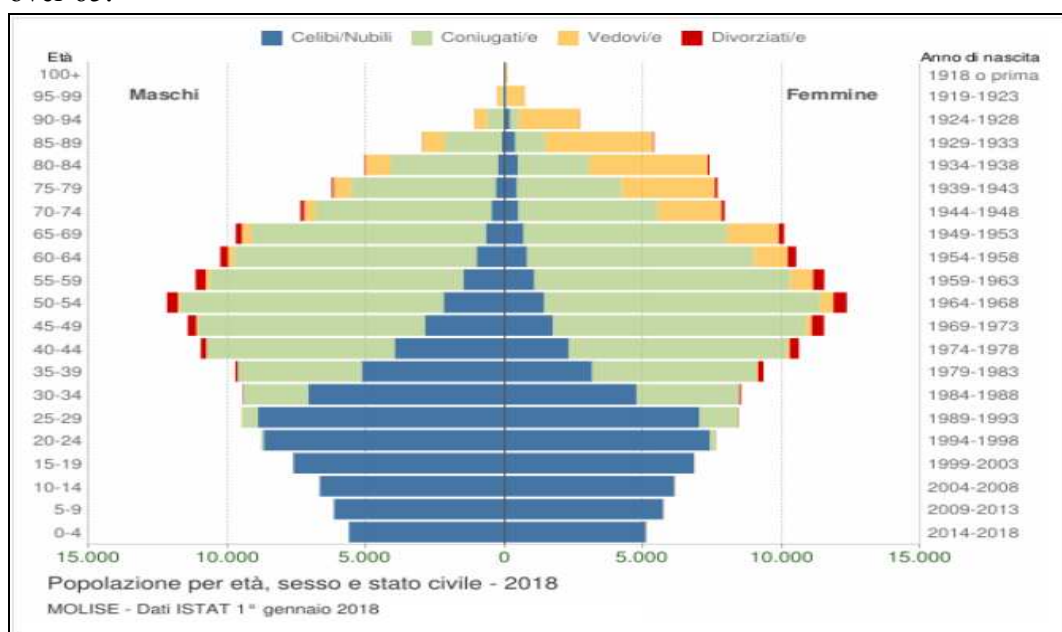
Paese.

Il Piano nazionale della Cronicità è nato proprio dall'esigenza di armonizzare a livello nazionale, e conseguentemente a livello regionale e poi aziendale, le attività in questo campo, promuovendo interventi basati sull'unitarietà di approccio, centrati sulla persona ed orientati ad una migliore organizzazione dei servizi e una piena responsabilizzazione di tutti gli attori dell'assistenza, compatibilmente con la disponibilità delle risorse economiche, umane e strutturali.

Quest'attività progettuale regionale, a valere sulle risorse vincolate agli obiettivi di piano sanitario nazionale anno 2018, contribuirà al miglioramento della tutela per le persone affette da malattie croniche, riducendone il peso sull'individuo, sulla sua famiglia e sul contesto sociale, migliorando la qualità di vita, rendendo più efficaci ed efficienti i servizi sanitari regionali in termini di prevenzione e assistenza e assicurando maggiore uniformità ed equità d'accesso ai cittadini molisani.

In Molise, la quota di cittadini ultra 65enni rappresenta, infatti, il 24,23% della popolazione (308.493 nel 2018), quella degli ultra 75enni il 12,87% e quella degli ultra 85enni il 4,32%.

È dunque tra le regioni italiane più anziane, in cui cioè vi è la più alta percentuale di over 65.



Inoltre, è sempre più evidente come, anche in Molise, una piccola percentuale di assistiti, in gran parte anziani fragili e ad alto rischio di ospedalizzazione, sia responsabile dell'assorbimento di gran parte delle risorse sanitarie e socio-sanitarie.

Dato da tener ulteriormente presente, per Sistemi complessi come quelli sanitari, e che ha riscontro in letteratura scientifica, prevede un aumento stimato della popolazione anziana disabile di 2 punti percentuali per anno. Anche il PNC individua l'80% delle persone oltre i 65 anni affetto da scompenso cardiaco, insufficienza respiratoria, disturbi del sonno, diabete, obesità, depressione, demenza, ipertensione, che spesso si verificano contemporaneamente nello stesso individuo.

Il progressivo aumento del numero di pazienti con multimorbidità e bisogni di cura

complessi, quindi, presuppone lo sviluppo di un sistema di cura d’iniziativa proattivo, attraverso il potenziamento della rete dei servizi territoriali e domiciliari, una maggiore integrazione con le strutture ospedaliere e lo sviluppo di sistemi che mettano insieme professionisti dei settori sanitari e sociali, tenendo conto dei diversi determinanti dello stato di salute.



Obiettivo dell’assistenza non deve essere soltanto la cura dei sintomi, bensì la promozione della salute, la prevenzione primaria e secondaria delle ricadute, il miglioramento dello stato funzionale e della qualità della vita unitamente ad una maggiore attenzione al contesto sociale e relazionale della persona.

Per raggiungere questi obiettivi è necessario ricollocare il paziente al centro del sistema di cura, non considerandolo più come un recettore passivo di cure estemporanee: le cure devono essere coordinate, garantite nel tempo (continue) e accessibili.

Nel tempo si è assistito ad una progressiva frammentazione dei servizi assistenziali territoriali ed ospedalieri a causa dell’instaurarsi di progressive barriere strutturali, finanziarie, culturali, organizzative e professionali.

Il Programma Operativo Straordinario 2015-2018 della Regione Molise, da cui poi è scaturito il nuovo Atto Aziendale dell’unica Azienda Sanitaria regionale (ASReM), ha previsto un graduale passaggio da un sistema fondato sull’Ospedale, ad un sistema in cui alla parte territoriale venisse riconosciuto un ruolo specifico attraverso strutture di cure primarie, intermedie e di prossimità come le Case della Salute, gli Ospedali di Comunità e le Unità di degenza Infermieristica.

Inoltre, la ridefinizione di modelli di presa in carico e di continuità assistenziale che mettono il paziente al centro dell’assistenza, in un continuum dalla prevenzione alla diagnosi, al trattamento, al *follow up* e al fine vita, trova supporto nello sviluppo e nel disegno dei numerosi PDTA approvati nel corso dell’ultimo triennio (specificati analiticamente nella tabella che segue) che attraverso il coinvolgimento ed il coordinamento di professionisti/servizi diversi, rivedono non solo i comportamenti ed i percorsi all’interno dei nodi della rete ma anche i sistemi per governarli.

Il Sistema Sanitario regionale ha programmato leve capaci di agire sull’appropriatezza degli interventi terapeutico-assistenziali riorganizzando e standardizzando i processi di cura, monitorandone l’impatto non solo clinico ma anche organizzativo ed economico.

Quest’azione ha consentito, e sta consentendo, di migliorare la qualità delle cure, affrontando il tema generale della limitatezza delle risorse attraverso una

razionalizzazione dell'offerta.

Si riportano, nel quadro sinottico che segue, i PDTA ad oggi attivati:

- *PDTA Demenze approvato con Determinazione del Direttore Generale Salute della Regione Molise n.155 del 2018.*
- *PDTA e Rete Assistenziale per nelle malattie reumatiche infiammatorie e autoimmuni approvato con DCA n.4 del 30 gennaio 2018.*
- *PDTA Cura delle patologie Cerebrovascolari Acute approvato con PDG ASReM n.1030 del 2017.*
- *PDTA del paziente con dolore toracico IMA approvato con PDG ASReM n.1031 del 2017.*
- *PDTA Trauma maggiore nel paziente adulto approvato con PDG ASReM n. 1032 del 2017.*
- *PDTA per la Sclerosi Laterale Amiotrofica e per le patologie neurodegenerative approvato con DCA n.12 del 18 luglio 2017.*
- *PDTA per la BroncoPneumopatia Cronica Ostruttiva (BCPO) approvato con DCA n.12 del 24 febbraio 2017.*
- *PDTA per la gestione della terapia anticoagulante orale (TAO) in pazienti adulti con fibrillazione atriale non valvolare (FANV) approvato con DCA n.76 del 30 dicembre 2016.*
- *PDTA Diabete tipo 2 approvato con DCA n.75 del 30 dicembre 2016.*
- *PDTA per la Gestione dello Scompenso Cardiaco approvato con DCA n.28 del 19 maggio 2016.*
- *PDTA per il paziente affetto da malattia da HIV/AIDS approvato con DCA n.29 del 19 maggio 2016.*
- *PDTA Frattura prossimale femore nell'anziano: il percorso preoperatorio approvato con DCA n.34 del 27 maggio 2016.*
- *PDTA Ulcere da decubito approvato con DCA n.35 del 27 maggio 2016.*

Nelle forme di cronicità, specie le più avanzate, anche la medicina specialistico-tecnologica ha pochi strumenti, mentre una medicina basata sulla persona appare più adeguata ed esaustiva nei confronti dei bisogni che si creano in tale situazione e più appropriata nelle risposte.

Il territorio con la sua rete dei servizi rappresenta il luogo più appropriato per la gestione delle cronicità. I punti di forza dell'assistenza territoriale sono la flessibilità degli interventi, la sostenibilità dei percorsi assistenziali, l'appropriatezza, oltre che un maggior gradimento da parte dell'utenza.

L'attuale Sistema è strutturato secondo un modello organizzativo coerente con i nuovi bisogni di salute della popolazione molisana. I PDTA, dunque, se considerati come tasselli innestati nella riorganizzazione dell'intera rete sanitaria regionale prevista dal POS, servono a creare le condizioni per lo sviluppo di modelli di rete dell'assistenza in grado di presidiare il territorio collegando i punti di erogazione delle prestazioni, oltre che a dare una consequenziale maggiore esaustività e appropriatezza alle risposte dei bisogni dei cittadini, facilitandone l'accesso alle cure primarie e favorendone la continuità dell'assistenza.

In questo contesto, poi, l'ASReM sta puntando sulla riorganizzazione delle cure domiciliari secondo il modello dell'intensità di cura e della complessità, anche per

favorire una migliore gestione delle cronicità e del paziente multicronico. L'obiettivo è il miglioramento della qualità di vita del paziente e l'umanizzazione del trattamento, in un ambiente familiare certamente più idoneo, in particolare per il paziente anziano. La riorganizzazione si pone anche come alternativa all'ospedalizzazione inappropriata o al ricorso precoce alle strutture protette, e ha alla base l'idea di rendere integrati i PDTA riportati nella precedente tabella.

Attraverso questo progetto, dunque, l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) si caratterizzerà ulteriormente per l'integrazione multidisciplinare (sociale e sanitaria) e multi professionale (tra operatori sanitari).

Come si evince dalle tabelle successive, riferite al triennio 2015 - 2017, il dato dei pazienti trattati in Assistenza Domiciliare Integrata da ASReM è in costante aumento.

2015	CAMPOBASSO	ISERNIA	TERMOLI	TOTALE
ADI 1° LIVELLO	1302	786	1020	3108
ADI 2° LIVELLO	7	11	12	30
ADI 3° LIVELLO	123	57	91	271
Assistenza domiciliare integrata	1432	856	1125	3413
Prevalenza a livello Aziendale	41,96%	25,08%	32,96%	
Assistenza domiciliare prestazionale	1540	2368	1244	5152
TOTALE	2972	3224	2369	8565

Anno 2015, Assistiti Molise PAI in ADI

2016	CAMPOBASSO	ISERNIA	TERMOLI	TOTALE
ADI 1° LIVELLO	1461	816	630	2907
ADI 2° LIVELLO	555	456	356	1367
ADI 3° LIVELLO	156	173	27	356
Assistenza domiciliare integrata	2185	1451	1034	4670
Prevalenza a livello Aziendale	46,79%	31,07%	22,14%	
Assistenza domiciliare prestazionale	1532	2683	1513	5728
TOTALE	3717	4134	2547	10398

Anno 2016, Assistiti Molise PAI in ADI

2017	CAMPOBASSO	ISERNIA	TERMOLI	TOTALE
ADI 1° LIVELLO	1442	1727	703	3872
ADI 2° LIVELLO	790	874	829	2493
ADI 3° LIVELLO	438	703	91	1232
Assistenza domiciliare integrata	2719	3344	1685	7748
Prevalenza a livello Aziendale	35,09%	43,16%	21,75%	
Assistenza domiciliare prestazionale	1439	2415	1102	4956
TOTALE	4159	5759	2787	12705

Anno 2017, Assistiti Molise PAI in ADI

L'approccio domiciliare per la cura delle patologie croniche offre un sostegno anche al caregiver, cioè al familiare che maggiormente si occupa dell'assistenza del paziente anziano, offrendo indicazioni valide per la gestione adeguata, riducendo atteggiamenti inidonei e lo stress correlato al carico oggettivo, psicologico, fisico, sociale ed emotivo che il ruolo di caregiver impone.

Al fine di aumentare i pazienti in ADI e ridurre i ricoveri inappropriati e per superare il vincolo derivante dalla disponibilità della Regione di risorse economiche limitate da destinare all'Assistenza Territoriale Domiciliare che deve garantire sempre più servizi e prestazioni appropriate a fronte di una riduzione di P.L. ospedalieri, si concentrerà l'attenzione nello sviluppo di percorsi virtuosi e condivisi per pazienti con patologie croniche, inseriti all'interno dei PDTA regionali ed aziendali, per qualificare ed integrare gli interventi socio-sanitari ed evitare il ricorso ai ricoveri impropri integrando l'ordinaria attività con "interventi" aggiuntivi mirati ad assistere anziani over 65 anni.



La risposta immaginata passa anche per l'irrobustimento dei nodi della rete delle cure primarie, e cioè i Medici di Medicina Generale, il servizio di continuità assistenziale, la domiciliarità, la residenzialità e gli altri servizi distrettuali come la porta unica d'accesso (PUA).

In questo contesto, quindi, l'Assistenza domiciliare abbinata a quella territoriale, con l'offerta di soluzioni flessibili e appropriate, è individuata come la scelta strategica per il contrasto alla riacutizzazione di patologie croniche con necessità di monitoraggio più intensivo.


In questo scenario, si inserisce anche il tema dell'aderenza terapeutica, avvertito come una delle priorità su cui intervenire, perché da un lato investe la salute della collettività e la sicurezza delle cure, dall'altro tocca il grande tema delle risorse, anche per le patologie croniche.

Dati di studi e di letteratura confermano che l'aderenza alle terapie croniche rimane un problema emergente ed attuale.

La scarsa aderenza alle prescrizioni del medico è la principale causa di non efficacia delle terapie farmacologiche ed è associata ad un aumento degli interventi di assistenza sanitaria, della morbilità e della mortalità, rappresentando un danno sia per i pazienti che per il sistema sanitario. In Italia, come in Molise, è superato il concetto di *compliance* intesa come “*il grado con il quale il paziente segue le istruzioni mediche*”. Per garantire un sistema complessivo di risposta alle multi cronicità, si deve perciò approcciare il problema con una visione più ampia, multidisciplinare e multidimensionale, che non coinvolge solo il paziente e il medico (nella relazione di cura), ma si estende a tutti gli attori del sistema salute, ciascuno con il proprio ruolo, con la propria professionalità e competenza e a tutti i fattori, endogeni ed esogeni, che impattano sull’aderenza alle terapie. La letteratura scientifica conferma che la non aderenza terapeutica sia particolarmente critica nei pazienti con terapie di lunga durata e politerapie, con tutte le conseguenze che ne possano derivare da una discontinuità del trattamento (compromissione dell’efficacia della terapia). Ciò è dovuto, molto spesso, alla condizione psicologica ed emotiva del paziente cronico che si traduce nello sconforto, perdita di fiducia, demotivazione rispetto all’efficacia/benefici della cura o per la complessità della gestione della terapia.

Con circa ¼ della popolazione avente più di 65 anni di età, il Molise è non solo tra le regioni più “anziane” d’Italia, ma anche la seconda per percentuale di sedentari. Incrementare l’attività fisica in questa fascia della popolazione potrebbe portare ad un arresto del forte aumento di consumo di farmaci e della spesa sanitaria avvenuto negli ultimi anni, ad un miglioramento delle prestazioni fisiche/stato di salute ed alla prevenzione di malattie croniche e/o neurodegenerative.

A tale scopo è necessaria un’azione complessiva sulla popolazione, in modo da superare le barriere fisiche, psicologiche e sociali che si oppongono ad un aumento dell’attività fisica negli anziani. Il presente, che può intendersi come sub progetto legato a quanto sin’ora riportato nella parte di contesto per i PDTA condivisi e personalizzati per pazienti con multi cronicità, mira anche attraverso la collaborazione di organismi istituzionali preposti, alla promozione e attuazione dell’attività fisica negli anziani. L’invecchiamento della popolazione si accompagna anche ad un aumento della prevalenza di malattie croniche e, quindi, ad aumento della spesa sanitaria. Specificatamente, in Molise la spesa procapite è tra le più alte in Italia, e conseguentemente anche la spesa farmaceutica aumenta significativamente. Quanto di tale incremento di spesa sia da ascrivere al fenomeno dell’invecchiamento popolazione è intuibile considerando che, a livello italiano, circa il 65% della spesa del Servizio Sanitario Nazionale ed il 70% della spesa farmaceutica è utilizzata per la cura e l’assistenza alle persone anziana. È noto come l’attività fisica svolga benefici effetti a carico di vari organi ed apparati, tanto da rappresentare uno dei cardini nella terapia e prevenzione di molte patologie quali l’ipertensione arteriosa, il diabete, l’obesità e l’osteoporosi. Di conseguenza, un intervento basato sulla promozione, a scopo preventivo, dell’attività fisica nella popolazione anziana non ospedalizzata avrebbe un effetto di riduzione del consumo di farmaci procapite e presidi per la disabilità,

	<p>determinando una riduzione della pesa sanitaria regionale e un miglioramento della qualità di vita in termini di autonomia e di stato dell'umore (per i noti effetti dell'esercizio fisico sullo stato mentale) di tali soggetti. Un aspetto particolare in tale ambito è rappresentato da soggetti con sarcopenia (diminuzione della massa muscolare) ed obesità, nei confronti dei quali l'attività fisica rappresenta un intervento di prima scelta. Oltre questo si deve ricordare il comprovato effetto dell'attività fisica sulla prevenzione della demenza e di morbo di Alzheimer.</p>
DESCRIZIONE	<p>Per fare fronte alla trasformazione in atto della domanda assistenziale, da alcuni anni è in corso in Regione Molise un processo di riorganizzazione dei servizi di assistenza primaria attraverso il rafforzamento della presa in carico territoriale e domiciliare dei pazienti con patologie croniche, anche attraverso il potenziamento delle cure domiciliari, il completamento del percorso delle strutture territoriali punto di riferimento per l'accesso e l'erogazione delle cure intermedie (Case della Salute, Ospedali di Comunità).</p> <p>La Regione Molise e l'ASReM, a tal fine, intendono ampliare ulteriormente l'offerta assistenziale per rispondere efficacemente ai bisogni di salute del cittadino, dando maggiore forza alle cure intermedie e a quelle domiciliari. L'architettura progettuale si pone come obiettivo quello di sviluppare, perciò, prestazioni ambulatoriali multi-specialistiche in modalità condivisa e multi-professionale, (medicina generale, assistenza infermieristica, specialistica, assistenza domiciliare) che possano rappresentare una risposta coordinata ed efficace alle richieste dei pazienti con multicronicità, anche al fine di ridurre il ricorso a esami diagnostici inappropriati e/o non pianificati.</p> <p><u>Questa linea progettuale si pone quindi l'obiettivo di armonizzare le modalità organizzative della rete d'assistenza regionale in ambito extra-ospedaliero, attraverso cui sia realizzabile la soddisfazione dei bisogni del paziente, principalmente per i malati affetti da malattie croniche secondo quanto previsto dai PDTA regionali ed aziendali.</u></p>  <p>L'attivazione e l'implementazione del modello regionale rappresentano l'elemento strategico per la creazione di un <i>setting</i> multi-professionale nel quale condividere percorsi flessibili e personalizzati di presa in carico dei pazienti, grazie all'integrazione organizzativa con tutti gli attori della rete e alla disponibilità di nuove e più efficaci tecnologie (fascicolo sanitario elettronico, ad esempio).</p> <p>Tale progettualità servirà, dunque, anche per dare completa attuazione ai PDTA sopra elencati, permettendo il superamento degli ostacoli strutturali che hanno rallentato sino ad ora la compiuta realizzazione dei Percorsi, anche per le malattie croniche.</p>

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

I dati di mortalità evidenziano, poi, come le malattie croniche siano tra le principali causa di morte in Molise, oltre che in Italia e in Europa, e che queste sono in parte dovute all'invecchiamento della popolazione ma anche alla maggior capacità di cura che evita, o procrastina, la morte rendendo croniche le condizioni del paziente. Considerato quindi che, i concetti di deospedalizzazione, di raccordo ospedale-territorio, di qualità della vita, riguardano i pazienti cronici sia oncologici che geriatrici e devono essere applicati ad un modello sociale complesso, i protocolli di presa in carico attivati in Molise, consentono di rispondere a bisogni assistenziali complessi direttamente a domicilio o presso le strutture territoriali.

