



REGIONE MOLISE

DIREZIONE GENERALE PER LA SALUTE

GENERALITA'	
REGIONE PROPONENTE	REGIONE MOLISE
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	Decreto del Commissario <i>ad Acta</i> n. 13 del 29/02/2016
LINEA PROGETTUALE	1-ATTIVITÀ DI ASSISTENZA PRIMARIA
TITOLO DEL PROGETTO	Interventi mirati sull'assistenza primaria nella Regione Molise
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi
REFERENTI	Azienda Sanitaria Regionale del Molise - UNIMOL

ASPETTI FINANZIARI	
COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€. 874.870,00

INTERVENTO N. 1

Modello sperimentale di aggregazione funzionale territoriale

CONTESTO	<p>Le Regioni, ai sensi del Decreto legge 13 settembre 2012, n. 158 coordinato con la Legge di conversione 8 novembre 2012, n. 189, “<i>definiscono l'organizzazione dei servizi territoriali di assistenza primaria promuovendo l'integrazione con il sociale, anche con riferimento all'assistenza domiciliare, e i servizi ospedalieri, al fine di migliorare il livello di efficienza e di capacità di presa in carico dei cittadini, secondo modalità operative che prevedono forme organizzative monoprofessionali, denominate Aggregazioni Funzionali Territoriali, che condividono, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi, nonché forme organizzative multiprofessionali, denominate Unità Complesse di Cure Primarie, che erogano, in coerenza con la programmazione regionale, prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei medici, delle altre professionalità convenzionate con il Servizio sanitario nazionale, degli infermieri, delle professionalità ostetrica, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria. In particolare, le Regioni disciplinano le Unità Complesse di Cure Primarie privilegiando la costituzione di reti di poliambulatori territoriali dotati di strumentazione di base, aperti al pubblico per tutto l'arco della giornata, nonché nei giorni prefestivi e festivi con idonea turnazione, che operano in coordinamento e in collegamento telematico con le strutture ospedaliere”.</i></p> <p>Ai sensi del Patto per la Salute 2014-2016, tali forme organizzative, entro sei mesi dalla stipula dei nuovi ACN, e comunque non oltre la vigenza del Patto, costituiscono le uniche forme di aggregazione dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta, sostituendo le diverse tipologie di forme associative della Medicina Generale di cui all’art. 54 dell’ACN 2009. La A.S.Re.M. deve programmare la nuova organizzazione dell’assistenza primaria mediante la formulazione di un <i>Piano Aziendale di riorganizzazione delle Cure Primarie</i>, da inviare alla Regione per l’approvazione.</p> <p>Tale piano comprende obiettivi, azioni, strumenti, indicatori, risorse e tempi identificativi del percorso che l’Azienda intende sviluppare per la riorganizzazione delle cure primarie. Tale risultato andrà raggiunto nel triennio: 2015 – 2016 – 2017.</p> <p>Nel Programma Operativo Straordinario 2015-2018 della Regione Molise, è inoltre delineato l’intervento con cui si intende attivare 13 nuove Case della Salute (derivate dall’ammodernamento di poliambulatori già esistenti sul territorio), integrate con le attività specifiche delle AFT/UCCP; in particolare per quanto concerne gli ambulatori H24. È importante sottolineare come le UCCP e le AFT si coordinino con le attività assistenziali delle cure primarie, mediante PDTA e PAI specifici che la Regione, insieme ad ASReM e all’Università degli Studi del Molise – quest’ultima per il know how specifico in campo di strutturazione di</p>
----------	--