Perciò, conciliabilmente con le condizioni cliniche, sanitarie, sociali ed abitative della persona, il Sistema Regionale molisano dev'essere orientato a privilegiare le cure domiciliari, garantendo le prestazioni sanitarie necessarie ed attivando le risorse formali e informali per dare supporto alla persona, al caregiver e alla famiglia nello svolgimento delle attività di vita quotidiana. Il sistema molisano delle cure domiciliari deve coinvolgere le diverse professionalità, prime fra tutte i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta, che assumono la responsabilità della gestione clinica della presa in carico, garantendo il coordinamento degli apporti professionali forniti dagli operatori del servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e dagli specialisti, e la continuità assistenziale nell'erogazione del trattamento. L'assistenza domiciliare, così strutturata, richiede la stretta collaborazione tra ospedale e distretto, capace di garantire la permanenza a casa anche di persone affette da una o più patologie croniche. In questo senso, dunque, è fondamentale completare il percorso di perfezionamento dell'aggiornamento della valutazione multidimensionale, "filtro" che permette la pianificazione organica delle attività in funzione della globalità e dell'intensità del piano di cura e la valutazione evolutiva degli esiti.

Nell'ottica d'insieme della ristrutturazione aziendale dell'assistenza dei pazienti affetti da patologie croniche tramite anche le Cure domiciliari con supporto dei PDTA, assumono ruoli strategici la facilitazione della nutrizione enterale domiciliare (NEO) e quella della nutrizione parenterale domiciliare (NPO). Tali protocolli condivisi consentono di organizzare interventi coordinati e multi professionali, finalizzati all'erogazione di servizi personalizzati, migliorando il decorso clinico e la prognosi di numerose patologie croniche, riducendo significativamente la morbilità e mortalità e l'ospedalizzazione, con ricadute positive in termini di qualità di vita del malato.

Il percorso assistenziale già organizzato negli anni precedenti, prevede per il 2018

	<p>un'ulteriore fase di implementazione, che sia in grado di sviluppare la presa in carico globale e lo sviluppo di protocolli di cura condivisi. In particolare, le cure domiciliari sono una delle risposte più efficaci ai bisogni assistenziali delle persone anziane con malattie croniche e non autosufficienti, delle persone disabili in conseguenza di traumi o forme morbose acute o croniche, così come di pazienti che necessitino di trattamenti palliativi, purché tecnicamente trattabili a domicilio, e in generale, di tutti i pazienti in condizioni di fragilità per i quali l'allontanamento dall'abituale contesto di vita può aggravare la condizione patologica e destabilizzare l'equilibrio sia fisico sia psicologico con conseguenze spesso devastanti. Il <i>setting</i> assistenziale domiciliare, inoltre, è quello in cui è più agevole per l'equipe curante promuovere l'empowerment del paziente, migliorando la sua capacità self-management.</p> <p>Richiamando poi quanto già accennato nella parte introduttiva, l'aderenza terapeutica investe inevitabilmente il grande tema della cronicità. La gestione della terapia è ancor più difficile quando la condizione è cronica e implica, quindi, una relazione costante con la malattia nel corso della vita del paziente cronico.</p> <p>La popolazione anziana è quella più a rischio sotto il profilo dell'aderenza, specie in compresenza di più patologie. In considerazione dell'indice di vecchiaia regionale, è evidente che vi siano conseguenze sull'assistenza sanitaria anche a causa del numero elevato dei malati cronici. La priorità del Servizio Sanitario regionale deve perciò essere la presa in carico della cronicità e la gestione dell'adesione, anche dei malati cronici, alle prescrizioni/indicazioni sanitarie, per di più per l'impatto sulla sostenibilità economica.</p> <p>L'aderenza alle terapie, quindi, gioca un ruolo rilevante per il Sistema Sanitario regionale e per la salute dei molisani, viste le tendenze di invecchiamento della popolazione, di aumento della cronicità e della quantità di risorse per la sanità.</p> <p>Questa attività progettuale punta anche alla riorganizzazione delle attività dei MMG. Il rapporto di cura tra il medico di famiglia il paziente dovrà essere riconfigurato per raggiungere alcuni obiettivi strategici, corrispondenti spesso ad altrettante criticità assistenziali (aderenza agli stili di vita, aderenza alle terapie e al percorso di cura, raggiungimento dei target terapeutici, ecc.).</p> <p>A queste priorità, poi, saranno abbinate attività di audit per la valutazione dell'efficacia dei PDTA, utili al miglioramento della qualità dell'assistenza. Gli audit misureranno l'efficacia e la sostenibilità dell'implementazione prevista da quest'attività progettuale nel contesto delle cure primarie attraverso l'impiego di strumenti d'identificazione e valutazione dei pazienti con bisogni sanitari multipli e/o complessi.</p> <p>È prevista l'applicazione di metodologie statistico-econometriche per la rilevazione di attività, esiti e costi nel contesto dei percorsi assistenziali sopra descritti. Questo passaggio permetterà di definire un modello di valutazione clinico-assistenziale ed economica dei percorsi, che tenga conto delle diverse fasi del processo, delle differenti strutture organizzative in cui si realizzano e degli esiti ottenuti. Gli indicatori verranno realizzati secondo quanto previsto dal <i>Manuale operativo per la valutazione dei percorsi diagnostico-terapeutico assistenziali del Ministero della Salute</i> (23 luglio 2018) "Nuovo sistema di garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza - Monitoraggio e</p>
--	--

	<p>valutazione dei percorsi diagnostico-terapeutico assistenziali (Metodologia per il calcolo degli indicatori presenti nell'Allegato 1 dello schema di Decreto interministeriale "Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria").</p> <p>Per consentire poi la diffusione capillare dei PDTA regionali ed aziendali, sarà realizzato uno spazio dedicato sul portale ASReM, necessario per favorire il <i>Patient Engagement</i> e per conferire importanza e visibilità al processo di cambiamento innescato dai PDTA nei percorsi di cura. Questo spazio dovrà raccogliere innanzitutto tutti i PDTA approvati dalla Regione Molise e dall'Azienda. Inoltre, all'interno di questo spazio saranno esplicitate tutte le informazioni utili, la documentazione necessaria ed i riferimenti sia per gli operatori che per i cittadini. A conclusione della valutazione descritta in precedenza, poi, verranno inseriti gli indicatori e gli esiti, anche per favorire un processo sistemico di accountability.</p> <p>In sintesi, il modello d'integrazione multiprofessionale proposto ha la finalità strategica di attivare i nodi sensibili della rete assistenziale, favorendo una visione globale del paziente cronico tale da facilitare la pianificazione delle attività di presa in carico attraverso la costruzione di un Piano Assistenziale Individuale (PAI) insieme a tutti gli attori regionali, ed in particolar modo della Medicina Generale (Medici di medicina generale, Medici della continuità assistenziale e Medici in formazione), della Pediatria di Libera Scelta, in integrazione con la Specialistica ambulatoriale (convenzionata e dipendente), del Sistema della domiciliarità (Assistenza Domiciliare Integrata) e la residenzialità.</p> <p>La comunicazione, poi, è l'asse fondante della gestione integrata delle cronicità e delle reti assistenziali, elemento indispensabile tra i diversi operatori, tra i vari servizi, tra i differenti livelli (territorio/ospedale), nonché fattore centrale del rapporto di fiducia del paziente e del suo processo di empowerment. Le nuove tecnologie disponibili contribuiranno a facilitare la comunicazione e a migliorare l'assistenza per le cronicità negli aspetti relativi all'efficacia e all'efficienza.</p> <p>In conclusione, il Progetto si prefigge di delineare un sistema mirato a prevenire e gestire le cronicità, che garantisca la massima omogeneità possibile in termini di processi attivati e di risultati raggiunti.</p> <p>Per quanto riguarda poi il sub progetto richiamato nella precedente sezione, è previsto lo svolgimento di attività motoria per gli anziani finalizzata alla prevenzione delle malattie croniche e al mantenimento dell'efficienza fisica nelle persone in età avanzata. Si prevede l'organizzazione di una serie di incontri con gli anziani per svolgere attività motoria una/due volte la settimana sotto la guida di esperti, laureati in scienze motorie, nonché medici designati, di concerto dall'ASREM e dal Comitato provinciale CONI di Campobasso.</p> <p>Beneficiari dell'iniziativa saranno uomini e donne in terza età, nel numero massimo complessivo di 500 utenti.</p>
OBIETTIVI	<p>➤ Armonizzare le modalità organizzative della rete d'assistenza regionale in</p>

	<p>ambito extra-ospedaliero, ridefinendo ruoli, competenze, attività e risultati attesi di tutti gli attori in tutti i livelli assistenziali;</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ completare e consolidare la ridefinizione della rete assistenziale regionale per le cronicità proseguendo nello sviluppo di un sistema uniforme su tutto il territorio molisano; ➤ rafforzare e consolidare la collaborazione tra Ospedale e Territorio per migliorare la continuità assistenziale tra le Strutture sanitarie responsabili del progetto terapeutico, le strutture socio-sanitarie territoriali, i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta; ➤ sviluppo di modelli organizzativi che favoriscano, per le patologie croniche, l'integrazione con le Cure primarie sia nella fase post-dimissione dall'ospedale sia nelle fasi di riaccutizzazione clinica; ➤ implementare i PDTA su singole patologie o su gruppi di patologie, principalmente quelle croniche; ➤ implementare e consolidare percorsi personalizzati per le persone con malattie croniche, anche attraverso l'utilizzo del servizio di assistenza domiciliare; ➤ attivare contatti informativi e formativi per la condivisione ed il confronto con le figure assistenziali territoriali o specialistiche sulla base del piano assistenziale individuale; ➤ monitorare e valutare il funzionamento della rete e la diffusione e applicazione dei PDTA tramite audit e metodologie statistico-econometriche per la rilevazione di attività, esiti e costi nel contesto dei percorsi assistenziali, identificando anche le maggiori criticità riscontrate nell'implementazione dei PDTA regionali; ➤ potenziare e consolidare le procedure delle Porte Uniche d'Accesso e delle Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) in funzione della gestione delle multicronicità; ➤ miglioramento della definizione del Piano di assistenza individuale e implementazione dei flussi informativi dedicati; ➤ sviluppo della capacità di autogestione (self care) nei pazienti cronici e multicronici; ➤ presa in carico pro-attiva all'emergere del bisogno del paziente cronico e multicronico; ➤ riduzione dell'ospedalizzazione del paziente cronico mediante miglioramento dell'appropriatezza del <i>setting</i> assistenziale e conseguente efficientamento del sistema delle cure; ➤ favorire percorsi di aderenza terapeutica nei percorsi di cura dei pazienti cronici; ➤ adottare interventi finalizzati alla diagnosi precoce delle patologie croniche e delle condizioni di rischio che le precedono tramite la rete delle strutture di prossimità territoriali regionali; ➤ favorire l'aumento percentuale della prevalenza dell'ADI a livello aziendale e distrettuale per i pazienti cronici; ➤ evitare, per il paziente cronico, il ricovero durante le fasi non acute e consentire
--	---

	<p>la riduzione dei tempi di ospedalizzazione, favorendo il più possibile un'ideale permanenza dell'assistito presso il proprio domicilio;</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ promuovere azioni atte ad utilizzare e ad ottimizzare le risorse territoriali, attuando interventi sociosanitari a domicilio (medico, infermieristico e sociale), garantendo il collegamento con strutture residenziali sanitarie e socio-assistenziali; ➤ favorire il <i>Patient Engagement</i> attraverso canali di comunicazione ed informazione specifici sui PDTA, anche promuovendo l'adozione di corretti stili di vita nella popolazione; ➤ dare il giusto grado di conoscibilità, attraverso la comunicazione e l'informazione, diffondendo i processi individuati all'interno dei PDTA regionali e aziendali, divulgando raccomandazioni e comunicazioni relative ai PDTA; ➤ promuovere campagne di educazione della popolazione molisana sulla salute, con focus sulle patologie croniche, incentivando e promuovendo l'health literacy; ➤ migliorare la qualità della vita del paziente cronico e multicronico e della sua famiglia; <p>Indicatori relativi al sub-progetto:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ promozione e sensibilizzazione dell'attività fisica nella popolazione anziana non ospedalizzata; ➤ aumento del numero di anziani che praticano attività fisica; ➤ monitoraggio dell'attività fisica negli anziani sul territorio.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	12 mesi
INDICATORI	<ul style="list-style-type: none"> • Incremento della presa in carico dei pazienti con patologie croniche tramite strutture territoriali ASReM; • aumento % presa in carico in ADI dei pazienti con patologie croniche; • piena realizzazione dei PDTA regionali e aziendali, principalmente per quelli riferiti alle patologie croniche; • valutazione e controllo secondo PDTA del 100% dei pazienti interessati, affetti dalle patologie croniche; • realizzazione degli indicatori, con pubblicazione e monitoraggio costante; • potenziamento attività PUA; • potenziamento attività UVM; • adesione alle linee guida dell'appropriatezza prescrittiva delle patologie croniche; • gestione ottimale secondo linee guida dei pazienti cronici;

	<ul style="list-style-type: none"> • diagnosi precoce delle complicanze delle patologie croniche; • riduzione liste d'attesa per le branche specialistiche attinenti alle patologie croniche; • realizzazione di uno spazio specifico sul portale aziendale accessibile a tutti gli operatori del sistema sanitario regionale, costantemente aggiornato, contenente tutti i PDTA regionali ed aziendali e le informazioni necessarie; • riduzione del tasso d'inappropriatezza; • riduzione del ricorso a esami diagnostici inappropriati; • riduzione dell'ipermedicalizzazione e dell'eccessivo carico farmacologico; <p>Indicatori relativi al sub-progetto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • numero di anziani/medici ed esperti coinvolti nel progetto; • numero di eventi organizzati; • questionari di customer satisfaction; • report finali.
RISULTATI ATTESI	<p>Il progetto ha la finalità strategica di attivare i nodi sensibili della rete assistenziale, favorendo una visione globale del paziente cronico tale da facilitare la pianificazione delle attività di presa in carico attraverso la costruzione di un Piano Assistenziale Individuale (PAI) insieme a tutti gli attori regionali, ed in particolar modo della Medicina Generale (Medici di medicina generale, Medici della continuità assistenziale e Medici in formazione), della Pediatria di Libera Scelta, in integrazione con la Specialistica ambulatoriale (convenzionata e dipendente), del Sistema della domiciliarità (Assistenza Domiciliare Integrata) e la residenzialità.</p> <p>Risultati attesi relativi al sub-progetto:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aumento dello stato di salute degli anziani; - Cambiamento culturale nei confronti dell'attività fisica da parte di anziani e dei medici curanti; - Prevenzione di patologie croniche e demenze; - Rallentamento nell'incremento del consumo di farmaci.



Direzione Generale per la Salute

ASPETTI GENERALI DEL PROGETTO	
REGIONE PROPONENTE	Regione Molise
PROVVEDIMENTO REGIONALE (DATA E NUMERO)	Determinazione del Direttore Generale per la Salute n_____ del_____
LINEA PROGETTUALE	Linea Progettuale N. 2- Promozione dell'equità in ambito sanitario
TITOLO DELL'INTERVENTO N. 1	Promozione dell'equità in ambito sanitario
TITOLO DELL'INTERVENTO N. 2	«Programmare l'anticipo» ...perché “Nessuno sia lasciato indietro”
TITOLO DELL'INTERVENTO N. 3	STROKE UNIT Attivazione sperimentale di un laboratorio di Neuropsicologia Clinica
TITOLO DELL'INTERVENTO N. 4	Diagnosi e trattamento dei disturbi dello spettro autistico
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi
REFERENTI	Regione Molise - Direzione Generale per la Salute Azienda Sanitaria Regionale del Molise – ASReM

ASPETTI FINANZIARI	
COSTO COMPLESSIVO INTERVENTI – LINEA PROGETTUALE N. 2	€650.000,00

INTERVENTO N. 1 Promozione dell'equità in ambito sanitario	
<i>Costo complessivo dell'intervento</i>	€150.000,00

IL PROGETTO	
CONTESTO	<p>Nell'ottica di promuovere e rafforzare l'accesso universale ai Servizi regionali, soprattutto per favorire lo sviluppo nella fascia pediatrica, anche nel pieno rispetto degli impegni assunti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità che ha previsto di accordare particolare attenzione, nelle politiche pubbliche e nei servizi sanitari, alle questioni relative allo sviluppo nella prima infanzia, la Regione Molise vuole promuovere cambiamenti nel settore della salute, ove necessario, al fine di fornire le capacità e gli strumenti necessari ad intervenire per ridurre le disuguaglianze nella salute.</p> <p>In questo senso, dunque, la chiusura degli ambulatori pediatrici territoriali nei giorni festivi e prefestivi comporta un intasamento dei Pronto Soccorso regionali e dei reparti di Pediatria, dove affluiscono codici bianchi in età pediatrica. Questo pregiudica la piena funzionalità ed operatività di queste strutture, aumentando il grado d'inappropriatezza dell'intero Sistema.</p> <p>In un processo di superamento della logica ancora ospedalocentrica, si è avviato un processo di cambiamento culturale, tutt'ora in atto, dalle attuali disposizioni programmatiche regionali. L'utenza si avvale del Pronto Soccorso come percorso preferenziale per accedere a consulenze specialistiche pediatriche, affannando così l'efficienza assistenziale del reparto. Sviluppare e attuare misure per il benessere sociale risolutive, fondate sulle evidenze scientifiche e affidabili, basandosi su indicatori e programmi esistenti, anche in termini di equità, è un obiettivo della Direzione per la Salute.</p> <p>Dalle evidenze emerge chiaro che queste consulenze siano per la maggior parte eseguite nei giorni festivi e prefestivi e per patologie minori. Questo comporta una conseguente minore disponibilità di tempo da parte dei professionisti per l'assistenza dei bambini ricoverati, in neonatologia, in sala parto e per la gestione delle emergenze.</p> <p>Altro ulteriore elemento di criticità è l'acclarata situazione del personale sanitario, attualmente sotto organico per via della mancanza di pediatri ospedalieri nell'Azienda Sanitaria regionale.</p> <p>Le analisi dei dati disponibili sugli accessi ai Pronto Soccorso Pediatrici, evidenziano che l'80% dei codici bianchi e verdi effettua l'accesso tra ore 8:00 e le 20:00.</p> <p>La distribuzione percentuale dei codici non critici si attesta su tutto il territorio nazionale sul 90% circa del totale degli accessi, con un rapporto di circa 2:1 tra codici bianchi e codici verdi. È chiaro, inoltre, che il codice di triage riguarda e definisce solo la priorità con cui il paziente accede alla prestazione, e non necessariamente coincide con il codice di gravità, definibile solo al termine dell'iter diagnostico.</p> <p>Codici verdi e bianchi inoltre, spesso, risentono oltre che della presentazione di segni e sintomi clinici, anche di situazioni di urgenza soggettiva e di tensione o emotività del bambino o del suo accompagnatore.</p> <p>L'adozione di procedure organizzative, oltre all'attivazione di percorsi assistenziali predefiniti (osservazione temporanea, follow-up ambulatoriale), hanno portato, in situazioni sperimentali, a una riduzione dell'esito in ricovero dal 15% all'8% degli accessi pediatrici ai P.S. generali.</p>

	<p>Il progetto mira a salvaguardare l'appropriatezza delle cure e degli accessi nei Pronto Soccorso e un miglioramento dell'attività di assistenza pediatrica. L'istituzione di strutture organizzative che rispondano alle necessità assistenziali in maniera continuativa nei giorni festivi (dalle 8:00 alle 14:00 e dalle 14:00 alle 20:00) e nei giorni prefestivi (dalle 14:00 alle 20:00) rappresenta un processo essenziale per ristabilire anche l'equità d'accesso in un'area critica, così come già descritto.</p> <p>La Pediatria di Libera Scelta ha già sperimentato, in varie Regioni, alcune forme di assistenza pediatrica ambulatoriale nelle giornate in cui gli ambulatori di PLS sono chiusi, conseguendo buoni risultati sia sotto il profilo del miglioramento dell'assistenza che della riduzione dei costi per il SSN, facendo registrare minori ricoveri ospedalieri inappropriati.</p> <p>Tali forme di assistenza hanno naturalmente registrato un alto grado di soddisfazione da parte dell'utenza, in quanto prova tangibile della reale presa in carico continuativa del paziente pediatrico, con le sue patologie, in un'ottica di risparmio di risorse derivanti anche dalle assenze lavorative per le famiglie coinvolte.</p>
DESCRIZIONE	<p>Quest'attività progettuale s'innesta all'interno dell'integrazione tra Ospedale-Territorio, e mira anche al completamento della rete della continuità assistenziale, aumentando il grado d'equità dell'intero Sistema. Coinvolge la Pediatria di Libera Scelta al fine di mettere a disposizione dell'utenza risposte assistenziali nelle giornate di chiusura degli ambulatori dei PLS, estese alle 6/12 ore diurne, con l'obiettivo di:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ridurre l'incongruo accesso al PS per i codici bianchi e verdi; • ridurre la spesa, anche grazie all'uso di protocolli per percorsi assistenziali e prescrittivi condivisi. <p>La procedura si applicherà, in via sperimentale, presso i Presidi Ospedalieri di Campobasso, Isernia e Termoli, dove sono presenti sia i Pronto Soccorso che i Servizi di Pediatria.</p> <p>Il progetto tiene conto della distribuzione oro-geografica del territorio e della valutazione dei dati storici riferiti all'affluenza ai PS ed ai reparti di Pediatria, alle consulenze specialistiche, agli esami strumentali e laboratoristici, alla somministrazione di farmaci ed al numero di postazioni possibili in relazione al numero di PLS impiegati ed alle risorse impiegate.</p> <p>L'Azienda Sanitaria regionale e tutti gli attori coinvolti (Regione Molise, PLS) provvederanno alla dovuta pubblicizzazione del Servizio attraverso i dovuti canali informativi, indicando:</p> <ul style="list-style-type: none"> • sede; • luogo; • orari di apertura; • medici aderenti; • tipologia del servizio offerto; • contatti di riferimento. <p>Il servizio dovrà essere completamente autonomo ed indipendente, senza alcuna correlazione, col percorso di Emergenza-Urgenza dei servizi di Pronto Soccorso e 118.</p> <p>L'attività progettuale nasce per consentire appropriatezza delle cure ed equità di accesso anche alla fascia pediatrica, garantendo che a tale progetto afferisca utenza composta da soggetti di età compresa tra 0 e 16 anni (età di competenza pediatrica per la pediatria di libera scelta), iscritti al SSN della</p>

	<p>Regione Molise indipendentemente dal comune di residenza della stessa regione, i cittadini stranieri non comunitari (privi di permesso di soggiorno) in possesso della Tessera STP e quelli comunitari con Codice E.N.I. (europeo non iscritto) privi di residenza, non iscrivibili al SSN, i quali hanno diritto alle prestazioni sanitarie di primo livello.</p> <p>Nel caso in cui il pediatra ritenga opportuno un successivo approfondimento il paziente potrà essere inviato alla postazione di Pronto Soccorso, attraverso un accesso diretto al triage di Pronto Soccorso con la proposta diagnostica-terapeutica del Pediatra di Libera Scelta, oppure, nel caso di emergenza e/o urgenza, si potrà attivare il Servizio del 118.</p> <p>Questo progetto di assistenza pediatrica ambulatoriale si avvarrà dei Pediatri di Libera Scelta, convenzionati con l'Azienda Sanitaria regionale, secondo quanto previsto dalle normative vigenti.</p> <p>Inoltre, l'assistenza pediatrica ambulatoriale si avvarrà di personale del comparto dedicato assegnato senza oneri aggiunti da ASReM, nel rispetto delle norme contrattuali del personale del comparto. Il personale in parola è utilizzato nella sede messa a disposizione dalla ASReM, per la ricezione delle chiamate, per il supporto di accoglienza e visita e per la registrazione degli accessi, che verrà effettuato su apposito registro.</p> <p>Il turno dell'ambulatorio pediatrico, in considerazione anche delle evidenze richiamate in premessa, va inteso come orario continuativo di 6 ore, dalle 14:00 alle 20:00 per i prefestivi e dalle 08:00 alle 14:00 e dalle 14:00 alle 20:00 per i festivi.</p> <p>Attraverso l'attività progettuale, poi, gli ambulatori saranno dotati di attrezzature standard (lettino da visita con carta monouso, bilancia per adulti e lattanti, scrivania e arredi, abbassalingua, attrezzature minime di self-help, etc.).</p> <p>Attraverso la disponibilità progettuale, verrà realizzato un software utile a procedere ad una corretta rendicontazione delle attività svolte.</p>
OBIETTIVI	<ul style="list-style-type: none"> • Garantire l'equità nei percorsi di cura, aumentando il grado di accesso ai Servizi sanitari per i cittadini molisani; • promuovere e rafforzare l'accesso universale al SSR, soprattutto per l'infanzia; • ridurre le barriere relative agli aspetti organizzativi per l'accesso dei pazienti alle strutture; • ridefinire gli accessi ai Servizi garantendo equità e appropriatezza; • istituire un sistema di accountability attraverso un flusso informativo dedicato;
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	12 mesi durante i quali dovranno essere svolte le attività previste
INDICATORI	<ul style="list-style-type: none"> • aumento dell'accesso alle cure nelle strutture previste dal Progetto; • riduzione dell'ospedalizzazione dei pazienti in età pediatrica (SDO); • numero dei pazienti valutati (data base del progetto); • numero di accessi; • numero di contatti telefonici; • rapporto di accessi pediatrici per patologia al PS territorialmente competente, valutando il periodo preso in esame rispetto ad analogo periodo riferito all'anno precedente;

	<ul style="list-style-type: none">• numero di ricoveri, di visite specialistiche, di esami strumentali e di laboratorio;• grado di soddisfazione dell'utenza (<i>customer satisfaction</i>) da valutare con appositi questionari da somministrare
RISULTATI ATTESI	I risultati attesi sono stati già esplicitati nelle sezioni precedenti.

INTERVENTO N. 2 «Programmare l’anticipo» ...perché “Nessuno sia lasciato indietro”	
Costo complessivo dell’intervento	€30.000,00

IL PROGETTO	
CONTESTO	<p>La nuova dichiarazione comune delle Nazioni Unite e dell’Organizzazione Mondiale della Sanità del 27 giugno 2017 vuole porre fine alla discriminazione in ambito sanitario.</p> <p>“Nessuno sia lasciato indietro” è l’incipit della dichiarazione congiunta che riprende un principio dell’Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile. La discriminazione in ambito sanitario è uno dei principali ostacoli al raggiungimento degli obiettivi di sviluppo sostenibile (OSS), pertanto gli Enti delle Nazioni Unite e l’Oms si impegnano a lavorare insieme per sostenere gli Stati membri in un’azione multisettoriale coordinata per eliminare le discriminazioni in ambito sanitario.</p> <p>Tra le aree prioritarie di intervento sono previsti il miglioramento delle condizioni nei gruppi vulnerabili e la possibilità di favorire eventi formativi per il personale sanitario sui loro diritti, i ruoli e le responsabilità per affrontare la discriminazione in ambito sanitario.</p>
DESCRIZIONE	<p>Programmare per “Giocare d’anticipo”</p> <p>Conoscere il funzionamento è fondamentale e per agire sul «ritardo» a cui vanno incontro le persone con deficit; l’intervento dei «facilitatori» ha senso se programma in anticipo e parte dai traguardi da raggiungere per definire gli interventi necessari.</p> <p>L’azione sinergica di Sanità e Scuola può determinare una vera svolta: l’Italia è l’unica Nazione al mondo che garantisce ai disabili un affiancamento uno-a-uno per un monte ore che può arrivare a 25 ore settimanali ed una programmazione individualizzata concertata tra "sanitario, sociale e scolastico" (PDF, PEI).</p> <p>Gli incontri presso il servizio di Neuropsichiatria Infantile degli insegnanti di sostegno e degli operatori sanitari esperti portano alla definizione di programmi precisi, in buona parte dei quali l’azione fondamentale è l’anticipazione e la ripetizione. I disabili apprendono, questo è un fondamento, ma in modo diverso dagli standard della didattica, pertanto va realizzato il motto di Lovaas: «<i>Se un bambino non impara nella maniera in cui gli stiamo insegnando, dovremo insegnargli nella maniera in cui lui impara</i>».</p> <p>Formare chi forma a partire dal conoscere chi apprende</p> <p>La formazione rivolta agli insegnanti è improntata sul "funzionamento" dei ragazzi con disturbi del neurosviluppo. Si focalizza sulla modalità di apprendimento nelle principali patologie e in particolare nei disturbi dello spettro autistico (ASD). Resta più generale per gli insegnanti curricolari, diviene molto specifica e dettagliata per gli insegnanti di sostegno. Si fonda sull’ICF e la UDL (Universal Design for Learning) e si supporta della realtà dei “<i>case study</i>”.</p> <p>Il primo passo è conoscere come «funzionano» le persone con una neurodiversità come i disturbi dello spettro autistico. Il DSM 5 ci insegna che, come tutte le persone, anche i soggetti con ASD sono diversi, tuttavia hanno dei «tratti» comuni. La fatica dell’astrazione, della simbolizzazione e</p>

	<p>della rappresentazione ci portano a comprendere che loro vedono il mondo in un modo particolare e ne apprendono le caratteristiche nel modo in cui lo vedono.</p> <p>Modalità</p> <p>-Partire dai risultati: se insegniamo le parole, partiamo dalle parole e poi apprenderemo, forse, alle lettere.</p> <p>-Ripetizione e stabilità: «una rosa è una rosa è una rosa» il verso celeberrimo della Stein rappresenta bene ciò che si intende con ripetizione e stabilità, cioè, se vogliamo insegnare qualcosa, bisogna che lo trasmettiamo nel modo in cui vogliamo venga appreso (es. per insegnare la A non passo dalla plastilina o dalla sabbia, forse ci arriverò dopo che il bambino l'ha appresa, ma gliela mostro più e più volte così come «dev'essere»)</p> <p>-Supporto della fiction per comprendere il reale: la visione di film di affermata coerenza scientifica potrà far comprendere il modo in cui una persona con autismo spiega “da dentro” il suo modo di vedere, di essere e di apprendere. Es.- episodio di Temple Grandin («perché i francesi mangiano tante anguille!»- il professore di scienze nota che Temple nel prendere appunti disegna delle immagini e sul quaderno di francese inizia tutte le frasi con il disegno delle anguille: in francese è ricorrente il pronome «il» ad inizio frase, che si pronuncia come «eel» che è anguilla in inglese). Il professore comprende il modo di apprendere di Temple e le insegna in tal modo: da lui la giovane apprende il gusto per l'apprendimento e soprattutto inizia a fidarsi della sua capacità di apprendere...resterà <i>«diversa, non inferiore!»</i>)</p> <p>Fare scuola dentro e fuori dalla scuola...</p> <p>Viene appreso veramente ciò che si sposta dal banco e dall'aula e può uscire dalla scuola, entrare nelle mura domestiche (sporcarsi di terra al parco e tornare tra i banchi carico di nuovi frammenti raccolti...)</p> <p>Fondamentale il supporto della famiglia: non fare terapia e nemmeno didattica, usare quanto si sta apprendendo per fare esperienze di vita (es. andare al bosco per raccogliere le foglie dell'autunno delle poesie della maestra, camminare a piedi scalzi per appoggiare i talloni nella terra umida...).</p> <p>A ciascuno il suo: è fondamentale che la scuola mantenga il ruolo dell'apprendimento condiviso, la riabilitazione quello dell'adattamento degli stimoli rispetto alle modalità di apprendimento specifiche e la famiglia la libertà della vita quotidiana con le regole «della casa». Condividere per uniformare le modalità, ma salvaguardare le differenze.</p> <p>La misura sono gli altri: per capire cosa far apprendere, guardare cosa piace ai coetanei e creare occasione di condivisione dagli stimoli che interessano in relazione all'età (è difficile che i ragazzi delle scuole superiori possano avere interesse per i giochi sonori della Chicco...).</p> <p>Insegnare ciò che gli altri faranno in «futuro», in modo da avere qualcosa da condividere: siccome l'apprendimento ha un ritmo più lento e necessita di maggiore ripetizione, fare in modo da insegnare quello che gli altri faranno in seguito – quando gli altri arriveranno, si potranno trovare in qualche punto.</p> <p>Obiettivi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formazione docenti curricolari • Formazione docenti di sostegno • Coinvolgimento e sensibilizzazione dei genitori • Creazione di un contesto inclusivo per l'apprendimento (Universal
--	--

	<p>Design for learning)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Creazione di una Rete Integrata di Servizi, i cui utenti finali sono i soggetti autistici e con disturbi dello spettro autistico (ADS) in età scolare. <p>L'attuazione della Rete Integrata di Servizi deve coinvolgere, oltre ai Genitori, le Scuole, gli Operatori del Settore, Enti Specialistici e gli Enti Locali.</p> <p>Strumenti</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fornire formazione e consulenza agli insegnanti impegnati nel rapporto educativo con alunni e studenti autistici e ADS secondo un modello partecipativo; • promuovere, nelle scuole afferenti alla rete, la cultura della presa in carico, educativa e abilitativa, delle persone autistiche; offrire alle scuole del territorio regionale formazione e consulenza didattica relativa ai problemi di integrazione - inclusione degli alunni/studenti con autismo e ADS; • raccogliere e documentare esperienze, buone pratiche, strumenti, materiali, informazioni, da mettere a disposizione; • collaborare con le Associazioni e gli Enti che si occupano dei problemi dell'autismo e ADS, favorendo il dialogo, la partecipazione, la sperimentazione, la condivisione delle proposte formative, educative e informative. • Garantire sempre il coinvolgimento dei Genitori <p>La scuola, grazie all'adeguata formazione dei suoi operatori, può offrire agli alunni autistici e con ADS le maggiori opportunità di sviluppo delle loro potenzialità individuali e le maggiori opportunità di integrazione. Questi alunni hanno bisogno e diritto ad un percorso scolastico individualizzato che tenga conto delle loro necessità specifiche e sviluppi al massimo tutte le loro capacità ponendo sempre come obiettivo primario l'integrazione.</p> <p>Una programmazione personalizzata, che segua i loro progressi attraverso i diversi cicli, li aiuterà a sviluppare al massimo soprattutto le abilità indispensabili nella vita adulta.</p> <p>Ai soggetti affetti da autismo e ADS sarebbe opportuno, ove possibile, garantire la frequenza scolastica per l'intero orario previsto per la classe.</p> <p>Per organizzare ed attuare gli interventi, scolastici ed extra-scolastici, è necessaria la stretta collaborazione paritetica di coloro che direttamente intervengono nel processo educativo (Genitori - Insegnanti - Enti Specialistici), nel pieno rispetto dei ruoli specifici.</p> <p>Gli Enti Locali (Comuni, Province, Regione, Ufficio Scolastico Regionale) dovrebbero essere disponibili e solleciti nel fornire nei tempi debiti i servizi ed i supporti finanziari indispensabili alla realizzazione degli interventi.</p>
<p>OBIETTIVI</p>	<p>1. Fornire ai genitori un elenco di Scuole della Regione Molise attualmente frequentate da soggetti autistici e ADS e disponibili ad accogliere nuovi soggetti, compatibilmente con le limitazioni di ogni singola Scuola .</p> <p>2. Fornire ai genitori, soprattutto a quelli i cui figli iniziano il ciclo scolastico, informazioni quanto più possibile dettagliate circa il tipo di approccio educativo adottato dalle singole scuole della</p>

	<p>Rete e livello di attuazione del medesimo.</p> <p>3. Fare in modo che per gli alunni affetti da autismo e ADS iscritti nelle scuole della Rete vengano attivati in tempi ragionevoli gli interventi educativi ed i servizi, scolastici ed extra-scolastici, necessari alla presa in carico individualizzata.</p> <p>4. Fare in modo che vengano il più possibile garantite la qualità e la continuità nel tempo degli interventi educativi, anche attraverso i diversi cicli scolastici.</p> <p>5. Stabilire con chiarezza i ruoli ed i compiti di coloro che direttamente intervengono nel processo educativo (genitori, insegnanti ed operatori di ogni livello, Enti Specialistici).</p>
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	12 mesi durante i quali dovranno essere svolte le attività previste
INDICATORI	<ul style="list-style-type: none"> • il numero di persone coinvolte • numero di giornate formative attivate per gli operatori • numero di famiglie coinvolte nelle azioni
RISULTATI ATTESI	La valutazione del progetto riguarderà gli esiti specifici dei singoli interventi e la validità dei processi sull'impatto generale: il golden standard dell'indicazione di buon esito generale sono la promozione e il mantenimento del più alto livello possibile della qualità di vita del soggetto con disabilità nell'ambito delle attività scolastiche che lo portino ad un più alto livello di gestione di vita.