	architetture di PDTA/PAI, per le attività formative e per gli interventi in campo dell'organizzazione e management sanitario - hanno definito nel citato POS.
DESCRIZIONE	<p>Le AFT costituiscono un'articolazione del distretto socio sanitario nell'ambito delle quali operano i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta (d'ora in poi anche PLS) coordinati in team funzionali al fine di garantire una maggiore operatività. In questo modo si realizza la rete orizzontale tra medici e si pongono le condizioni per quella verticale con le altre strutture del sistema, per garantire la continuità delle cure e dell'assistenza, su tutto il territorio regionale, secondo appropriatezza.</p> <p>L'Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT) rappresenta pertanto la cornice nella quale sviluppare un nuovo modello di organizzazione delle Cure Primarie. In particolare, con le AFT si realizzano alcune fondamentali condizioni per l'integrazione professionale delle attività dei singoli MMG e PLS per il conseguimento degli obiettivi di assistenza. Nell'ambito della AFT, pertanto, sarà possibile concretizzare alcuni elementi innovativi, funzionali alla riorganizzazione territoriale e alla crescita del ruolo professionale della Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta ai sensi di quanto previsto dall'art. 26 bis dell'ACN MMG ePLS.</p> <p>Accanto allo sviluppo delle AFT si prevede l'istituzione di forme organizzative più complesse denominate Unità Complesse di Cure Primarie.</p> <p>Le UCCP non sono forme organizzative alternative alle AFT, esse sono collegate alle AFT e comprendono i medici o parte dei medici che ne fanno parte. L'UCCP si avvale di "risorse" messe a disposizione dal Distretto (es. personale infermieristico ed amministrativo, etc.) e dagli Ambiti Territoriali Sociali (es. assistente sociale e personale amministrativo).</p> <p>L'Unità Complessa di Cure Primarie (UCCP) rappresenta pertanto un'aggregazione strutturale multi professionale composta dal personale convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale insieme ad altri operatori del territorio, sanitari, sociali ed amministrativi che opera nell'ambito dell'organizzazione distrettuale, in sede unica o con una sede di riferimento.</p> <p>Le caratteristiche di questa forma organizzativa la rendono determinante nell'assetto territoriale dell'Assistenza Primaria.</p> <p>Le attività delle AFT e delle UCCP devono necessariamente essere integrate con i PDTA/PAI specifici per patologia attivati dalla regione con ASRem ed Unimol.</p> <p><u>Modalità organizzativa</u></p> <p>L'Azienda sanitaria, in accordo a quanto disposto dall'art 26-bis dell'ACN, individua le AFT in ogni distretto socio sanitario del territorio aziendale in relazione ai seguenti criteri:</p> <ul style="list-style-type: none"> · popolazione assistita di riferimento non superiore a 30.000 residenti; · numero di medici di Medicina Generale, di norma, non inferiore a 20 inclusi i titolari di incarichi a rapporto orario, organizzati in team. <p>L'estensione territoriale è variabile in base alla densità e distribuzione della popolazione. In particolare essa sarà il risultato della convergenza di due</p>

	<p>fattori:</p> <ul style="list-style-type: none"> · la limitazione all'estensione al fine di facilitarne l'accessibilità; · caratteristiche geomorfologiche del territorio. <p>Una volta identificate le AFT sulla base delle caratteristiche sopra descritte, l'Azienda individua i Medici afferenti. L'AFT è composta da medici a ciclo di fiducia e da medici a rapporto orario.</p> <p>I medici che compongono l'AFT nominano al loro interno il Medico coordinatore dell'AFT con compiti di raccordo funzionale e professionale.</p> <p>La Regione, nelle more della riorganizzazione complessiva del sistema sanitario regionale, previo accordo integrativo con i MMG e PLS, tenuto conto delle AFT che si andranno ad attivare, intende sperimentare un modello organizzativo di UCCP rurale e montano a bassa densità abitativa che andrà ad integrare l'offerta sanitaria prevista nell'ambito delle Case della Salute di prossima attivazione.</p> <p>Tale modalità organizzativa dovrà prevedere l'individuazione nei territori a bassa densità abitativa di una o più sedi di riferimento correlate alle necessità della popolazione assistita con un numero di medici di Medicina Generale non inferiore a 10, inclusi i titolari a quota oraria e numero di assistiti non inferiore a 5.000, tenuto conto della parcellizzazione dei comuni limitrofi afferenti l'UCCP.</p> <p>Per una miglior organizzazione del processo di strutturazione delle reti ed una integrazione degli eventi clinico-assistenziali con i vari servizi, si rende necessaria la collaborazione con l'Università degli Studi del Molise (Dipartimento di Medicina e di Scienze della Salute-DiMeS). Infatti le continue innovazioni tecnologiche in campo sanitario, legano molto strettamente l'ambito assistenziale in ASReM con la ricerca ed il know how clinico-assistenziale e le attività didattico-formative proprie del DiMeS. Nella programmazione delle reti AFT e UCCP sono, infatti, fondamentali due aspetti: a) nel primo occorre strutturare una stretta coordinazione tra AFT e UCCP con la rete comprendente i servizi centralizzati in ambito ospedaliero (ed anche dei centri diagnostico-assistenziali convenzionati) in particolare con i PDTA/OAI eventualmente già attivi (o attivabili in contemporanea) a livello ospedaliero e delle strutture convenzionate, per fare sì che tutti gli eventi dell'assistito gestiti secondo il modello hub&spoke vengano comunque comunicati (o meglio siano disponibili mediante integrazione) anche perifericamente alle AFT; b) nel secondo occorre formare sia i MMG sia i PLS sia gli specializzandi universitari affinché possano gestire i processi sopradescritti. Per questi aspetti l'intervento del DiMeS è rivolto essenzialmente agli aspetti formativi, e di implementazione della gestione dei servizi, sia direttamente (attività diagnostico-assistenziale), sia indirettamente per le attività di progettazione di piattaforme tecnologiche per la gestione dei servizi. Il contributo dell'Università si esplicherà, inoltre, dal punto di vista di valutazione dei risultati e del controllo di gestione (HTA) nonché per le potenziali applicazioni innovative di E-Health integrabili.</p> <p>A tal fine, sarebbe ipotizzabile, in questo contesto, una preliminare progettazione di integrazione nella gestione delle AFT e delle UCCP su di un' unica piattaforma multicanale su cui poggiano anche i PAI e PDTA specifici e ciascun servizio.</p>
--	--