INTERVENTO N. 3 STROKE UNIT Attivazione sperimentale di un laboratorio di Neuropsicologia Clinica	
Costo complessivo dell'intervento	€40.000,00

IL PROGETTO	
CONTESTO	<p>La neuro-psicologia clinica si occupa del rapporto tra mente e cervello e, quindi dell'espressione comportamentale delle funzioni e disfunzioni cerebrali. E' di grande aiuto per i problemi pratici inerenti l'identificazione, la valutazione, l'assistenza ed il trattamento dei pazienti con lesioni cerebrali che determinano disturbi della attività mentale e del comportamento; si avvale dell'esecuzione di Test Neuropsicologici, utilizzati soprattutto per lo studio delle funzioni cognitive.</p> <p>Per funzioni cognitive si intendono tutte le funzioni regolate dal sistema nervoso centrale che hanno a che fare con la ricezione, la ritenzione, l'organizzazione e la produzione di informazioni.</p> <p>Si parla di capacità percettive, mnestiche, di apprendimento, di attenzione, di produzione e comprensione verbale, di funzioni esecutive.</p> <p><i>L'attività cognitiva venne originariamente attribuita ad una singola funzione, l'intelligenza. I primi studiosi trattarono questo concetto come se fosse una variabile unitaria che aumentava a ritmo regolare nel corso dello sviluppo infantile normale e diminuiva con la quantità di tessuto cerebrale perso nel corso di una malattia o di un incidente. Quando l'affinarsi delle tecniche di valutazione e di gestione dei dati ha permesso una maggiore precisione, è stato evidente che la maggior parte del comportamento che i test di intelligenza misurano è direttamente riferibile a specifiche funzioni cognitive. Punteggi globali come il QI (Quoziente di Intelligenza) non portano ad una relazione diretta prevedibile con la dimensione delle lesioni cerebrali, in particolare per quanto riguarda i deficit non estremamente gravi. Le lesioni che coinvolgono una porzione della corteccia cerebrale usualmente alterano alcune funzioni mentre ne risparmiano altre. Una simile disuguaglianza è vista tipicamente negli effetti di una malattia cerebrale di tipo degenerativo dove non solo alcune funzioni sono compromesse negli stadi precoci mentre altre possono mantenersi relativamente intatte per anni, ma anche le funzioni coinvolte si deteriorano con ritmi differenti. Un deterioramento differente a carico di diverse funzioni psicologiche compare anche nell'invecchiamento.</i></p> <p>In breve gli studi neuropsicologici hanno dimostrato che non esiste una funzione generale cognitiva o intellettiva, ma esistono alcune funzioni discrete, che costituiscono una classe distinta di comportamenti, ma che operano insieme in accordo stretto e interdependente.</p> <p>Ognuna delle funzioni corticali si suddivide in una serie di altre sottofunzioni le quali non sono sempre in rapporto subordinato rispetto alle principali, ma più spesso attraversano varie altre funzioni generali mettendo in evidenza come non è più plausibile pensare a un modello di sistema cognitivo basato su moduli distinti uno dall'altro, ma occorre pensare a un'intricata rete di collegamento, ad un sistema, di cui ogni funzione è interdependente rispetto alle altre.</p> <p>Si prenda ad esempio la funzione attentiva (preposta alla selezione delle informazioni utili a discapito delle informazioni non-utili): un calo di attenzione condiziona pesantemente le capacità di memorizzazione, tuttavia, un'ottima capacità di memoria può compensare un piccolo deficit di</p>

	<p>attenzione.</p> <p>Prima di effettuare l'esame neuropsicologico al paziente viene spiegato che esso serve per capire meglio come funziona il suo cervello, per valutare le sue capacità di ricordarsi informazioni appena acquisite, di apprendere informazioni nuove, di porre attenzione a singole attività in momenti diversi, oppure a diverse attività nello stesso momento, di comprendere quello che ci viene detto, di pianificare una sequenza di attività, di risolvere dei problemi, di ragionamento, di astrazione. Vengono poste domande sulla capacità dei pazienti di utilizzare le proprie competenze e l'autogestione, l'attendibilità nel seguire un regime terapeutico, di comprendere il valore del denaro, che sono alla base dell'autonomia personale.</p> <p>Una batteria di valutazione neuropsicologica è un insieme di test che misurano specificamente e selettivamente alcune funzioni cognitive, le principali, le più facilmente coinvolte in processi lesivi o di deterioramento.</p> <p>Un esame generale permette di evidenziare dei deficit per grosse aree o dei sospetti per sotto-aree. Ogni esame può essere approfondito per sottoaree, una volta che sono stati evidenziati dei sospetti.</p> <p>L'esame neuropsicologico non costituisce semplicemente una elencazione di risultati di test di funzioni cognitive, ma si completa di un parere tecnico sui processi cognitivi e sui fattori psicologici.</p> <p>Quando tutti i dati sono raccolti esaurientemente, è possibile raggiungere una comprensione realistica di come il paziente reagisce ai deficit e può compensarli al meglio e della possibilità e della modalità di intraprendere con profitto la eventuale rieducazione.</p> <p>I fattori psicologici sono fondamentali per comprendere come le funzioni cognitive si inseriscono nel quadro generale di vita della persona: vi sono infatti atteggiamenti, stili cognitivi, pensieri, emozioni, situazioni di vita, che condizionano pesantemente le capacità cognitive e solo lo psicologo esperto può riuscire a valutare tutti i fattori in gioco.</p> <p>La valutazione neuropsicologica può risultare utile nel discriminare tra sintomi psichiatrici e neurologici, nell'identificare un possibile disturbo neurologico in un paziente non psichiatrico, nell'aiutare a distinguere tra differenti condizioni neurologiche e nel fornire dati per la localizzazione della sede di una lesione; aiuta anche a definire in quale emisfero si trovi (una diagnosi accurata si fa con altri strumenti). I dati neuropsicologici inoltre possono fornire indici sensibili del livello a cui i trattamenti farmacologici rafforzano o compromettono l'efficienza mentale di un paziente.</p>
DESCRIZIONE	<p>Per STROKE UNIT s'intende, secondo le linee guida SPREAD (Stroke Prevention And Educational Awareness Diffusion), una unità di 4-16 letti dedicati esclusivamente alla malattia cerebrovascolare, con un team multidisciplinare formato da medici, infermieri, tecnici della riabilitazione e personale di supporto.</p> <p>Come sappiamo l'ictus cerebrale è la prima causa di disabilità nell'adulto e la seconda causa di mortalità nei paesi occidentali. Il 75% colpisce soggetti con più di 65 anni di età (80% primi ictus, 20% recidive).</p> <p>L'85-90% dell'ictus è di origine ischemica cioè chiusura di una arteria cerebrale a causa di un trombo o coagulo che interrompe il flusso sanguigno nel distretto cerebrale irrorata da quella arteria.</p> <p>Il 10-15% dell'ictus è di origine emorragico: quando un vaso sanguigno del cervello si rompe, il sangue si riversa nei tessuti cerebrali danneggiando le cellule.</p> <p>Trattasi di patologia neurologica frequente dove è stato calcolato che solo il</p>

	<p>20% dei costi economici è legato alla fase acuta della malattia, mentre il restante importo è dovuto alla fase post-acuta (ricoveri in reparti fisiatrici, lungodegenza). Circa il 35% dei pazienti colpiti da ictus va incontro ad una grave disabilità residua e ad una marcata invalidità nella gestione delle più comuni attività della vita quotidiana.</p> <p>Tutto ciò comporta perdita di lavoro da parte del paziente, perdita di giornate lavorative da parte dei familiari, ricorso successivo a strutture sanitarie.</p> <p>La parola ictus significa colpo, indica un evento che si manifesta improvviso ed acuto, caratterizzato da un deficit neurologico che si sviluppa in pochi minuti, in poche ore e che persiste per almeno 24 ore. E' un periodo transitorio che distingue diverse fasi: fase iper-acuta (da 0 a 6 ore dall'evento), Fase acuta (d 6 a 96 ore), fase sub acuta (4-10 giorni) , fase cronica.</p> <p>Le manifestazioni cliniche sono: - paralisi completa (<i>plegia</i>), - paralisi parziale (<i>paresi</i>), - disturbi del linguaggio (<i>afasia</i>), - disturbi delle funzioni cognitive, - disturbi della visione, - disturbi sensoriali, - disturbi dell'equilibrio, - disturbi della deglutizione e fonazione, - cefalea intensa, spesso accompagnata da vomito - stato confusionale che può compromettere la coscienza sino al coma.</p> <p>Rispetto ai deficit cognitivi post ictus la letteratura è concorde nell'affermare che una grande Maggioranza dei pazienti ictati ne rimane colpita (Ferro J.M. , 2001) e almeno il 63,5% ne presenta almeno una (Hoffmann M., 2001). Hoffman riporta le seguenti disfunzioni: afasia (40%), aprassia (23%), amnesia (18%), disturbi frontali (14%), altro (5%). Nel 22% dei soggetti vi sono danni cognitivi in assenza di deficit neurologici.</p> <p>È possibile dunque identificare una Sindrome cognitiva da stroke iperacuto, ovvero un insieme di manifestazioni cognitivo-comportmentali che si presenta nei primi giorni dopo l'evento ictale (Ferro 2001)</p> <p>Le Linee Guida Italiane sull'Ictus Cerebrale in merito riportano: <i>“Prima di eseguire un programma di riabilitazione neuropsicologica si ritiene opportuno eseguire un corretto inquadramento diagnostico per le singole funzioni cognitive da parte del neuropsicologo mediante test psicometrici specifici e procedure di indagine clinica. La valutazione neuropsicologica deve essere inoltre corredata dal profilo emotivo e comportamentale del paziente. (Raccomandazione 14.36)... È utile definire un sistema di comunicazione e condivisione della diagnosi neuropsicologica al team riabilitativo al fine di facilitare l'attuazione del progetto riabilitativo. In questo ambito diviene indispensabile il colloquio con il caregiver: l'educazione al caregiver mediante specifici colloqui e il supporto psicologico permettono la riduzione del burden (Raccomandazione 14.6).</i></p> <p>Aggiunge ancora nella Sintesi 15.37 <i>“La valutazione neuropsicologica è un'indagine diagnostica che esplora le componenti cognitive ed emozionali del comportamento e deve fornire, in un tempo ragionevolmente breve, informazioni quantitative e qualitative che consentano un adeguato inquadramento del paziente, della sua disabilità e della sua capacità residua, così da permettere la definizione di un possibile progetto di riabilitazione cognitiva..... La valutazione neuropsicologica deve considerare la frequenza delle associazioni tra sedi lesionali e funzioni compromesse e deve essere supportata da test specifici nelle fasi successive all'ictus al fine di indagare tutte le funzioni cognitive valutabili, ivi compreso l'impatto funzionale e psicologico (sintesi 15.38)</i></p> <p>Il progetto sperimentale ha come obiettivo l'implementazione di un Laboratorio di neuropsicologia Clinica in ambito ospedaliero a supporto delle attività multidisciplinari della Stroke Unit.</p>
--	---

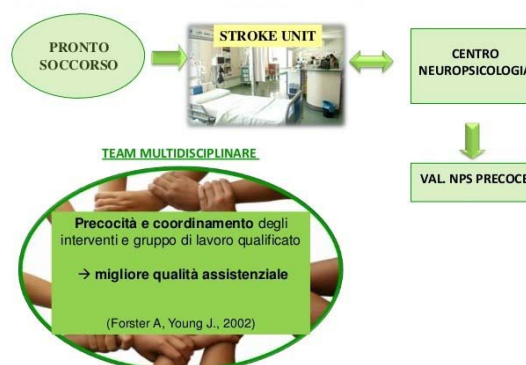
- Di attivare un servizio di valutazione e diagnosi a disposizione di tutti i reparti ospedalieri per valutazioni neuropsicologiche nel corso di patologie diverse dallo stroke, ma che abbiamo come manifestazioni sintomatiche, alterazioni delle funzioni cognitive, del comportamento e del tono dell'umore.

Azioni del progetto sperimentale

Il progetto sperimentale prevede le seguenti azioni:

- Somministrazione di test neuropsicologici di base al letto del paziente e redazione di relazione clinica neuropsicologica
- Formulazione di un progetto riabilitativo in fase acuta e sub acuta
- Rivalutazione in ambulatorio del paziente in fase di dimissione e redazione di progetto riabilitativo neurocognitivo
- Colloqui clinici con i caregiver e redazione di progetto riabilitativo ecologico e indicazioni riabilitative alla dimissione.

Il progetto si propone inoltre di formare, in specifici corsi ECM, il personale dei reparti che accolgono pazienti con dubbio diagnostico (Pronto soccorso, reparti di medicina, chirurgia, cardiologia, ecc...) al fine di poter richiedere tempestivamente una valutazione neuropsicologica.



Il laboratorio di neuropsicologia clinica, in fase sperimentale, rimane aperto due giorni la settimana con orario antimeridiano da concordare con il Responsabile della Stroke Unit. Sarà ubicato all'interno del reparto di degenza. Non ha necessità di tempi di implementazione.

Gli strumenti utilizzati saranno messi a disposizione a cura del personale impiegato nel laboratorio. Saranno test neuropsicologici così come indicato dalle linee guida nazionali sulla Valutazione Neuropsicologica e tenendo conto di tutte le indicazioni della comunità scientifica.

Solitamente, la fase della somministrazione dei test viene suddivisa in due momenti: **uno di screening e uno successivo di approfondimento**. Durante la fase di screening l'obiettivo sarà di ottenere un profilo cognitivo generale del soggetto rilevando se lo stesso presenta disturbi in alcune funzioni cognitive. Solitamente, vengono impiegate batterie di test, ovvero insiemi di test neuropsicologici diversi, fra loro raggruppati e somministrati in sequenza, con il chiaro scopo di ricoprire la valutazione della maggior parte delle dimensioni del comportamento cognitivo.

	<table><tr><th>MEMORIA A LUNGO TERMINE</th></tr><tr><td><ul style="list-style-type: none">- Test di memoria di prosa: Racconto di Babcock (Novelli et al. 1986, Carlesimo et al. 2002)- 15 parole di Rey (Rey 1958, Carlesimo et al. 1996)- Apprendimento di coppie di parole (Novelli et al. 1986)- Apprendimento supra-span verbale (Spinnler e Tognoni 1987)- Apprendimento di supra-span spaziale (Spinnler e Tognoni 1987)- Benton Visual Retention Test (Benton 1974)- Test della figura complessa di Rey (Rey 1959, Caffarra et al. 2002, Carlesimo et al. 2002)- Test di Memoria Comportamentale di Rivermead – RBMT (Wilson et al. 1985, Brazzelli et al. 1993)</td></tr><tr><th>FUNZIONI VISUO-SPAZIALI</th></tr><tr><td><ul style="list-style-type: none">- Discriminazione di forme visive (Efron, 1968; Warrington e Taylor, 1973; Warrington, 1985; Warrington e James, 1988)- Street's Completion Test (Spinnler e Tognoni, 1987)- Test di giudizio di orientamento di linee di Benton – forma H (Benton et al., 1978; adattamento italiano di Ferracuti, Cannoni, Sacco e Huffy per Organizzazioni Speciali, Firenze)- Benton Facial Recognition Test o BFR (Benton e Van Allen, 1968; Hamscher, et al., 1983)</td></tr></table> <table><tr><th>FUNZIONI FRONTALI</th></tr><tr><td><ul style="list-style-type: none">- Wisconsin Card Sorting Test – WCST (Berg 1948, Laiacina et al. 2000) (fig. 4)- Test della Torre di Londra (Shallice 1982)- Frontal Assessment Battery – FAB (Dubois et al. 2000)- Trail making Test (TMT) (Reitan 1958, Mondini et al. 2003)- Test dei Giudizi Verbal (Spinnler e Tognoni 1987)</td></tr><tr><th>FUNZIONI ATTENTIVE</th></tr><tr><td><ul style="list-style-type: none">- Stroop Color Word Interference Test (Golden 1978, Venturini et al. 1983)- Test delle Matrici Attentive (Spinnler e Tognoni 1987)- Trail Making Test o TMT (Reitan 1958, Mondini et al. 2003)- Test dei Deux Battages di Zazzo (Zazzo 1960, 1980)</td></tr><tr><th>MEMORIA A BREVE TERMINE</th></tr><tr><td><ul style="list-style-type: none">- Span di cifre (Orsini et al. 1987)- Test di ripetizione seriale di parole baillabiche (Spinnler e Tognoni 1987)- Test di Corsi (Spinnler e Tognoni 1987)- 15 parole di Rey (Rey 1958, Carlesimo et al. 1996)- Test della figura complessa di Rey (Rey 1959, Caffarra et al. 2002, Carlesimo et al. 2002)</td></tr></table> <table><tr><th>FUNZIONI LINGUISTICHE</th></tr><tr><td><ul style="list-style-type: none">- Test di Fluency Verbale Fonemica (Novelli et al. 1986; Mondini et al. 2003)- Test di Fluency Verbale Semantica per Categoria (Spinnler e Tognoni 1987)- Test dei gettoni o Token Test (De Renzi et al. 1962)- Aachen Aphasia Test (Huber et al. 1983)</td></tr><tr><th>FUNZIONI PRASSICHE</th></tr><tr><td><ul style="list-style-type: none">- Test della figura complessa di Rey (Rey 1959, Caffarra et al. 2002, Carlesimo et al. 2002)- Test dell'Orologio (in ENB di Mondini et al. 2003)- Test di Aprassia Ideo-Motoria (Spinnler e Tognoni 1987)</td></tr><tr><th>FUNZIONI INTELLETTIVE E DI RAGIONAMENTO LOGICO</th></tr><tr><td><ul style="list-style-type: none">- Matrici Progressive di Raven o RPM e Matrici Progressive Colorate di Raven (Raven 1940, Raven 1986)- Wechsler Adult Intelligence Scale – Revised o Wais-R (traduzione e adattamento italiano a cura di C. Laicardi e A. Orsini, Organizzazioni Speciali, Firenze, 1997)</td></tr></table> <p>La valutazione generale è molto importante perché fornirà le coordinate per definire una eventuale successiva fase di approfondimento: le funzioni cognitive che mostreranno una prestazione al di sotto della norma (o quasi) saranno successivamente vagliate meglio nel dettaglio e con prove più mirate. Come si può osservare nella tabella (sono disponibili differenti test per ciascuna delle funzioni cognitive, che permettono di ottenere un profilo generale dello stato cognitivo del paziente).</p> <p>Risorse umane</p> <p>Gli specialisti che opereranno all'interno del Laboratorio saranno psicologi (con Laurea magistrale) e psicoterapeuti (specializzazione art. 3 L. 56/89) con :</p> <ul style="list-style-type: none">• esperienza almeno quinquennale in area neuropsicologica certificata svolta in contesti riabilitativi pubblici o privati convenzionati, che accolgono soggetti affetti da esiti post stroke o demenze, <p>oppure</p> <ul style="list-style-type: none">• Specifica formazione in area neuropsicologica.	MEMORIA A LUNGO TERMINE	<ul style="list-style-type: none">- Test di memoria di prosa: Racconto di Babcock (Novelli et al. 1986, Carlesimo et al. 2002)- 15 parole di Rey (Rey 1958, Carlesimo et al. 1996)- Apprendimento di coppie di parole (Novelli et al. 1986)- Apprendimento supra-span verbale (Spinnler e Tognoni 1987)- Apprendimento di supra-span spaziale (Spinnler e Tognoni 1987)- Benton Visual Retention Test (Benton 1974)- Test della figura complessa di Rey (Rey 1959, Caffarra et al. 2002, Carlesimo et al. 2002)- Test di Memoria Comportamentale di Rivermead – RBMT (Wilson et al. 1985, Brazzelli et al. 1993)	FUNZIONI VISUO-SPAZIALI	<ul style="list-style-type: none">- Discriminazione di forme visive (Efron, 1968; Warrington e Taylor, 1973; Warrington, 1985; Warrington e James, 1988)- Street's Completion Test (Spinnler e Tognoni, 1987)- Test di giudizio di orientamento di linee di Benton – forma H (Benton et al., 1978; adattamento italiano di Ferracuti, Cannoni, Sacco e Huffy per Organizzazioni Speciali, Firenze)- Benton Facial Recognition Test o BFR (Benton e Van Allen, 1968; Hamscher, et al., 1983)	FUNZIONI FRONTALI	<ul style="list-style-type: none">- Wisconsin Card Sorting Test – WCST (Berg 1948, Laiacina et al. 2000) (fig. 4)- Test della Torre di Londra (Shallice 1982)- Frontal Assessment Battery – FAB (Dubois et al. 2000)- Trail making Test (TMT) (Reitan 1958, Mondini et al. 2003)- Test dei Giudizi Verbal (Spinnler e Tognoni 1987)	FUNZIONI ATTENTIVE	<ul style="list-style-type: none">- Stroop Color Word Interference Test (Golden 1978, Venturini et al. 1983)- Test delle Matrici Attentive (Spinnler e Tognoni 1987)- Trail Making Test o TMT (Reitan 1958, Mondini et al. 2003)- Test dei Deux Battages di Zazzo (Zazzo 1960, 1980)	MEMORIA A BREVE TERMINE	<ul style="list-style-type: none">- Span di cifre (Orsini et al. 1987)- Test di ripetizione seriale di parole baillabiche (Spinnler e Tognoni 1987)- Test di Corsi (Spinnler e Tognoni 1987)- 15 parole di Rey (Rey 1958, Carlesimo et al. 1996)- Test della figura complessa di Rey (Rey 1959, Caffarra et al. 2002, Carlesimo et al. 2002)	FUNZIONI LINGUISTICHE	<ul style="list-style-type: none">- Test di Fluency Verbale Fonemica (Novelli et al. 1986; Mondini et al. 2003)- Test di Fluency Verbale Semantica per Categoria (Spinnler e Tognoni 1987)- Test dei gettoni o Token Test (De Renzi et al. 1962)- Aachen Aphasia Test (Huber et al. 1983)	FUNZIONI PRASSICHE	<ul style="list-style-type: none">- Test della figura complessa di Rey (Rey 1959, Caffarra et al. 2002, Carlesimo et al. 2002)- Test dell'Orologio (in ENB di Mondini et al. 2003)- Test di Aprassia Ideo-Motoria (Spinnler e Tognoni 1987)	FUNZIONI INTELLETTIVE E DI RAGIONAMENTO LOGICO	<ul style="list-style-type: none">- Matrici Progressive di Raven o RPM e Matrici Progressive Colorate di Raven (Raven 1940, Raven 1986)- Wechsler Adult Intelligence Scale – Revised o Wais-R (traduzione e adattamento italiano a cura di C. Laicardi e A. Orsini, Organizzazioni Speciali, Firenze, 1997)
MEMORIA A LUNGO TERMINE																	
<ul style="list-style-type: none">- Test di memoria di prosa: Racconto di Babcock (Novelli et al. 1986, Carlesimo et al. 2002)- 15 parole di Rey (Rey 1958, Carlesimo et al. 1996)- Apprendimento di coppie di parole (Novelli et al. 1986)- Apprendimento supra-span verbale (Spinnler e Tognoni 1987)- Apprendimento di supra-span spaziale (Spinnler e Tognoni 1987)- Benton Visual Retention Test (Benton 1974)- Test della figura complessa di Rey (Rey 1959, Caffarra et al. 2002, Carlesimo et al. 2002)- Test di Memoria Comportamentale di Rivermead – RBMT (Wilson et al. 1985, Brazzelli et al. 1993)																	
FUNZIONI VISUO-SPAZIALI																	
<ul style="list-style-type: none">- Discriminazione di forme visive (Efron, 1968; Warrington e Taylor, 1973; Warrington, 1985; Warrington e James, 1988)- Street's Completion Test (Spinnler e Tognoni, 1987)- Test di giudizio di orientamento di linee di Benton – forma H (Benton et al., 1978; adattamento italiano di Ferracuti, Cannoni, Sacco e Huffy per Organizzazioni Speciali, Firenze)- Benton Facial Recognition Test o BFR (Benton e Van Allen, 1968; Hamscher, et al., 1983)																	
FUNZIONI FRONTALI																	
<ul style="list-style-type: none">- Wisconsin Card Sorting Test – WCST (Berg 1948, Laiacina et al. 2000) (fig. 4)- Test della Torre di Londra (Shallice 1982)- Frontal Assessment Battery – FAB (Dubois et al. 2000)- Trail making Test (TMT) (Reitan 1958, Mondini et al. 2003)- Test dei Giudizi Verbal (Spinnler e Tognoni 1987)																	
FUNZIONI ATTENTIVE																	
<ul style="list-style-type: none">- Stroop Color Word Interference Test (Golden 1978, Venturini et al. 1983)- Test delle Matrici Attentive (Spinnler e Tognoni 1987)- Trail Making Test o TMT (Reitan 1958, Mondini et al. 2003)- Test dei Deux Battages di Zazzo (Zazzo 1960, 1980)																	
MEMORIA A BREVE TERMINE																	
<ul style="list-style-type: none">- Span di cifre (Orsini et al. 1987)- Test di ripetizione seriale di parole baillabiche (Spinnler e Tognoni 1987)- Test di Corsi (Spinnler e Tognoni 1987)- 15 parole di Rey (Rey 1958, Carlesimo et al. 1996)- Test della figura complessa di Rey (Rey 1959, Caffarra et al. 2002, Carlesimo et al. 2002)																	
FUNZIONI LINGUISTICHE																	
<ul style="list-style-type: none">- Test di Fluency Verbale Fonemica (Novelli et al. 1986; Mondini et al. 2003)- Test di Fluency Verbale Semantica per Categoria (Spinnler e Tognoni 1987)- Test dei gettoni o Token Test (De Renzi et al. 1962)- Aachen Aphasia Test (Huber et al. 1983)																	
FUNZIONI PRASSICHE																	
<ul style="list-style-type: none">- Test della figura complessa di Rey (Rey 1959, Caffarra et al. 2002, Carlesimo et al. 2002)- Test dell'Orologio (in ENB di Mondini et al. 2003)- Test di Aprassia Ideo-Motoria (Spinnler e Tognoni 1987)																	
FUNZIONI INTELLETTIVE E DI RAGIONAMENTO LOGICO																	
<ul style="list-style-type: none">- Matrici Progressive di Raven o RPM e Matrici Progressive Colorate di Raven (Raven 1940, Raven 1986)- Wechsler Adult Intelligence Scale – Revised o Wais-R (traduzione e adattamento italiano a cura di C. Laicardi e A. Orsini, Organizzazioni Speciali, Firenze, 1997)																	
OBIETTIVI	<p>Il progetto sperimentale ha come obiettivo l'implementazione di un Laboratorio di neuropsicologia Clinica in ambito ospedaliero a supporto delle attività multidisciplinari della Stroke Unit.</p> <p>Il laboratorio, rispetto alle attività della Stroke Unit, ha come obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none">• Individuazione precoce in fase acuta dei deficit cognitivi• Individuazione precoce in fase sub acuta dei disturbi del tono dell'umore• Interventi psicoeducativi ai caregiver nella fase subacuta• Valutazione neuropsicologica con definizione di progetto riabilitativo in fase post acuta																
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	12 mesi																

INDICATORI	<ul style="list-style-type: none">- Numero di pazienti coinvolti;- Numero di consulenze rese disponibili per gli altri reparti ospedalieri- Numero progetti riabilitativi attivati.
RISULTATI ATTESI	I risultati attesi sono stati già esplicitati nelle sezioni precedenti.

INTERVENTO N. 4 Diagnosi e trattamento dei disturbi dello spettro autistico	
Costo complessivo dell'intervento	€430.000,00

IL PROGETTO	
CONTESTO	<p>Un principio ispiratore delle strategie regionali – e nazionali – nel campo della governance sanitaria è l'equità. Valore di riferimento che è stato considerato un criterio-guida per dare risposte efficaci alle disuguaglianze presenti nel tessuto sociale e che, dunque, diventa nodo centrale della programmazione regionale. In molti paesi c'è un aumento documentabile di casi di bambini – soprattutto maschi – con la diagnosi di disturbi dello spettro autistico (ASD) (sindrome da alterazione globale dello sviluppo psicologico, secondo l'ICD-10, International statistical classification of diseases and related health problems, cioè la Classificazione Internazionale delle Malattie pubblicata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 1992).</p> <p>La Regione Molise, dunque, nella valutazione dell'attuazione di attività equity oriented, ha identificato questo Progetto come azione di contrasto alle disuguaglianze al fine di migliorare le condizioni sanitarie in gruppi vulnerabili meglio descritti all'interno di questa Scheda, anche al fine di elaborare politiche che siano inclusive e tengano conto dei bisogni dell'insieme della popolazione, con particolare attenzione ai gruppi vulnerabili e alle aree ad alto rischio.</p> <p>Negli ultimi anni, infatti, si è constatato che i disturbi dello spettro autistico sono molto più frequenti rispetto a quanto ritenuto in passato. Questo significa che sempre più famiglie sono coinvolte e che spesso si sentono perse, non sapendo come poter aiutare il loro bambino. Nello specifico si tratta di una "famiglia" di disturbi che comprendono le forme tipiche e atipiche di autismo e la sindrome di Asperger.</p> <p>In ogni caso si tratta di disturbi causati da un disordine organico dello sviluppo. Le aree prevalentemente interessate sono quelle relative all'interazione sociale reciproca, all'abilità di comunicare idee e sentimenti e alla capacità di stabilire relazioni con gli altri (Baird et al., 2003; Berney, 2000; Szatmari, 2003). Questa sindrome ha esordio nei primi 3 anni di vita. Molti genitori notano i primi problemi, nelle aree di comportamento sopra citate, tra i 15 ed i 18 mesi di vita del bambino (Ozand et al, 2003). Young et al (2003) suggeriscono che alcuni dei sintomi vengono notati dai genitori prima dei due anni di vita del bambino. La diagnosi precoce significa intervento precoce, e questo può condurre in alcuni casi ad una migliore prognosi in età adulta.</p> <p>Anche se i deficit sociali assumono un'espressività variabile nel tempo, l'autismo si configura come una "disabilità permanente" che accompagnerà l'individuo per tutto l'arco della vita con gravità variabili da soggetto a soggetto.</p> <p>I disturbi dello Spettro Autistico vengono inquadrati nell'ambito del DSM V (Manuale Statistico e diagnostico dei disturbi mentali) all'interno dei Disturbi del Neurosviluppo, eliminando la precedente suddivisione in sottocategorie prevista dal DSM IV. Questa innovazione è nata dall'ampliamento delle conoscenze nell'ambito delle Neuroscienze e dalla constatazione che la precedente classificazione non era rispondente alla realtà clinica ed esperienziale. L'attenzione viene quindi posta più che ad</p>

	<p>individuare una sottocategoria, a coglierne la variabilità individuale, relativamente al grado di severità della sintomatologia, all'associazione con condizioni mediche, genetiche o con fattori ambientali, all'individuazione delle abilità verbali e di quelle cognitive. Si sono dunque ridefinite le aree sintomatologiche organizzandole in due distinti ambiti: comunicazione sociale e interazione sociale ed interessi ristretti e ripetitivi. In questa area si includono anche le reazioni anormali agli stimoli sensoriali. Si è assistito ad un passaggio da una diagnosi categoriale ad una diagnosi dimensionale con l'introduzione della terminologia "Disturbi dello Spettro Autistico " (ASD). La possibilità di definire una gradazione nei livelli di gravità, in base ad indicatori delle aree della Comunicazione sociale e degli interessi ristretti e comportamenti ripetitivi dal livello 1 al 3 consente di definire l'intensità del supporto da fornire a bambini ed adolescenti con ASD e questo rappresenta un punto importante sia per l'inquadramento che per la valutazione degli esiti degli interventi.</p> <p>Le Linee Guida Nazionali "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore dei Disturbi pervasivi dello sviluppo, con particolare riferimento ai disturbi dello spettro autistico" sono state elaborate all'interno del primo programma nazionale di ricerca sulla salute mentale nell'infanzia e nell'adolescenza, il Programma Strategico " Un approccio epidemiologico ai disturbi dello spettro autistico" (data di pubblicazione: ottobre 2011), e recepite nell'Accordo Stato-Regione (Atti n.132/ c.u. del 212/11/2012). A seguire, "in conformità a quanto previsto dalla risoluzione dell'Assemblea generale delle Nazioni Unite n. A/RES/67/82 del 12 dicembre 2012 sui bisogni delle persone con autismo, viene emanata il 18 agosto 2015 una legge " Disposizioni in materia di diagnosi, cura e abilitazione delle persone con disturbi dello spettro autistico e di assistenza alle famiglie". L'innovazione consiste nel riconoscimento delle prestazioni relative alla diagnosi precoce, alla cura e al trattamento individualizzato nei livelli essenziali di assistenza (LEA). Nel testo viene fatta esplicita raccomandazione di attenersi alle Linee Guida Nazionali elaborate dall'Istituto Superiore di Sanità nel predisporre l'approccio metodologico diagnostico e terapeutico che di conseguenza deve basarsi sulle più recenti e accreditate evidenze scientifiche. A tal proposito viene predisposto che ad occuparsi siano "équipe territoriali multiprofessionali all'interno dei Servizi di Neuropsichiatria Infantile e dei Servizi per l'età adulta che partecipino alla definizione del piano di assistenza, ne valutino l'andamento e svolgano attività di consulenza anche in sinergia con le altre attività dei servizi stessi". Dall'analisi integrata delle Linee Guida e della più recente letteratura si apprende che allo stato non vi sono evidenze conclusive e certe in merito ad uno specifico modello di intervento. La maggiore raccomandazione consiste nel predisporre l'intervento abilitativo in modo tempestivo, intensivo e strutturato cercando di modulare gli approcci psicoeducativi adeguandoli alle esigenze individuali. A tal fine è importante effettuare una diagnosi accurata con il relativo funzionale. Importante è la rilevazione dei comportamenti "problema", scegliendo le più opportune strategie terapeutiche, abilitative-riabilitative ed educative-didattiche. Ciò deve avvenire nel rispetto dei LEA, prevedendo "équipe specialistiche dedicate ai Disturbi dello Spettro Autistico nell'ambito dei servizi di neuropsichiatria dell'età evolutiva e dei servizi per l'età adulta, anche in collaborazione con le altre attività dei servizi stessi, che partecipino alla definizione del piano di assistenza (PAI-PEI), ne valutino l'andamento e svolgano attività di consulenza nelle varie aree della vita del soggetto (scuola, famiglia, lavoro, centro</p>
--	---

	semiresidenziale/ residenziale)”.
DESCRIZIONE	<p>La metodologia è articolata in più fasi, sotto specificate: Il progetto sarà coordinato dall’ UOSVD di Neuropsichiatria Infantile e Riabilitazione dell’età evolutiva con sede a Campobasso, a cui è preposta la cura della popolazione rientrante nella fascia d’età 0-18 anni. Si articolerà in due ambiti: uno rivolto al percorso di rilevazione e diagnosi precoce e al relativo percorso terapeutico abilitativo/riabilitativo.</p> <p>Per intervenire in maniera integrata sulle disuguaglianze descritte nella precedente sezione progettuale, è scelto il programma che segue l’indirizzo dell’analisi comportamentale, ovvero un approccio che prevede una collaborazione costruttiva ed indispensabile tra le diverse forze che interagiscono attorno al singolo soggetto. I tre principali sottosistemi che formano il sistema curante, sono: - il sistema socio-sanitario - il sistema scolastico e/o servizi per l’impiego - il sistema famiglia. Si tratta di creare una interazione che permette lo scambio di competenze e il supporto reciproco fra i vari sistemi, con l’obiettivo di migliorare la qualità di vita del soggetto autistico. Nell’ottica progettuale complessiva, vi è l’intenzione di stabilire, potenziare e mantenere sistemi di monitoraggio specifici che forniscano, in itinere ed in conclusione, dati disaggregati per valutare le disuguaglianze nei risultati sanitari come anche nell’allocazione e utilizzo delle risorse.</p> <p>La metodologia prevede: A) Il processo di presa in carico che si articola come segue:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Valutazione funzionale generale <ul style="list-style-type: none"> ▪ prima visita neuropsichiatrica, che include anche una valutazione dismorfologica; ▪ prima visita psicodiagnostica; ▪ assessment educativo secondo il modello ICF; ▪ bilancio delle competenze comunicative – e linguistiche; ▪ bilancio delle competenze psicomotorie - e delle prassie. 2. Indagini psicodiagnostiche e cliniche <ul style="list-style-type: none"> ▪ testistica specifica: ADOS-2, ADI-R, CARS; ▪ checklist ICF e assessment di partecipazione con strumenti di CAA, per l’età prescolare è somministrata la scheda di valutazione ESDM del modello Denver. <p>Le valutazioni funzionali settoriali si realizzano sulla base dei seguenti strumenti:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Valutazione cognitiva (fondamentale per la valutazione del ritardo mentale spesso associato). È importante che si ponga particolare attenzione alla scelta del test intellettuale da utilizzare con individui a più basso funzionamento o non-verbali. I test devono: essere appropriati sia all’età mentale che a quella cronologica; avere una gamma ampia (nella direzione più bassa) dei punteggi standard; testare e misurare le abilità verbali e non-verbali; fornire un indice totale; avere valori normativi relativamente indipendenti dal funzionamento sociale; b) Valutazione dello sviluppo psicomotorio, prassico, socioemotivo, e