	<p>L'attivazione di quanto previsto sarà possibile attraverso l'individuazione e la definizione dei seguenti elementi:</p> <p><u>Requisiti strutturali</u></p> <ul style="list-style-type: none">- individuazione del bacino di utenza;- definizione da parte della ASREM delle figure professionali da coinvolgere distinguendo tra le figure professionali dell'Azienda, il personale convenzionato e altre figure professionali degli Ambiti Territoriali. <p>Per ciascun medico coinvolto dovrà essere specificato il numero di assistiti in carico.</p> <p>Oltre ai Medici di Medicina Generale le figure professionali coinvolte saranno:</p> <ul style="list-style-type: none">· personale infermieristico, il rapporto numerico fra infermieri e medici sarà da individuare in base alle attività istituite;· personale amministrativo di segreteria per l'attività istituzionale e le attività comuni di tutti i professionisti presenti nel modello organizzativo di UCCP;· personale sociale e/o di assistenza sociosanitaria;· Pediatri di Libera Scelta;· medici specialisti per l'erogazione di servizi di medicina specialistica individuati sui bisogni dei pazienti relativi al bacino d'utenza;· una figura medica formata ed esperta sulle tematiche legate alla terapia del dolore, alla luce di quanto sancito dall'Intesa Stato Regioni del 25 luglio 2012 e dal Patto per la Salute 2014-2016;· una figura medica che verrà progressivamente formata su specifiche tematiche di riferimento per le principali patologie croniche in funzione delle linee guida dell'ASReM;· coinvolgimento di docenti universitari Unimol per le attività di formazione, di gestione e valutazione gestionale (HTA), per la strutturazione dei PDTA/PAI integrabili con le attività delle AFT;· coinvolgimento di docenti universitari Unimol, specializzandi, dottorandi e borsisti di ricerca per le attività di ricerca e sperimentazione di soluzioni innovative in campo di E-Health e HTA;· definizione delle sedi e delle relative caratteristiche (quali ad esempio in riferimento alla dimensione territoriale, alla dimensione dei locali e delle sedi, etc.). In particolare, la sede del modello organizzativo di UCCP viene collocata in una struttura idonea secondo la normativa vigente, che garantisca soprattutto la fruibilità da parte degli utenti. <p><u>Requisiti organizzativi</u></p> <p>Dovranno essere garantite le seguenti funzioni:</p> <ul style="list-style-type: none">· informazione, orientamento e relazioni con il Pubblico;· prenotazioni degli appuntamenti e gestione delle agende dei Medici di Medicina Generale/Pediatri di Libera Scelta;· effettuazione di prenotazioni per prestazioni specialistiche (CUP);· distribuzione/ritiro di moduli per richieste varie (es. invalidità, ausili, assistenza domiciliare, ecc.);· distribuzione materiale illustrativo per la preparazione all'effettuazione di
--	--

	<p>esami ed accertamenti(consegna provette, ecc.);</p> <ul style="list-style-type: none"> · punto prelievi; · attività di prevenzione ed attività educative rivolte a gruppi di assistiti (per patologie, per problemi, ecc.); · presa in carico del paziente cronico con adeguato supporto organizzativo-gestionale (es. registri di patologie, pianificazione delle visite, sostegno al follow up), secondo un approccio di medicina di iniziativa; · erogazione di prestazioni (visite domiciliari ed ambulatoriali, trattamento di piccoli problemi come suture e medicazioni, primo contatto, diagnostica e coordinamento dell'assistenza per problemi acuti, ecc.); · attività formative, attività di valutazione HTA con UNIMOL; <p><u>Modalità di accesso degli utenti.</u></p> <p>In particolare, il modello organizzativo dovrà prevedere:</p> <ul style="list-style-type: none"> · l'apertura della sede 24 ore al giorno e 7 giorni alla settimana, promuovendo il valore della copresenza dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta con i Medici di Continuità Assistenziale.. La presenza oraria di ciascun medico dovrà essere calcolata sulla base del vigente ACN e sul numero effettivo di Medici coinvolti nel progetto. · l'apertura di un ambulatorio infermieristico per attività assistenziali finalizzate a garantire il follow up dei pazienti con patologie croniche. L'orario ipotizzabile di massima è 12 ore al giorno dal lunedì al venerdì e 2 ore il sabato. · la disponibilità di un servizio infermieristico dell'ADI "territorializzato" ossia per i pazienti residenti sul territorio individuato, attivo 24h su 24h, 7gg. su 7gg. (gestito attraverso un definito numero di infermieri assegnati alla zona); · l'attivazione di consulenza specialistica, prevedendo nella sede una presenza degli Specialisti "periodica", a seconda dei bisogni evidenziati dal bacino di utenza e dei percorsi assistenziali prescelti; · un servizio per la regolamentazione degli accessi dell'utenza agli ambulatori dei MMG/PLS con conseguente organizzazione delle agende di prenotazione attraverso un servizio di segreteria interno o esterno. L'orario ipotizzabile di massima è 12 ore al giorno dal lunedì al venerdì e 2 ore il sabato. <p>Potranno essere sviluppate ulteriori funzionalità di collegamento con altri servizi e/o tra figure professionali, strutturando ad esempio:</p> <ul style="list-style-type: none"> · la gestione delle prenotazioni di esami e visite specialistiche al CUP; · la consultazione telefonica tra i Medici di Medicina Generale/Pediatri di Libera Scelta e Specialisti Ospedalieri ed Ambulatoriali Interni (consulto specialistico); · il collegamento con l'Assistenza Domiciliare Integrata distrettuale. <p>Una volta definiti i parametri strutturali e le funzioni garantite all'interno della sede, l'Azienda definisce livelli di responsabilità delle figure coinvolte.</p> <p>Nell'ambito della sede della UCCP, viene istituito un referente/coordinatore unico nominato dall'Azienda Sanitaria.</p> <p>Il Coordinatore della UCCP ha i seguenti compiti:</p>
--	---

	<ul style="list-style-type: none"> · coordina le attività cliniche della UCCP; · si rapporta per le problematiche organizzative con i Dirigenti Distrettuali e le altre strutture presenti a livello aziendale ed ospedaliero; · si rapporta con i coordinatori di AFT, con i Dirigenti Distrettuali, con i professionisti ospedalieri e specialisti ambulatoriali, con la Direzione di Distretto e con la Direzione Aziendale; · risponde del raggiungimento degli obiettivi della UCCP. <p>Nella declinazione del modello di UCCP si deve tenere in considerazione che tale forma associativa è tenuta a rispettare alcuni parametri organizzativi in riferimento alla gestione della sede e dell'ambulatorio infermieristico.</p> <p><u>Requisiti informativi/informatici</u></p> <p>In particolare, la UCCP dovrà essere dotata di strumentazione informatica collegata in rete, con i presidi ospedalieri, con i presidi distrettuali e con le strutture convenzionate della Azienda. In particolare il sistema informativo della UCCP dovrà prevedere:</p> <ul style="list-style-type: none"> · l'informatizzazione del fascicolo clinico del paziente; · la messa in rete di tutti i pc, rendendo possibile la consultazione reciproca degli archivi tra gli MMG/PLS; · il collegamento con il CUP per prenotazioni di esami e visite specialistiche; · la possibilità di ricezione dei referti laboratoristici e specialistici; · la possibilità di accesso al FSE e alla cartella di dimissione del paziente; · l'eventuale attivazione di un servizio di telemedicina; · l'eventuale collegamento al sistema aziendale per la trasmissione della Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone adulte e Anziane (SVAMA); · il collegamento con il Distretto e con il Comune per il disbrigo di pratiche amministrative. <p>Relativamente all'ambito della gestione della cronicità, il sistema informativo dovrà svolgere almeno tre funzioni importanti:</p> <ul style="list-style-type: none"> · registro dei pazienti per programmare l'assistenza al singolo e condurre un'assistenza basata sulla popolazione, coprendo attivamente tutti coloro che ne hanno bisogno; · promemoria per seguire i percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (cadenza degli accertamenti ecc.); · feedback per i Medici con la misurazione degli indicatori di qualità clinica ed organizzativa
OBIETTIVI	<p>L'obiettivo è di aumentare la capacità del territorio di intercettare con risposte tempestive ed adeguate i bisogni assistenziali dei cittadini, alleggerendo gli ospedali dai compiti meno complessi e decongestionando i Pronti Soccorso da accessi impropri attraverso il coordinamento e l'integrazione dei medici in forma strutturata, delle altre professionalità convenzionate con il Servizio sanitario nazionale, degli infermieri, delle professionalità ostetrica, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria con l'ausilio di strumenti quali l'adozione di percorsi assistenziali, linee guida, audit e strumenti analoghi.</p> <p>E' inoltre obiettivo fondamentale l'attività di formazione per gli operatori sanitari tutti, assieme alle attività di valutazione (HTA) e la sperimentazione</p>