	<p>sensoriale (fondamentali per definire il profilo di risposta individuale); va compiuta una valutazione degli apparati sensoriali;</p> <p>c) Valutazione del linguaggio (che rappresenta un deficit spesso connesso in modo inestricabile con il disturbo autistico);</p> <p>d) Valutazione adattiva del comportamento attraverso le scale Vineland;</p> <p>e) Valutazione della comorbidità psicopatologica (importanti per le forme ad alto funzionamento).</p> <p>B) Percorsi terapeutici</p> <p>Dai dati emersi dalla valutazione specifica effettuata nelle diverse aree si giungerà alla predisposizione di un Progetto Personalizzato per ciascun soggetto con disturbo dello Spettro Autistico, all'interno del quale verranno individuati i diversi interventi diretti, che riguardano il soggetto con ASD (terapia comportamentale, approccio psicoeducativo, implementazione di CAA, logopedia, terapia neuro psicomotoria, terapia occupazionale) o interventi indiretti rivolti alle insegnanti e ai genitori.</p> <p>L'obiettivo principale di questo progetto è creare una rete tra tutte le figure professionali, familiari e sociali presenti nella vita del bambino e/o del ragazzo in modo che egli abbia chiarezza e coerenza negli apprendimenti e relazioni sociali.</p> <p>L'approccio su cui si fonda è EBP, cioè parte da pratiche basate sulle evidenze scientifiche più accreditate del momento. Pertanto è in continuo aggiornamento e fa riferimento alle linee ufficiali suffragate dai dati di evidenza.</p> <p>Attualmente gli approcci più accreditati nel trattamento dei Disturbi dello Spettro Autistico prevedono un contesto "naturalistico" e modalità strutturate nelle proposte. Un programma EBP si fonda sulla conoscenza approfondita del funzionamento e dei processi di sviluppo della persona con ASD, per definire percorsi che rispettino l'individualità e assicurino l'acquisizione di comportamenti-target indicizzabile e misurabile, in modo da assicurare la rimodulazione di interventi inadeguati o non opportuni nello specifico momento. Un approccio di tal tipo presenta una modalità di presa in carico globale della persona con ASD: consiste, infatti, in un sistema di servizi che comprende scuole, centri abilitativi e riabilitativi, centri diurni per minori e per adulti. All'interno del programma sono messe a punto metodologie educative e strategie abilitative, basate sull'educazione strutturata. L'insegnamento strutturato ha come strumento principale di supporto strategie di Comunicazione Aumentativa Alternativa, che facilitano la creazione di opportunità e diminuiscono le barriere d'accesso alla partecipazione del soggetto con ASD. L'intervento ha dunque due fronti: un intervento abilitativo diretto sulla persona con ASD, per migliorare le competenze sottese alle performance; e un intervento sull'ambiente, per renderlo più accessibile, mediante una strutturazione che consenta una prevedibilità nella stabilità.</p> <p>La terapia avverrà a livello ambulatoriale, coinvolgendo la scuola del bambino e/o del ragazzo prevedendo una periodicità di incontri al fine di condividere con gli operatori dei vari servizi il programma educativo e/o sostenere il loro lavoro in caso di difficoltà o cambiamenti, come richiesto dal Progetto Personalizzato.</p> <p>La famiglia parteciperà, settimanalmente o mensilmente, al lavoro col soggetto con ASD e il gruppo specialistico, in modo che essa sia il più</p>
--	---

	<p>possibile informata e formata sul lavoro svolto col figlio, possa anch'essa prendere parte alle attività, proseguirle eventualmente a casa, e creare una rete più coerente e chiara d'intervento. La famiglia può in qualsiasi momento chiedere un colloquio con l'équipe professionale per chiarimenti e/o aiuto.</p> <p>Vista la temporalità progettuale, il personale dovrà possedere particolari e settoriali caratteristiche, individuate dal Referente scientifico in base a quanto previsto dal Progetto. Il personale, poi, sarà soggetto ad ulteriore ed approfondita formazione da parte di un team interdisciplinare (medico specialista in NPI, psicologo, educatore, logopedista, terapista occupazionale e neuropsicomotricista dell'età evolutiva con esperienza clinica e specifica formazione nel settore) coordinato e diretto dal medico specialista in NPI.</p> <p>Trasversale, e leva per la realizzazione del Progetto, sarà il partenariato individuabile nei Servizi per l'età evolutiva ASReM dislocati sul territorio regionale, i Pediatri di Libera Scelta e le Associazioni e le realtà scientifiche nazionali ed internazionali (Autism Europe, SPARKS, FIA).</p>
OBIETTIVI	<p>Al fine di garantire un efficace intervento sono necessari:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Collaborazione con la famiglia; 2. Personalizzazione dell'intervento; 3. Programmazione: il lavoro abilitativo/riabilitativo con la persona con ASD si svolge in tutti i suoi ambienti di vita, nell'ottica "naturalistica" dell'intervento. Coinvolge tutte le aree di funzionamento e di sviluppo; l'assessment dinamico e le valutazioni cliniche specifiche consentiranno di definire le aree di deficit, ma soprattutto metteranno in evidenza le aree Emergenti, su cui sarà centrato l'intervento. Gli obiettivi abilitativi - a lungo, medio e breve termine - vengono individuati nelle aree funzionali dell'autonomia, della comunicazione, dell'apprendimento e della relazione; 4. Strutturazione: nell'insegnare alla persona con ASD occorre rispettarne le peculiari modalità di essere e di agire, per farle comprendere e consentire di partecipare al contesto. Gli approcci più accreditati integrano il funzionamento della persona con ASD preparandola nelle sessioni individualizzate alla partecipazione, intervenendo in modo specifico e con simulazioni facilitate anche da virtualizzazioni. L'azione specifica è programmata in relazione all'età del soggetto e alla partecipazione attesa. Il modello ICF diviene in tal senso uno strumento sia per la definizione del target di intervento, sia per la programmazione, sia per la misura dei risultati. La scheda di funzioni e strutture corporee definisce il livello di funzionamento in relazione alla disabilità e le condizioni cliniche; la checklist Attività e Partecipazione consente di individuare le aree di sviluppo emergenti e dunque gli items su cui definire il progetto; la scheda dei Fattori Ambientali analizza gli aspetti contestuali che agiscono come facilitatori

	o barriere alla Partecipazione.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	<p>12 mesi</p> <p>Nello specifico, il progetto prevede un periodo di 12 mesi con verifica semestrale.</p> <p>I primi due mesi sono rivolti alla definizione del profilo funzionale e alla strutturazione degli interventi.</p> <p>Tra il 4° e il 5° mese i bambini, i ragazzi vengono inseriti in specifici trattamenti, con la specifica modulazione del loro intervento.</p> <p>Il campione è rappresentato da bambini, ragazzi residenti nella Regione Molise.</p> <p>Il progetto prevede una verifica degli <i>outcome</i> ogni 6 mesi.</p>
INDICATORI	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assicurare appropriatezza clinica; ▪ Offrire opportune strategie terapeutiche, abilitative-riabilitative ed educative-didattiche; ▪ Ridurre il ricorso a percorsi di cura e intervento in strutture extra regionale UOSVD di NPI; ▪ N. pazienti censiti nei flussi informativi regionali della UOSVD NPI; ▪ Aumento del grado di equità in ambito sanitario attraverso l'efficientamento e dell'efficacia degli interventi assistenziali; ▪ Grado di partecipazione dei Servizi regionali, delle Associazioni e realtà scientifiche nazionali ed internazionali (Autism Europe, SPARKS, FIA). <p>Modulo BAMBINI (età 6 – 10 anni): Modulo ambulatoriale</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ interventi abilitativi ad indirizzo naturalistico, logopedico e neuropsicomotorio e attività educativa. Orario pomeridiano: 2/3 accessi a settimana <p>Modulo ADOLESCENTI (età 11 - 17 anni) – 10 utenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ interventi psicoeducativi e terapia occupazionale. Orario diurno: 4 accessi pomeridiani a settimana
RISULTATI ATTESI	<p>La valutazione del progetto riguarderà gli esiti specifici dei singoli interventi e la validità dei processi sull'impatto generale, costruendo una rete specifica e interattiva nel territorio regionale.</p> <p>Il risultato perseguito è il massimo livello di Partecipazione del soggetto con ASD, pertanto la misura di efficacia del progetto saranno i valori conseguiti da ogni persona negli indicatori ICF.</p> <p>Sarà importante implementare una banca dati che riporti la casistica, le diagnosi, i trattamenti e gli esiti degli stessi.</p> <p>Indicatori</p>

	<p>A. Indicatori di Processo Interventi di Supporto ai soggetti interessati e alle loro famiglie;</p> <p>B. Indicatori di risultato</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Aumento delle competenze sottese alle performances;▪ Sviluppo di abilità cognitive emergenti;▪ Sviluppo delle autonomie personali;▪ Sviluppo di modalità comunicative efficaci;▪ Potenziamento delle capacità di apprendimento;▪ Acquisizione di abilità e modelli di comportamento adattivo;▪ Implementazione di attività ed interessi;▪ Strutturazione di relazioni e interazioni significativi.
--	---



Direzione Generale per la Salute

ASPETTI GENERALI DEL PROGETTO	
REGIONE PROPONENTE	REGIONE MOLISE
PROVVEDIMENTO REGIONALE (DATA E NUMERO)	Determinazione del Direttore Generale per la Salute n_____ del_____
LINEA PROGETTUALE	Linea n. 3 - Costituzione e implementazione della rete della terapia del dolore e sviluppo delle cure palliative e della terapia del dolore in area pediatrica
INTERVENTO N. 1	Costituzione e implementazione della rete della terapia del dolore e sviluppo delle cure palliative e della terapia del dolore in area pediatrica
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi
SOGGETTI ATTUATORI	Azienda Sanitaria Regionale del Molise - ASReM

ASPETTI FINANZIARI	
COSTO COMPLESSIVO INTERVENTI LINEA PROGETTUALE N. 3	€575.684,00

INTERVENTO N.1 Costituzione e implementazione della rete della terapia del dolore e sviluppo delle cure palliative e della terapia del dolore in area pediatrica
<i>Costo complessivo dell'intervento</i> €575.684,00

IL PROGETTO	
CONTESTO	<p>Le linee guida per lo sviluppo della Rete delle Cure Palliative e di Terapia del Dolore Pediatriche nella regione Molise sono state disciplinate in data 08/07/2015 tramite DCA n°46. Lo scopo perseguito tramite la costituzione della Rete delle Cure Palliative e di Terapia del Dolore Pediatriche è stato quello di assicurare la migliore qualità di vita possibile al bambino malato ed ai suoi familiari, individuare i luoghi di cura e assistenza più opportuni, definire il percorso assistenziale del bambino malato, proporre indicazioni operative e standard di cura e assistenza appropriati ed uniformi per tutto l'ambito regionale.</p> <p>Epidemiologia e criteri di eleggibilità</p> <p>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</p>

	<p>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.</p> <p>Nel caso della regione Molise, su una popolazione di 307 789 abitanti al 31 marzo 2018 (dati ISTAT) si stima una attesa annua di circa 6 pazienti in fase avanzata di malattia con necessità di cure palliative, dei quali 1-2 oncologici, 1 cardiopatico e 3 affetti da altre patologie.</p>
DESCRIZIONE	<p>Il Centro di riferimento regionale di cure palliative e di terapia del dolore pediatriche è un'articolazione della rete regionale di cure palliative e terapia del dolore per adulti, svolge attività di diagnosi, cura, formazione e ricerca ed è situato presso l'Hospice di Larino (CB).</p> <p>L'Hospice di Larino (CB) ha il ruolo di coordinamento della Rete su tutto il territorio della Regione, concorre al sostegno metodologico e alla diffusione degli strumenti condivisi di lavoro, partecipa alla valutazione dei bisogni assistenziali nella progettazione dei piani di cura dei singoli casi (U.V.M.), concorre alla definizione delle strategie terapeutiche per il trattamento del dolore nell'età pediatrica, supporta la formazione degli operatori territoriali e dei caregivers ed il monitoraggio delle attività. Il Centro di riferimento partecipa ai programmi di informazione ed a iniziative culturali.</p> <p>L'equipe multiprofessionale del centro è composta dal medico responsabile dell'Hospice specializzato in cure palliative pediatriche ed altre professionalità come infermieri, psicologo, assistente sociale e fisioterapista con esperienza e formazione nel campo delle cure palliative e terapia del dolore.</p> <p>Le UU.OO di Pediatria ospedaliera e l'U.O. di Neonatologia concorrono a definire il piano di assistenza e cura supportando la gestione domiciliare e concorrendo alla gestione dell'emergenza. La residenzialità specialistica "protetta" per la Rete regionale di cure palliative pediatriche (utilizzabile anche per ricoveri di sollievo) è attuata, considerata l'esigua epidemiologia, con l'attivazione di 2/3 posti letto dedicati presso l'U.O. di Pediatria dell'Ospedale "A. Cardarelli" di Campobasso.</p> <p>L'assistenza domiciliare dei singoli casi, rispetto alle necessità diagnostiche e terapeutiche, fatte salve le competenze per l'età neonatale poste in capo all'U.O. di Neonatologia di Campobasso, provvede direttamente la rete regionale coordinata dall'Hospice di Larino nella presa in carico sin dalla definizione del piano di assistenza e garantisce la rintracciabilità telefonica H24 per gli operatori della Rete. L'attività di ambulatorio di terapia del dolore pediatrico viene organizzata in collaborazione con la Rete aziendale di terapia del dolore. Le UU.OO. ospedaliere assicurano le consulenze specialistiche in tutte le fasi del percorso assistenziale della patologia inguaribile e partecipano, per aspetti tecnici, all'addestramento del caregiver; le strutture ospedaliere concorrono alla gestione dei ricoveri nelle fasi acute della malattia.</p> <p>Le cure domiciliari vengono garantite dal personale medico infermieristico-riabilitativo, psicologico e sociale dell'Hospice di Larino supportati dal PLS/MMG; nei singoli ambiti concorrono altri professionisti eventualmente disponibili, anche afferenti alle strutture ospedaliere. L'attività domiciliare della Rete di Cure Palliative e Terapia del Dolore Pediatriche è organizzata utilizzando risorse già presenti sul territorio, con le modalità di lavoro di équipe</p>

	<p>e di funzionamento già previste per la Rete di cure palliative dell'adulto.</p> <p>Il PLS/MMG è il referente della conduzione clinica domiciliare di base del minore. La gestione specialistica domiciliare prevista dalle dimensioni strutturali e di processo che caratterizzano la rete di cure palliative e di terapia del dolore pediatriche sarà garantita in coerenza con lo sviluppo di modelli assistenziali di case management/primary nursing</p> <p>L'intervento psicologico è garantito sul tutto territorio regionale con i seguenti obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • valutare il bambino e la famiglia, in équipe, per l'individuazione di punti di forza e potenziali criticità nell'accesso alla Rete di Cure palliative e Terapia del dolore pediatriche; • prendere in carico bambino e famiglia nelle situazioni di dolore cronico e in prossimità della morte, qualora se ne individuasse la necessità; • prendere in carico la famiglia per la prevenzione di reazioni patologiche del lutto; • garantire il supporto al lutto rivolto ai genitori, agli eventuali fratelli e più in generale agli altri membri della famiglia e alla relativa rete sociale del minore deceduto. • predisporre programmi di supporto psicologico, di prevenzione e del trattamento del <i>burnout</i> per gli operatori che lavorano nella rete. <p>Gli interventi di supporto psicologico sono coordinati dall'Hospice di Larino (CB) in collaborazione con l'UCPP di Neuropsichiatria infantile.</p> <p>L'UCPP di Neuropsichiatria infantile partecipa inoltre per tutti gli aspetti di competenza clinica in pazienti con patologia di pertinenza neuropsichiatrica.</p> <p>L'intervento del neuropsichiatra infantile è volto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>I servizi scolastici sono coinvolti per tutti gli aspetti di competenza all'interno di percorsi individuati dall'UCPP e/o percorsi definiti dalla normativa vigente.</p> <p>Il percorso assistenziale (Piano di assistenza individuale – PAI) è basato sull'analisi dei bisogni del paziente e della sua famiglia e si avvale di tutte le</p>
--	--

	<p>strutture e le professionalità sopra menzionate coinvolte secondo le circostanze, il decorso della malattia e l'evoluzione dei bisogni. La segnalazione del singolo caso, da qualsiasi provenienza, ha come destinatari la P.U.A. di riferimento distrettuale ed il Centro di riferimento regionale. Il progetto assistenziale inizia con U.V.M. convocata dalla P.U.A. del Distretto di residenza del piccolo paziente d'intesa con il Centro di riferimento, U.V.M. che valuta l'eleggibilità all'assistenza nella Rete di cure palliative pediatriche secondo i criteri che ne regolano l'accesso e redige il piano di assistenza individuale. All'U.V.M. partecipano stabilmente il pediatra di famiglia (o il MMG), il coordinatore infermieristico/coordinatore di percorso competente, il, palliativista pediatrico del centro di riferimento, l'assistente sociale di riferimento, lo psicologo, il neuropsichiatra infantile e ogni altra figura professionale ritenuta utile e/o necessaria per il singolo percorso (a partire dal fisioterapista). Il piano di assistenza e cura viene condiviso con la famiglia;</p> <p>La presa in carico domiciliare conta sul pediatra di famiglia (o sul MMG) e sulle équipe distrettuali, nel caso di assistenza specialistica vengono attivate dal Centro di riferimento le figure professionali specialistiche.</p> <p>Formazione</p> <p>Lo sviluppo della Rete di Cure Palliative e Terapia del dolore pediatriche procede di pari passo ai percorsi formativi dei professionisti coinvolti; i programmi formativi sono articolati su due livelli, quello generico rivolto a tutti gli operatori e quello avanzato rivolto agli specialisti. Si prevede di organizzare in tal senso giornate di informazione e promozione sulle cure palliative pediatriche.</p>
OBIETTIVI	<p>Garanzia di un intervento psicologico efficiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • favorire il lavoro dell'équipe nell'attivare modalità comunicative e relazionali adeguate per facilitare l'adattamento della famiglia al passaggio della presa in carico nella Rete di cure palliative pediatriche; • lavorare con l'équipe nella Rete di Cure palliative e Terapia del dolore pediatriche con metodologie atte a facilitare l'emergere della dimensione emotiva dei singoli operatori e dell'équipe nel suo insieme per contenere e gestire eventuali sintomi di burnout; • proporre e partecipare alla formazione continua in terapia del dolore e cure palliative pediatriche; • attivazione di percorsi formativi con il coinvolgimento dei professionisti.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	12 mesi a partire dall'avvio del progetto
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	<p>Indicatori</p> <ul style="list-style-type: none"> • N° di pazienti presi in carico; • N° di pazienti presi in carico/N° annuale di decessi; • % di decessi a domicilio/Totale dei decessi; • Durata della presa in carico e figure professionali coinvolti; • Giorni di ricovero/totale giorni di presa in carico e assistenza;

Obiettivi di carattere prioritario anno 2018
 Allegato B – Linea progettuale n.3

	<ul style="list-style-type: none"> • Giorni di ricovero in degenza palliativa/totale giorni di ricovero; • Presenza di un database aggiornato; • Eventi di aggiornamento del personale per le cure palliative pediatriche di base e specialistiche; • Percezione della famiglia della qualità dell'assistenza e della presa in carico; • Percezione degli operatori coinvolti della qualità dell'assistenza.
RISULTATI ATTESI	<ul style="list-style-type: none"> - Incremento del personale formato; - Efficientamento del percorso di presa in carico del paziente pediatrico; - garantire il supporto rivolto famiglia e alla relativa rete sociale del minore.