	di nuovi modelli assistenziali in cui AFT/UCCP seguono e sono in stretta coordinazione con PDTA/PAI ospedale-territorio.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	12 mesi
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	<ul style="list-style-type: none"> - numero di MMG e PLS coinvolti - numero di AFT attivate - numero di UCCP - totale popolazione assistita - numero di PDTA attivati -attività di HTA -numero e tipo di eventi formativi <p>L'Azienda individua gli strumenti specifici e la reportistica di dettaglio così come di seguito elencati:</p> <ul style="list-style-type: none"> · il governo della domanda; · l'efficienza; · l'appropriatezza delle prestazioni mediche e chirurgiche; · la qualità clinica; · l'efficacia assistenziale delle patologie croniche; · l'efficienza prescrittiva farmaceutica.
RISULTATI ATTESI	<p>La riduzione degli accessi inappropriati al Pronto Soccorso, comporterà una riduzione dei costi di ospedalizzazione comportando una maggiore appropriatezza clinica garantita dal nuovo modello di riorganizzazione della rete territoriale attraverso:</p> <ul style="list-style-type: none"> · adeguata formazione del personale sanitario; · adeguata disponibilità di risorse infermieristiche; · educazione del paziente alla gestione attiva della propria salute; · predisposizione di accertamenti periodici, assicurando il follow up attivo dei pazienti; · ottimizzazione dei percorsi e sviluppo di linee guida; · valutazione dei percorsi PDTA e monitoraggio HTA delle attività delle AFT/UCCP

PROSPETTO ECONOMICO DELL'INTERVENTO N. 1

DESCRIZIONE	TOTALE (IN EURO)
<i>UNIMOL</i>	
<u>PERSONALE</u>	
Personale a contratto	130.000,00
<u>FORMAZIONE PERSONALE</u>	
Formazione personale	55.000,00
<u>MATERIALI DI CONSUMO</u>	
Apparecchiature e materiale vario	15.000,00
<i>TOTALE UNIMOL</i>	<i>200.000,00</i>
<i>ASREM</i>	
<u>PERSONALE</u>	
Personale a contratto	100.000,00
<u>FORMAZIONE PERSONALE</u>	
Formazione personale	10.000,00
<u>MATERIALI DI CONSUMO</u>	
Apparecchiature e materiale vario	100.000,00
<u>ALTRO</u>	
Spese di gestione	6.000,00
<i>TOTALE ASREM</i>	<i>216.000,00</i>
<u>TOTALE UNIMOL + ASREM</u>	<u>416.000,00</u>

INTERVENTO N. 2

Dalla Diagnosi alla Terapia Mirata: Uso delle Cellule Staminali Tumorali per Determinare la Sensibilità/Resistenza alla Chemioterapia del Ca colon retto