Direzione Generale per la Salute

ASPETTI GENERALI DEL PROGETTO	
REGIONE PROPONENTE	Regione Molise
PROVVEDIMENTO REGIONALE (DATA E NUMERO)	Determinazione del Direttore Generale per la Salute n. _____ del _____
LINEA PROGETTUALE	Linea progettuale n. 4- Piano Nazionale della Prevenzione
TITOLO PROGETTO	Supporto al Piano Regionale della Prevenzione della Regione Molise approvato con decreto del Commissario ad Acta n. 44 del 30 giugno 2016
TITOLO INTERVENTO N. 1	Supporto al Piano Regionale della Prevenzione della Regione Molise approvato con decreto del Commissario ad Acta n. 44 del 30 giugno 2016
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi (in continuità con l'esercizio 2017)
SOGGETTI ATTUATORI	Regione Molise -Direzione Generale per la Salute.

ASPETTI FINANZIARI	
COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	Per la linea progettuale n. 4 Piano Nazionale della Prevenzione l'importo totale è di € 1.381.643,00 di cui € 6.908,00 è dedicata al progetto "Supporto al Piano Regionale della Prevenzione della Regione Molise" approvato con il Decreto del Commissario ad Acta n. 44 del 30 giugno 2016".

INTERVENTO N.1 Supporto al Piano Regionale della Prevenzione della Regione Molise approvato con decreto del Commissario ad Acta n. 44 del 30 giugno 2016
<i>Costo complessivo dell'intervento</i> € 6.908,00

IL PROGETTO	
PREMESSA	<p>Con decreto del Commissario ad Acta n. 44 del 30 giugno 2016 è stato approvato il Piano regionale della Prevenzione 2014-2018 della Regione Molise dove sono stati inclusi programmi articolati in diversi interventi.</p> <p>In particolare si riporta quanto previsto nel PROGRAMMA I «SCREENING ONCOLOGICI»:</p> <p>A. <i>Screening della mammella</i> per il quale sono declinati i seguenti obiettivi specifici regionali:</p> <p><i>Obiettivo specifico 1): Attivazione di un centro unico regionale di rilevamento dei soggetti a rischio eredo- familiare per tumore della mammella e delle possibili patologie correlate e implementazione di percorsi diagnostico-terapeutici dedicati;</i></p> <p><i>Obiettivo specifico 2): Attivazione di un ambulatorio regionale di</i></p>

riferimento per la patologia oncologica mammaria eredo familiare con sistema di sorveglianza e di supporto (counselling familiare, psiconcologia, valutazione genetica, ecc.);

B. Screening del colon retto con il quale si perseguono i seguenti obiettivi:

- 1) Incrementare la percentuale di persone in età target che eseguono il test di primo livello;*
- 2) Incrementare la percentuale di pazienti positivi al FOBT-test che eseguono le indagini endoscopiche di II livello.*

C. Screening della cervice uterina con i seguenti obiettivi specifici regionali:

1) Promozione della c.d. "reingegnerizzazione" attraverso la messa in rete di tutti i Centri di prenotazione regionali (Cup- pass) con il Call-Center dei Programmi di Screening e l'informatizzazione degli ambulatori ginecologici dedicati allo screening, al fine di:

- a. incrementare la percentuale di persone che ricevono l'invito a partecipare al programma di screening, recuperando le c.d. "spontanee" dai cup – pass per reinserirle nel percorso di screening;*
- b. incrementare la percentuale di persone in età target che eseguono il test di primo livello;*

2) Pianificazione di un nuovo sistema di screening della cervice uterina con test HPV-DNA;

3) Miglioramento dell'appropriatezza clinica e della qualità dell'intervento di prevenzione ed utilizzo efficiente delle risorse;

Si riportano inoltre anche gli interventi previsti negli altri programmi:

PROGRAMMA II «LA PREVENZIONE DELLE MALATTIE CRONICHE NON TRASMISSIBILI E LE AZIONI IN FAVORE DEI MALATI CRONICI»:

"Comunicazione per la salute" - "Formazione per il cambiamento" - "Sanità in salute" – "Vita SiCura" - "Non mi fermo" - L'allattamento al seno nella Regione Molise: dal rilievo del dato epidemiologico alla promozione

PROGRAMMA III «SCREENING NEONATALI»: Screening audiologico neonatale - Screening oftalmologico neonatale

PROGRAMMI : IV «SCUOLA, SALUTE E BENESSERE» e V «PREVENZIONE DELLE DIPENDENZE»: Scuola, Salute e Benessere: ambiti di intervento e azioni

PROGRAMMI VI «PREVENZIONE DEGLI INCIDENTI STRADALI»: Strada sicura - Il problema OSAS (Sindrome delle Apnee Ostruttive nel Sonno) - Attività e obiettivi specifici

PROGRAMMA VII «PREVENZIONE DEGLI INCIDENTI DOMESTICI»: Casa sicura

PROGRAMMA VIII «INFORTUNI SUL LAVORO E MALATTIE PROFESSIONALI».

PROGRAMMA IX «SALUTE E AMBIENTE»: Monitoraggio della qualità dell'aria - Il problema amianto nella Regione Molise - Il ruolo del C.O.R. - La rete "Salute-Ambiente" nella Regione Molise - Percorsi formativi ed informativi integrati in tema di Ambiente e Salute - I controlli in base ai regolamenti "REACH" e "CLP" - Regolamenti "REACH" e "CLP": La formazione - L'Edilizia eco-compatibile: il rischio "radon" - I rischi da CEM e raggi UV

PROGRAMMA X «PREVENZIONE E SORVEGLIANZA DELLE

	<p>MALATTIE INFETTIVE NELLA REGIONE MOLISE»: <i>La sorveglianza epidemiologica regionale: ritardi e prospettive - I sistemi di sorveglianza regionale delle malattie infettive prioritarie - L'informatizzazione della sorveglianza delle malattie infettive - Il potenziamento della segnalazione delle malattie infettive da parte degli operatori sanitari - Le malattie croniche o di lunga durata: tubercolosi (TBC) e HIV - L'Anagrafe vaccinale informatizzata: interoperabilità - Coperture vaccinali e adesione consapevole alle vaccinazioni - La corretta informazione sulle vaccinazioni - Piani per il contrasto delle emergenze infettive - SORVEGLIANZA, GESTIONE E PREVENZIONE DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA E DELLE ANTIBIOTICO-RESISTENZE (Azione 1: La sorveglianza delle infezioni invasive da enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE) - Azione 2: Il monitoraggio del consumo di antibiotici - Azione 3: Informare per migliorare l'uso di antibiotici - Azione 4: La sorveglianza e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza)</i></p> <p>PROGRAMMA XI « SICUREZZA ALIMENTARE E SANITÀ PUBBLICA VETERINARIA»: <i>Ricetta veterinaria elettronica: Verso la «dematerializzazione» dell'intera gestione del farmaco veterinario - Piani di controllo e monitoraggio integrati per la gestione del rischio nelle matrici alimentari: 1) Integrazione tra Sanità pubblica, Ambiente e Agricoltura - Piani di controllo e monitoraggio integrati per la gestione del rischio nelle matrici alimentari: 2) Le attività della rete dei laboratori - Piani di controllo e monitoraggio integrati per la gestione del rischio nelle matrici alimentari: 3) Gli audit previsti dall'articolo 4 paragrafo 6 del Regolamento CE 882/2004 - La rete dei laboratori: Protocolli per la collaborazione nel settore alimentare e veterinario - Le Anagrafi del settore veterinario: Implementazione dell'anagrafe degli operatori del settore mangimi; Adeguamento delle anagrafiche gestite dalle Autorità competenti alla "Masterlist" del Regolamento (CE) 852/2004 - La gestione delle emergenze veterinarie e di sicurezza alimentare - La sorveglianza della fauna selvatica: la prevenzione delle malattie infettive e diffuse di interesse veterinario trasmissibili tramite vettori animali - Tecniche e organizzazione del controllo ufficiale: Aspetti relativi alla formazione e agli audit - Celiachia, allergie e intolleranze alimentari: Linee guida ed iniziative per tutelare il consumatore, assicurando una produzione sicura di alimenti, confezionati e non, idonei alla sua patologia - Sale: "poco e iodato". Iniziative della Regione Molise per ridurre i disordini da carenza iodica</i></p> <p>PROGRAMMA XII «PREVENZIONE DEL RANDAGISMO»: <i>La prevenzione del randagismo e delle malattie zoonosiche legate agli animali d'affezione - A) Promozione del possesso responsabile di animali d'affezione - B) Iniziative per favorire l'iscrizione all'anagrafe degli animali di proprietà - Controlli sanitari sulle strutture di ricovero dei cani</i></p>
CONTESTO	<p>Nell'ambito del PNP gli screening oncologici (di mammella, colon e cervice uterina) occupano un ruolo centrale per la loro importanza sociale, economica e sanitaria.</p> <p>Costituiscono un intervento di sanità pubblica su popolazione apparentemente sana, aventi il compito di individuare precocemente la neoplasia, adottare le migliori terapie possibile con l'obiettivo finale di ridurre la mortalità specifica per singola patologia.</p> <p>I Registri Tumori sono strutture deputate alla raccolta e analisi dei dati relativi ai tumori maligni infiltranti, valutare la loro incidenza, prevalenza, calcolarne</p>

	<p>la sopravvivenza su scale geografiche diverse (provinciale, regionale, nazionale, mondiale).</p> <p>Presupposto fondamentale di queste due strutture è che possano disporre di dati di alta qualità, in tempi adeguati che per gli screening assurgono a livello di indicatori di performance.</p> <p>Nella Regione Molise gli screening oncologici sono operanti sin dall'ottobre del 2002 mentre il registro tumori è operativo dal 1° giugno 2014 e si accinge a chiudere la raccolta dei dati del biennio 2010-2011.</p> <p>Ovunque è ormai in atto una interazione continua e costante tra Screening e Registri Tumori in cui questi ultimi operano come uno strumento di monitoraggio sull'efficacia quali-quantitativa dei programmi di screening oncologici.</p> <p>Nella nostra regione una delle criticità più importanti è la dinamica del flusso dei dati dalla lettera d'invito all'inizio dei trattamenti (medici e chirurgici), ai dati di sopravvivenza.</p>
DESCRIZIONE	<p>Il prossimo passaggio della gestione dei flussi di screening comporterà una vera e propria rivoluzione poiché si passerà dalla gestione di dati aggregati alla gestione di dati puntuali che consentiranno una migliore valutazione complessiva ma saranno anche fonte di potenziali problematiche se i dati non saranno coerenti, corretti, puntuali, provenienti da tutte le discipline coinvolte nello screening (amministrativi, tecnici/radiologi, chirurghi, patologi, oncologi, radioterapisti, ecc).</p> <p>Il progetto si propone di effettuare un monitoraggio del flusso dei dati per il consolidamento di un corretto sistema informativo degli screening prendendo in considerazione i vari livelli e gli indicatori di processo.</p> <p>Verranno analizzati almeno 2 indicatori per ogni screening e per ogni tipologia (indicatori strutturali, logistico-organizzativi e funzionali; indicatori del processo clinico-diagnostico, indicatori precoci d'impatto).</p> <p>Verrà effettuata anche una valutazione dei non rispondenti all'invito mediante intervista telefonica di un certo numero di soggetti in target per ogni screening, per definire le motivazioni della non risposta (invito ricevuto ma non adesione; invito non ricevuto; invito ricevuto ma non adesione per esame già eseguito)</p>
OBIETTIVI	<p>Obiettivi qualitativi del progetto sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Selezione degli indicatori di valutazione dei flussi; b) Definizione scheda intervista; c) Definizione del campione da intervistare; d) Valutazione del peso dei fattori interni al sistema screening che determinano perdita di dati (es.: mancata registrazione esami effettuati); e) Valutazione del peso dei fattori esterni al sistema screening che determinano perdita di dati (es.: perdita di informazioni per i positivi che completano il loro percorso diagnostico-terapeutico al di fuori dello screening stesso); f) Rilevazione e analisi delle criticità; g) Adeguamenti e correttivi; <p>Obiettivi quantitativi del progetto sono:</p>

	a) Individuazione di almeno 2 indicatori per screening; b) Misurazione del numero di positive/i al II livello che prosegue l'iter diagnostico-terapeutico nell'ambito dello screening ma di cui non si ha la registrazione; c) Misurazione del numero di soggetti positivi allo screening di cui si perde traccia (proseguono al di fuori del percorso screening); d) Correzione di almeno il 75% delle criticità rilevate dagli indicatori selezionati.		
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	12 mesi (vedi crono programma)		
INDICATORI	Indicatore	Stato attuale	Al 31.12.2018
	Individuazione di almeno 2 indicatori per screening	0	≥ 6
	Misurazione del numero di positive/i al II livello che prosegue l'iter diagnostico-terapeutico nell'ambito dello screening ma di cui non si ha la registrazione	0	≥ 90%
	Misurazione del numero di soggetti positivi allo screening di cui si perde traccia (proseguono al di fuori del percorso screening)	0	≥ 90
	Correzione delle criticità rilevate dagli indicatori selezionati	0	≥ 75



Direzione Generale per la Salute

ASPETTI GENERALI DEL PROGETTO	
REGIONE PROPONENTE	Regione Molise
PROVVEDIMENTO REGIONALE (DATA E NUMERO)	Determinazione del Direttore Generale per la Salute n. ____ del ____
LINEA PROGETTUALE	Linea progettuale n. 5 – La tecnologia sanitaria innovativa come strumento di integrazione ospedale territorio
TITOLO DELL'INTERVENTO N. 1	Le tecnologie a supporto dell'integrazione tra i due aspetti dell'assistenza: l'Ospedale ed il territorio
TITOLO DELL'INTERVENTO N. 2	"Il Senso della vita" – La realtà virtuale nelle demenze
TITOLO DELL'INTERVENTO N. 3	Strumenti a supporto dell'efficientamento del sistema regionale di controllo della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi
SOGGETTI ATTUATORI	Regione Molise - Direzione Generale per la Salute ASReM – Direzione Generale per la Salute

ASPETTI FINANZIARI	
COSTO COMPLESSIVO INTERVENTI – LINEA PROGETTUALE N. 5	€ 710.077,00

INTERVENTO N.1 Le tecnologie a supporto dell'integrazione tra i due aspetti dell'assistenza: l'Ospedale ed il territorio	
Costo complessivo dell'intervento	€ 394.316,00

CONTESTO	<p>L'atto di indirizzo per il 2018 del Ministro della Salute, tra le altre raccomandazioni, ha sollecitato l'utilizzo della Information and Communications Technology (ICT) nel settore della sanità, anche al fine di diminuire l'importanza della discrezionalità nei meccanismi decisionali concernenti l'acquisizione di nuove tecnologie ed il loro rinnovo, aumentando di converso la partecipazione delle categorie professionali e dei criteri scientifici più aggiornati.</p> <p>Le tecnologie sanitarie innovative, se ben contestualizzate in una riforma sistemica che ha come perno fondamentale l'integrazione tra ospedale e territorio, quale quella del Sistema Sanitario regionale molisano, costituisce un fattore determinante per la realizzazione di modelli sia assistenziali che organizzativi rispondenti ai nuovi bisogni di salute della popolazione molisana.</p> <p>L'adozione di piattaforme e di soluzioni innovative devono essere realizzate in funzione di supporto al nuovo modello di servizio sanitario basato sui pilastri della continuità assistenziale, del <i>care management</i>, della deospedalizzazione e della piena cooperazione tra tutti i soggetti coinvolti nella filiera della salute e del benessere. Ciò comporta necessariamente un efficientamento delle risorse oggi utilizzate.</p> <p>Infatti, la digitalizzazione deve essere considerata non solo come un cambiamento progressivo del modo di fare assistenza, ma una vera e propria opportunità: l'adozione di soluzioni basate sulle tecnologie dell'informazione e delle comunicazioni (ICTs) diventa un'operazione strumentale, finalizzata al miglioramento dell'appropriatezza, dell'efficienza e dell'efficacia, attraverso l'efficientamento complessivo del SSR.</p> <p>Il Ministero della Salute ha anche individuato, tra le traiettorie tecnologiche, quelle dell'<i>active & healthy ageing</i>, e cioè quelle tecnologie per l'invecchiamento attivo e l'assistenza domiciliare.</p> <p>È vero anche che la salute è un esito in costante ridefinizione e mutamento lungo tutto il corso di vita di processi culturali e biologici, e interventi e cure dovrebbero essere implementati tenendo conto del genere, dell'età, dell'appartenenza etnica e culturale.</p> <p>La tecnologia nel settore sanitario è un elemento fondamentale e il suo contributo al miglioramento della salute e della qualità di vita dei cittadini è da sempre irrinunciabile. Allo stesso tempo, considerando che le proposte di nuove tecnologie sono in continuo aumento, l'impatto economico della loro introduzione è sempre più significativo.</p> <p>Attraverso quindi questa linea progettuale, l'ASReM vuole garantire anche l'implementazione di tali traiettorie, consentendo all'intero Sistema, tra l'altro oggetto di una profonda riorganizzazione strutturale, di intercettare le principali sfide che caratterizzano il Sistema Sanitario regionale, come l'invecchiamento della popolazione, l'aumentata incidenza di molte patologie croniche degenerative, lo sviluppo di opzioni di diagnosi e trattamento innovativi. La direzione è quella di una medicina personalizzata per il trattamento e per la prevenzione di numerose patologie di grande rilevanza e d'impatto sull'utilizzo delle risorse economiche. Queste sfide, in una logica complessiva, dovranno essere affrontate anche attraverso lo sviluppo di progetti sistemici, articolati e integrati nel contesto sanitario ed informativo regionale.</p>
-----------------	--

	<p>In una visione di contesto, ad esempio, l'introduzione ormai a regime del Fascicolo Sanitario Elettronico ha rappresentato un importante passaggio per la sanità molisana, provando a <i>linkare</i> in rete tutto il Sistema, mettendo a disposizione dei cittadini/utenti una nuova piattaforma di servizi <i>information intensive</i>, uno strumento attraverso cui ogni cittadino può tracciare e consultare tutta la storia della propria vita sanitaria, condividendola con i professionisti sanitari per garantire un servizio più efficace ed efficiente.</p> <p>L'utilizzo della tecnologia sanitaria innovativa è da intendersi quindi come valido supporto d'integrazione ospedale territorio, e tende al miglioramento complessivo della qualità dei servizi sanitari regionali. I principali obiettivi sono quello di agevolare l'assistenza del paziente, offrire un servizio che possa facilitare l'integrazione delle diverse competenze professionali, fornire una base informativa consistente.</p> <p>È vero anche che la maggior parte delle tecnologie oggi sono concentrate nell'ambito ospedaliero, anche per via della storica organizzazione che ha caratterizzato il Sistema sanitario molisano nel suo passato. Meno diffuso è il loro utilizzo in ambito territoriale per la garanzia della continuità delle cure. La diffusione di strumenti tarati sull'integrazione di servizi ospedalieri e territoriali, in cui collaborano equipe multiprofessionali (medici, infermieri, amministrativi, etc.), talora distanti logisticamente tra loro, diventa strategica per rendere più efficiente il sistema sanitario e migliorare la qualità assistenziale attraverso l'ottimizzazione delle procedure per la continuità delle cure.</p>
DESCRIZIONE	<p>Questa linea progettuale servirà a migliorare le tecnologie a supporto dell'integrazione tra i due aspetti dell'assistenza, e cioè l'Ospedale ed il territorio, affinando anche il grado di accountability dei percorsi domiciliari.</p> <p>Le nuove risorse tecnologiche per l'assistenza sanitaria e sociosanitaria da implementare nel territorio regionale (es. teleconsulto, telesalute, teleassistenza, etc.) saranno a supporto della riorganizzazione del Sistema, sia nei setting assistenziali territoriali e nei PDTA, sia in altri setting caratterizzati da esigenze di prossimità territoriale come quelli della prevenzione, della salute mentale o in quelli più specificatamente ospedalieri.</p> <p>Saranno implementate le soluzioni ed i servizi per la continuità assistenziale ospedale-territorio, garantendo solide strutture informatiche anche ai percorsi diagnostico terapeutici oggi in vigore in Molise. Particolare attenzione si porrà alla presa in carico del paziente cronico attraverso la trasmissione a distanza di parametri clinici interpretati e gestiti dai professionisti sanitari all'interno di un piano assistenziale individuale.</p> <p>La tecnologia sanitaria innovativa, intesa come l'insieme di attrezzature sanitarie, dispositivi medici, farmaci, sistemi diagnostici, procedure mediche e chirurgiche, percorsi assistenziali e assetti strutturali e organizzativi nei quali viene erogata l'assistenza sanitaria, darà modo di definire al meglio strategie di assistenza coordinate ed integrate tramite l'ottimizzazione dei processi prestazionali socio-sanitarie.</p> <p>Nell'ambito dell'intero sistema delle cure regionale, inoltre, sarà riconosciuta la rilevanza delle tecnologie "organizzative", utili a migliorare efficienza ed efficacia degli interventi assistenziali pubblici, valorizzando anche il ruolo degli stakeholders coinvolti e con un'attenzione particolare a quanto attiene l'<i>assessment</i>.</p>
OBIETTIVI	<ul style="list-style-type: none"> • focalizzare l'intervento di prevenzione e salute a livello di popolazione e non di pazienti; • promuovere la digitalizzazione dei percorsi di presa in carico per favorire