CONTESTO	<p>L'obiettivo è quello di istituire, parallelamente alla medicina di iniziativa di diagnosi precoce basata sugli screening, un protocollo di medicina di iniziativa in fase di terapia e follow up basato su metodiche innovative, in continuità con il progetto attivato con gli obiettivi di carattere prioritario dell'anno 2014 qui di seguito brevemente descritto.</p> <p>Il progetto intende migliorare l'assistenza ai pazienti oncologici affetti da Carcinoma del colon retto, attraverso il potenziamento della medicina di iniziativa, organizzando un percorso di controllo programmato e verifica (follow up e reminding) dopo analisi accurata ed innovativa del tipo tumorale, che agevoli il processo di cura e migliori l'efficienza delle terapie farmacologiche.</p> <p>Il progetto è incentrato sulla caratterizzazione molecolare del tumore, identificando le cellule staminali tumorali, provvedendo alla loro istofenotipizzazione, verificandone la sensibilità ai farmaci e stabilendo un follow up terapeutico personalizzato e quindi più favorevole, anche in caso di recidiva.</p> <p>Le cellule staminali tumorali sono considerate le cellule iniziatrici della patologia tumorale e di metastatizzazione, e sono isolabili da campioni di tessuto tumorale di Ca del Colon-retto.</p> <p>Le cellule staminali sono state identificate come cellule indifferenziate e totipotenti in grado di dividersi infinitamente, generando ad ogni divisione una cellula figlia identica alla cellula madre ed un'altra non più totipotente, ma in grado di differenziarsi solo verso i tipi di cellule del tessuto di origine (Jordan et al., 2006). Le cellule staminali identificate a livello embrionale possono generare tutti i tipi cellulari di tutti i tessuti. Nell'adulto le cellule staminali vengono classificate come "pluripotenti" e definite "SOMATIC STEM CELLS" in grado cioè di differenziare nei diversi tipi cellulari del compartimento tissutale di origine. Le cellule staminali nell'adulto sono generalmente coinvolte nella rigenerazione cellulare durante la senescenza garantendo l'omeostasi tissutale.</p> <p>CELLULE STAMINALI TUMORALI</p> <p>In diversi tipi di tumori (sia del sangue sia in tumori solidi) sono state identificate due distinte popolazioni cellulari: una popolazione che viene normalmente definita TUMOR NON-INITIATING CELL che costituisce la così detta massa tumorale, ed una seconda limitata popolazione di cellule definita TUMOR INITIATING CELLS che corrisponde proprio a cellule staminali tumorali. Da tale scoperta si è sviluppata una nuova teoria secondo la quale il tumore nasce e si sviluppa proprio a partire da cellule staminali tumorali che hanno perso il controllo delle proprie capacità replicative.</p> <p>Le cellule staminali tumorali, così come le staminali normali, hanno prolungata emivita ma duplicazione lenta, capacità di autorinnovamento e di differenziare, in risposta a stimoli specifici, in una popolazione eterogenea</p>
----------	---

	<p>comprendente i diversi fenotipi cellulari presenti nel tumore.</p> <p>Dal punto di vista biochimico le cellule staminali tumorali esprimono gli stessi marcatori identificati e caratterizzati per le cellule staminali normali, tanto che è stato ipotizzato che possano originare, in seguito di mutazioni genetiche e/o epigenetiche, direttamente dalle cellule staminali normali (Soltysova et al., 2005) (FIG.1).</p> <p>Allo stesso tempo, sono anche state prodotte evidenze che sostengono l'ipotesi che i tumori possano originare da progenitori trasformati o da cellule differenziate che riacquistano caratteristiche di staminalità (dedifferenziamento) in seguito all'attivazione di segnali intracellulari aberranti o a mutazioni (Kondo et al., 2004). In ogni caso, la teoria proposta dalla scoperta delle cellule staminali tumorali, propone che la tumorigenesi possa essere considerata una vera e propria patologia delle cellule staminali.</p>
--	--