	<p>l'integrazione tra ospedale e territorio;</p> <ul style="list-style-type: none"> • agevolare l'assistenza del paziente facilitando l'integrazione delle diverse competenze professionali; • favorire l'impiego della telemedicina per la garanzia di una migliore qualità assistenziale attraverso il monitoraggio delle attività svolte ed il supporto alle decisioni cliniche; • ottimizzare l'integrazione dei PDTA per la gestione del paziente, soprattutto per le fragilità; • supportare la residenzialità e domiciliarità; • migliorare l'empowerment del paziente e la qualità della vita; • re ingegnerizzare i flussi informativi sanitari anche in funzione della riduzione delle liste di attesa; • migliorare le performance del SSR, fornendo una base informativa consistente.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	12 mesi
INDICATORI	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Potenziamento flussi per l'assistenza integrata tra ospedale e territorio; ▪ N. pazienti censiti nei flussi informativi regionali; ▪ Attivazione nuovi flussi; ▪ Aumento della dotazione di tecnologie sanitarie innovative; ▪ Aumento dell'efficienza e dell'efficacia degli interventi assistenziali attraverso il perfezionamento delle tecnologie organizzative
RISULTATI ATTESI	<p>Gli obiettivi sopra descritti sono esplicativi dei risultati attesi da questa attività progettuale.</p> <p>Quest'annualità rappresenta un ulteriore tassello per la completa riorganizzazione dell'intero Sistema sanitario e che permetterà alla Regione Molise di disporre di un rinnovato e potenziato modello, ben integrato tra i vari settori dell'assistenza, che favorirà il progressivo superamento di alcune criticità espresse nelle precedenti parti.</p> <p>L'opportunità dell'utilizzo delle tecnologie sanitarie, così come immaginato in fase di progettazione, garantirà inoltre un potenziamento del grado di <i>accountability</i> in grado di verificare la qualità assistenziale delle strutture regionali pubbliche, in una logica di <i>benchmarking</i> caratterizzata dalla competitività positiva.</p>

INTERVENTO N.2 “Il senso ... della vita” – La realtà virtuale nelle demenze”	
Costo complessivo dell'intervento	€10.000,00

CONTESTO	<p>La realtà virtuale arricchisce, potenzia e “aumenta” la nostra percezione del mondo con una serie di contenuti digitali. Quando si parla di realtà virtuale, il primo oggetto a cui pensiamo è il visore 3D, un dispositivo a forma di casco o di occhiali che consente di vivere un’esperienza sensoriale. Nella realtà virtuale non c’è niente di troppo pericoloso o costoso che non si possa fare. L’idea è di coinvolgere i cinque sensi di una persona immergendola nel vivo dell’azione, che si svolge in un ambiente simulato.</p> <p>Attraverso la manipolazione di tre variabili (spazio, tempo e interazione) e la disponibilità di un’interfaccia grafica, è possibile creare una dimensione connotata da un forte senso di realtà. La percezione di essere davvero in quel mondo. Tale sensazione è amplificata dall’utilizzo di strumentazioni apposite: un software in grado di riprodurre ambienti 3D, un visualizzatore per la realtà virtuale, sistemi audio integrati che offrono il supporto surround.</p>
DESCRIZIONE	<p>Il progetto in argomento rappresenta, nell’ambito delle terapie non farmacologiche, uno studio di ricerca altamente innovativo in Italia, sull’esperienza di studi precedentemente fatti negli Stati Uniti. Il suddetto progetto ha lo scopo di introdurre un’esperienza immersiva all’interno del trattamento multisensoriale con visori di realtà virtuale. Si vuole verificare in che modo la prestazione di scenari virtuali ricostruiti in 3D, unita alla stimolazione sensoriale, favorisce sensazioni piacevoli in pazienti con demenza, attraverso l’utilizzo di specifiche apparecchiature per la rilevazione dei dati. Da una recente ricerca pubblicata su Nature Communications nel mese di Aprile 2017, si evince come il responsabile di alcune demenze come il morbo di Alzheimer, non si deve creare nell’ippocampo, la struttura del sistema nervoso coinvolta nelle funzioni della memoria. All’origine delle malattie si sarebbero invece la morte della parte del cervello che produce la dopamina, un neurotrasmettitore fondamentale per alcuni meccanismi di comunicazione tra neuroni. Attraverso la stimolazione multisensoriale 3D, ci sarebbe la possibilità di indurre indirettamente la produzione di dopamina nel paziente, favorendone un miglioramento del tono dell’umore, che si ripercuoterebbe sul benessere psicofisiologico dello stesso.</p> <p>Nel mondo scientifico si sta perseguendo la strada dell’innovazione digitale nello sviluppo di nuovi prodotti e servizi attraverso l’utilizzo di visori di realtà virtuale. In generale, i campi di applicazione della VR (realtà virtuale) in ambito medico sono principalmente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La riabilitazione motoria e cognitiva; - La terapia di disturbi psichiatrici; - L’apprendimento in un contesto di simulazione. <p>In questi contesti, la costruzione di un mondo virtuale in cui il soggetto può avere il controllo si rivela particolarmente efficace.</p> <p>La cosiddetta “cyber terapia” nasce dall’esigenza di trovare soluzioni</p>

d'avanguardia in ambito riabilitativo-psicologico che comportano ulteriori vantaggi rispetto alle tecniche tradizionali di riabilitazione, tra cui:

- Svolgere l'esercizio riabilitativo in un setting che riproduce le caratteristiche degli ambienti di vita;
- Stimolare la multisensorialità del paziente;
- Adattare la difficoltà degli esercizi in modo dinamico rispetto alle abilità acquisite;
- Monitorare in maniera sistematica gli indicatori di performance.

L'approccio si basa sui seguenti principi:

- La stimolazione visiva, uditiva e olfattiva viene offerta ai pazienti nelle Snoenzelen Room (camera multisensoriale) usando i visori di realtà virtuale.
- Lo staff lavora in rapporto 1 a 1 (un operatore per ogni paziente), adottando un approccio immersivo, nel quale vengono proposti diversi stimoli che hanno l'obiettivo di attivare cognitivamente e sensorialmente il paziente. I soggetti vengono incoraggiati a sperimentare gli stimoli sensoriali di ambienti virtuali rilassanti attraverso i visitatori.

IL TRATTAMENTO

L'approccio della realtà virtuale applicato nel presente studio prevede l'utilizzo di visori al fine di stimolare i vari sensi. Ogni soggetto verrà trattato con rapporto 1:1 ovvero terapeuta:utente. Il metodo rispetta le seguenti fasi:

FASE DI PRE TRATTAMENTO:

- Raccolta di informazioni personali dalla famiglia sulla persona per impostare il trattamento, nello specifico: storia familiare, infanzia, preferenze vestiarie, gusti e aree di interesse.
- Instaurazione di una relazione di fiducia con l'ospite interessato al trattamento.
- Esplorazione degli stimoli presenti; utilizzo della scheda di sintesi in cui specificare le reazioni dell'ospite agli stimoli proposti;
- Definizione degli stimoli utili al trattamento.

FASE DI INTERVENTO:

Frequenza: due sedute a settimana con range temporale degli interventi variabili da 15-20 minuti. Modalità: 1:1.

STRUTTURA DELLA SEDUTA

- Fase iniziale: Predisposizione degli scenari in modo dinamico a seguito dello studio delle preferenze del paziente;
- Fase centrale: trattamento individualizzato secondo le preferenze sensoriali manifestate dall'ospite nella fase pre-trattamento;
- Fase conclusiva: riadattare progressivamente l'intensità della stimolazione.

Per la gestione del progetto sarà necessario avere a disposizione:

- Tecnici per la realizzazione delle ambientazioni 3D;
- Psicologi per la supervisione delle attività;
- Operatori per la gestione del trattamento.

Obiettivi di carattere prioritario anno 2018
Allegato B – Linea progettuale n.5

OBIETTIVI	<ul style="list-style-type: none"> – Favorire la gestione dei disturbi comportamentali; – Favorire il rilassamento; – Stimolare la memoria episodica; – Promuovere il benessere della persona “Ri-attivazione” della persona; – Sostenere la relazione con i familiari; – Promuovere umore e stati affettivi positivi; – Facilitare la comunicazione e l’interazione; – Promuovere le relazioni di cura e ridurre lo stress nei caregivers; – Effetto positivo sui comportamenti oppositivi e sull’umore degli ospiti trattati.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	12 mesi
INDICATORI	<p>Numero di utenti e caregivers coinvolti.</p> <p>Valutazione a breve termine pre e post intervento</p> <p>Periodiche: a termine della sessione di trattamento (1 mese)</p>
RISULTATI ATTESI	<p>A completamento delle attività progettuali si ritiene di potere offrire uno strumento di supporto nel trattamento dei pazienti affetti da demenze attraverso l’utilizzo di specifiche apparecchiature. Il trattamento sarà rivolto in una prima fase agli ospiti della RSA presente presso l’Ospedale territoriale di comunità di Larino e successivamente a quelli delle altre RSA presenti in Regione. L’attuazione del progetto consentirà di incidere positivamente su persone affette da demenza promuovendo la “riattivazione” della persona.</p>

INTERVENTO N.3	
Strumenti a supporto dell'efficientamento del sistema regionale di controllo della qualità ed appropriatezza delle prestazioni sanitarie	
<i>Costo complessivo dell'intervento</i>	€ 305.761,00

CONTESTO	<p>La valutazione dell'efficacia, efficienza e equità dei sistemi sanitari si rapporta, sempre di più, con l'individuazione delle cure necessarie escludendo fenomeni di inappropriatezza.</p> <p>La garanzia di tutela del servizio sanitario nazionale, pone, infatti, la necessità di identificare specifiche priorità come la valutazione dell'efficacia, la riorganizzazione delle modalità e dei setting di erogazione delle cure, la realizzazione di meccanismi di integrazione e coordinamento ai vari livelli del sistema.</p> <p>L'aumento dei costi sanitari, inoltre, contestualmente all'esigenza di promuovere qualità e sicurezza, colloca la valutazione dell'appropriatezza al centro delle politiche sanitarie nazionali, regionali e locali.</p> <p>È la valutazione sull'appropriatezza delle cure può costituire quindi la base per compiere le scelte migliori sia per l'organizzazione dei servizi assistenziali e la garanzia di efficacia degli stessi.</p> <p>Tuttavia il ricorso inappropriato ad alcune prestazioni, come l'utilizzo improprio dei ricoveri ospedalieri è ancora molto esteso e ciò, sommato ai differenti livelli di qualità dei servizi sanitari sul territorio nazionale, rappresenta un fattore di criticità da non sottovalutare ai fini della sostenibilità del sistema e della sua equità.</p> <p>Il D.lgs. n. 229 del 1999 fa riferimento all'appropriatezza quale componente strutturale dei livelli essenziali di assistenza (LEA), anche per rispondere al principio dell'economicità nell'impiego delle risorse.</p> <p>In base a tale principio, è stata prevista l'esclusione, dalle prestazioni erogate, di quelle tipologie di assistenza che, in presenza di altre forme assistenziali volte a soddisfare le medesime esigenze, non garantiscono un uso efficiente delle risorse quanto a modalità di organizzazione ed erogazione (art. 1, comma 7, lett. C, D.lgs. n. 229 del 1999) ed è stata definita a livello nazionale, per le prestazioni di ricovero, una lista di 43 DRG considerati «ad alto rischio di inappropriatezza in regime ordinario» (Allegato 2C del DPCM del 29 novembre 2001), per i quali è possibile il trattamento dei pazienti in regimi assistenziali alternativi, a minor impiego di risorse, senza pregiudicarne la qualità o l'efficacia. Il provvedimento ha, inoltre, assegnato alle Regioni il compito di indicare una soglia di ammissibilità, ovvero la quota parte dei ricoveri riferibili a tali DRG che è possibile erogare in regime di degenza ordinaria, sulla base di rilevazioni locali.</p> <p>Il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017 ha, quindi, proceduto, alla Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, prevedendo ulteriori indicazioni in materia di appropriatezza organizzativa.</p> <p>Nell'ambito del progetto “Mattoni SSN” sono stati ampliati e approfonditi</p>
-----------------	--

	<p>molti aspetti relativi alla misurazione e incentivazione dell'uso appropriato dell'ospedale.</p> <p>Il Patto per la Salute 2010-2012, nel ribadire la necessità di perseguire l'efficienza, la qualità e l'appropriatezza dell'assistenza sanitaria, anche ai fini del raggiungimento dell'equilibrio economico, introduce un ampio <i>set</i> di indicatori, fra cui alcuni specificamente destinati al monitoraggio dell'appropriatezza organizzativa, aggiornando anche la lista di DRG ad alto rischio di inappropriata se erogati in regime di ricovero ordinario.</p> <p>Esistono due differenti approcci allo studio dell'appropriatezza: uno di tipo clinico e uno di carattere organizzativo.</p> <p>L'appropriatezza clinica prende in considerazione le indicazioni all'effettuazione di prestazioni sanitarie relative a specifici interventi o procedure diagnostiche; è la cosiddetta appropriatezza specifica, che tende a stabilire se un determinato intervento sanitario è stato eseguito con un margine sufficientemente largo tra benefici e rischi. Il percorso per la valutazione dell'appropriatezza clinica è complesso e può avvalersi di una serie di strumenti quali Linee Guida, Audit clinici, percorsi clinici formalizzati o "Clinical pathways".</p> <p>L'attività di controllo di appropriatezza verifica, quindi, l'erogazione delle prestazioni all'utente, sia in termini assistenziali che organizzativi.</p> <p>In particolare, l'attività comprende:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>controllo di appropriatezza assistenziale</i> - verifica del livello di adeguatezza e di qualità delle prestazioni erogate, comprendendo i livelli sia formali che sostanziali, nell'ottica di un miglioramento continuo; • <i>controllo di appropriatezza nella classificazione dell'utente</i> - verifica circa la corretta classificazione dell'utente, così come definite dal sistema informativo regionale per le specifiche tipologie di unità d'offerta; • <i>controllo di appropriatezza amministrativa</i> - verifica circa la corretta rendicontazione delle prestazioni erogate dalle unità di offerta sociosanitarie
DESCRIZIONE	<p>A livello regionale con il DCA n. 3/2010 sono state approvate le linee guida per l'organizzazione dei controlli delle prestazioni in regime di ricovero e delle prestazioni di medicina specialistica ambulatoriale.</p> <p>In tal senso l'attività di controllo si compone di una fase amministrativa, una fase tecnico sanitaria.</p> <p>I controlli effettuati sia l'attività di ricovero (SDO/DRG) sono effettuati sulla base di diversificate metodiche (Es. ADP- DRG per le Case di cura; APR - MAAP per gli Ospedali Pubblici e Privati; PRUO per il controllo degli Istituti Pubblici; APPRO per la valutazione dei Ricoveri in DH; Disease Staging per i ricoveri in riabilitazione;). Per quanto attiene alle prestazioni di Medicina Specialistica Ambulatoriale – A.P.G. il Controllo deve riguardare l'esame dell'appropriatezza e della congruità delle prestazioni nonché il controllo della conformità dell'applicazione dei ticket sanitari in base alla normativa nazionale vigente e alle disposizioni regionali.</p> <p>Il progetto in argomento prevede il miglioramento dei sistemi informativi anche rispetto all'innovazione tecnologica derivante dalla normativa sulla regolamentazione dei nuovi sistemi informativi sanitari che prevedono la</p>

	<p>completa digitalizzazione delle procedure afferenti l'assistenza, come nel caso dell'introduzione del CUNA rispetto alla ricetta elettronica, al Fascicolo Sanitario elettronico, nell'ottica dell'interconnessione delle base dati dei Sistemi informativi ad oggi esistenti.</p> <p>A tale scopo si intende procedere ad un complessivo efficientamento delle procedure e dei supporti hardware e software disponibili per lo sviluppo e lo svolgimento delle attività di controllo.</p> <p>Le azioni specifiche programmate afferiscono ad i seguenti ambiti:</p> <p>Definizione di un Piano strategico volto all'efficientamento del sistema di controllo regionale: entro la cornice normativa e di programmazione di riferimento si ritiene di individuare azioni specifiche tese all'individuazione di nuovi ambiti di controllo al fine di garantire il miglior funzionamento del sistema;</p> <p>Progettazione e sviluppo/acquisizione di strumenti tecnici, tra cui hardware e software, al fine di condurre le attività di controllo programmate;</p> <p>Supporto professionale specifico per le attività connesse alle azioni poste in essere.</p>
OBIETTIVI	<p>L'obiettivo del presente intervento è quello di assicurare il controllo dell'appropriatezza e della congruità delle prestazioni di assistenza sanitaria erogabili nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale sulla base della classificazione di riferimento e delle relative tariffe in vigore.</p> <p>Tale obiettivo risulta strumentale alla garanzia di formulare in maniera corretta ed efficace le azioni di programmazione sanitaria e di consentire un esame dei fabbisogni assistenziali continuamente aggiornato anche rispetto al mantenimento dell'equilibrio economico finanziario.</p>
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	12 mesi
INDICATORI	<p>100% strutture controllate;</p> <p>% di completezza dei dati disponibili all'interno delle base dati dei sistemi informativi;</p> <p>Completamento dell'interconnessione dei sistemi informativi</p>
RISULTATI ATTESI	<p>Il completamento delle azioni progettuali consentirà di assicurare la completezza dei controlli, il miglioramento della qualità di dati, l'efficientamento dei sistemi informativi, il perfezionamento delle procedure di programmazione e quindi il complessivo miglioramento delle "performance" del Sistema assistenziale regionale.</p>