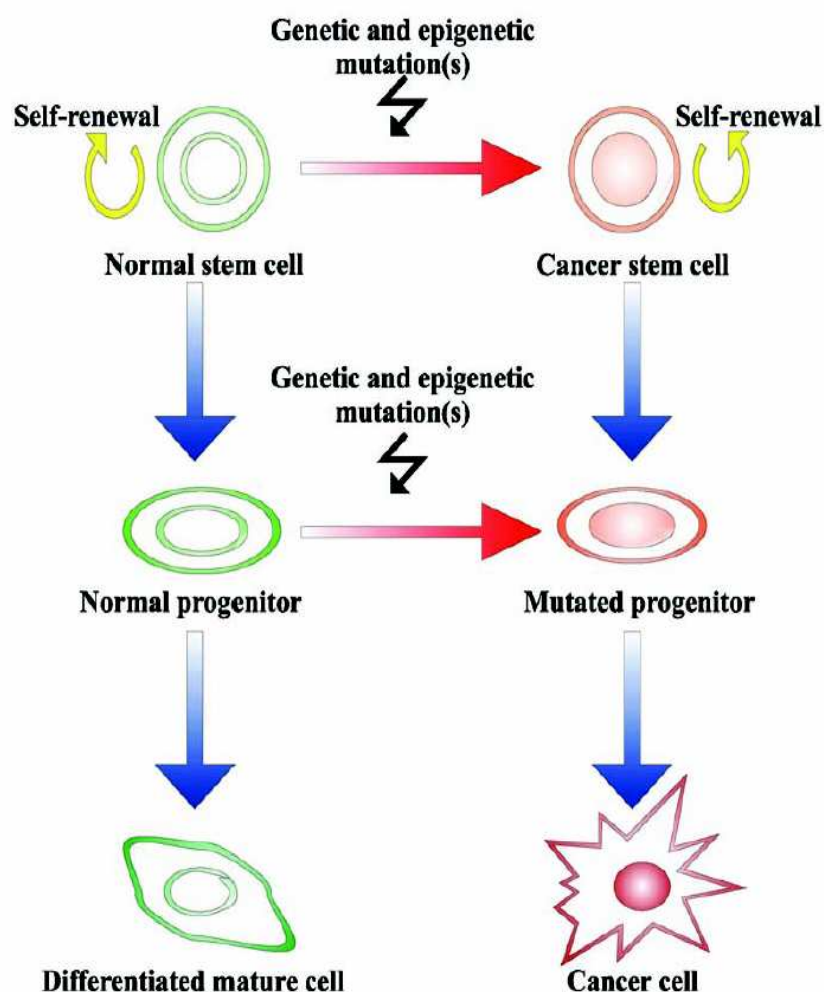


Fig. 1 - Schematic model of normal stem cell differentiation and cancer stem cells origin.

During normal tissue development, stem cells maintain normal homeostasis by self-renewing and differentiating into committed progenitors which in turn differentiate into mature cells of multiple lineages.

Numerous factors, including genetic and epigenetic mutations and microenvironmental alterations, may trigger the initial steps of cancer formation and progression. An oncogenic event or multiple oncogenic mutations may alter the self-renewal and differentiation of stem cells and/or progenitors and lead to the neoplastic transformation of each of these two cell populations. Cancer stem cells retain uncontrolled self-renewal ability and originate aberrant differentiated cancer cells.

Diversi geni e pathways intracellulari coinvolti nella proliferazione delle cellule staminali normali sono noti per essere deregolati nei tumori, quali ad esempio, diversi segnali intracellulari attivati da fattori di crescita e mediati da recettori di superficie o fattori di trascrizione (VEGF, EGF, FGF, PDGF, IGF, BMPs, Notch1-5, Wnt, Sox2, ecc.). Tali segnali coordinano e controllano le funzioni delle cellule staminali nei processi di sviluppo, di auto rinnovamento

	<p>e di proliferazione, perciò la loro de-regolazione potrebbe essere coinvolta nei processi di formazione delle staminali tumorali e dello sviluppo tumorale.</p> <p>La scoperta delle cellule staminali tumorali ha stimolato lo studio e lo sviluppo di nuove strategie terapeutiche, ad esempio in grado di bloccare il processo di autorinnovamento (self-renewal), o di “forzare” le cellule staminali tumorali verso il differenziamento. Infatti dati recenti di letteratura (Piccirillo e coll. 2006) hanno dimostrato come un fattore neuronale solubile (Bone Morphogenetic Protein), che normalmente favorisce il differenziamento dei precursori neuronali in astrociti, è in grado di promuovere il differenziamento delle cellule staminali tumorali CD133+, riducendo quindi la capacità di queste cellule a formare tumore.</p> <p>Altro possibile target terapeutico potrebbero essere fattori in grado di interferire con il microambiente all'interno delle strutture in cui le cellule staminali tumorali si sviluppano.</p> <p>Risulta evidente che, secondo la teoria delle cellule staminali tumorali, una terapia antitumorale efficace deve comunque eliminare questa popolazione dalla massa tumorale e che se questo non accade il tumore recidiverà. Va comunque notato come le cellule staminali tumorali non rappresentino un bersaglio facile per i classici approcci terapeutici antitumorali essendo queste cellule poco rappresentate nella massa tumorale, relativamente quiescenti (la maggior parte dei chemioterapici sono stati studiati per colpire cellule in rapida proliferazione) e soprattutto, al pari delle cellule staminali normali, sono dotate di sistemi di riparazione del DNA e di estrusione dei farmaci (geni MDR) estremamente efficienti. Un'ulteriore complicazione nello sviluppo di nuovi farmaci antitumorali efficaci sulle cellule staminali tumorali è rappresentato dal fatto che l'azione di queste molecole deve essere diretta contro le staminali tumorali senza andare ad interferire con la normale sopravvivenza delle cellule staminali normali.</p> <p>Il carcinoma del colon-retto (CRC) è il tumore maligno più frequente originato nel colon, nel retto e nell'appendice. Con 610.000 morti all'anno nel mondo, è la terza forma più comune di cancro. Il trattamento per i casi di tumore colon rettale può includere una combinazione di chirurgia, radioterapia, chemioterapia e terapia mirata. I tumori che sono confinati all'interno della parete del colon possono essere curabili con un intervento chirurgico, mentre se si è diffuso solitamente non è curabile e quindi si sceglie perseguire un tentativo di miglioramento della qualità della vita e dei sintomi. Negli Stati Uniti i tassi di sopravvivenza a 5 anni sono di circa il 65%. Ciò, tuttavia, dipende dalla stadiazione del tumore e dalla salute generale della persona. A livello mondiale, il tumore del colon-retto è il terzo tipo più comune di tumore e costituisce circa il 10% di tutti i casi neoplastici.</p>
DESCRIZIONE	<p>L'Unità Operativa Complessa di Chirurgia dell'Ospedale Cardarelli isolerà campioni tissutali di Ca colon rettale da pazienti sottoposti a rimozione chirurgica ed, utilizzando appositi sistemi di mantenimento (mezzi per colture), verranno trasportati al laboratorio per l'isolamento delle staminali tumorali in collaborazione con il Dipartimento di Medicina dell'Università del Molise. Le competenze del DiMeS riguardano quindi il know how in colture staminali, le competenze istologiche, morfologiche ed istochimiche e le competenze laboratoristiche. Infatti i campioni tumorali provenienti da</p>

	<p>pazienti sottoposti ad intervento chirurgico per l'asportazione della massa tumorale (o da biopsie quando disponibili) sono opportunamente trattati in modo da selezionare la popolazione di cellule staminali tumorali di ciascun paziente. Dopo aver selezionato le cellule staminali tumorali, in una prima fase le caratterizzeremo mediante l'utilizzo di marker specifici (CD34⁺, CD44⁺, CD117⁺, CD133⁺, ALDH⁺).</p> <p>Quindi si valuta l'effetto del trattamento con i farmaci indicati in terapia e con altre molecole sia in utilizzo clinico sia innovative o non commercializzate (su indicazione del clinico ASREM) su diversi parametri, tra cui:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) <u>proliferazione</u> dei cloni staminali (mediante test di incorporazione di Bromodeossiridina-BrdU-); 2) <u>sopravvivenza</u> dei cloni (saggio MTT); 3) <u>apoptosi</u> (colorazione bis-benzimide, ELISA per oligonucleosomi); 4) <u>self-renewal</u> (esperimenti di sferogenesi dopo limiting dilution) ; 5) <u>differenziamento</u> (studio di espressione di marcatori di staminalità quali CD34⁺, CD44⁺, CD117⁺ o di differenziamento come Oct-4⁺, mediante immunocitofluorescenza, immunocitofluorimetria, RealTime PCR); 6) identificare possibili nuovi marcatori per la diagnosi; 7) identificare nuovi target e farmaci per la terapia mirata; 8) le indicazioni di sensibilità/resistenza verranno poi indirizzate al clinico per le decisioni terapeutiche opportune. <p>I cloni ottenuti sono poi analizzati sia per caratterizzare gli effetti di molecole e farmaci (classici o innovativi) sulla proliferazione, il self-renewal e la sopravvivenza di cellule staminali tumorali di carcinoma ovarico/polmonare, sia per studiare le vie intracellulari attivate dai trattamenti farmacologici stessi.</p> <p>Il profilo di risposta/resistenza ai farmaci sulla popolazione staminale tumorale potrà dare indicazioni al clinico per aggiustamenti terapeutici opportuni.</p>
OBIETTIVI	<p>L'obiettivo è quello di consolidare il programma assistenziale iniziato nella progettazione degli Obiettivi 2014, istituendo, parallelamente alla medicina di iniziativa di diagnosi precoce basata sugli screening, un protocollo di medicina di iniziativa in fase di terapia e follow up basato su metodiche innovative.</p> <p>Dopo la fase diagnostica eseguita mediante tecniche convenzionali e la valutazione clinica, i pazienti vengono stratificati in base alle classificazioni internazionali e stadiati opportunamente. I campioni tumorali provenienti da pazienti sottoposti ad intervento chirurgico per l'asportazione della massa tumorale (o da biopsie quando disponibili) vengono opportunamente trattati in modo da selezionare la popolazione di cellule staminali tumorali di ciascun paziente. I cloni ottenuti sono poi analizzati sia per caratterizzare gli effetti di molecole e farmaci (classici o innovativi) sulla proliferazione, il self-renewal e la sopravvivenza di cellule staminali tumorali di carcinoma ovarico/polmonare, sia per studiare le vie intracellulari attivate dai trattamenti farmacologici stessi.</p> <p>Il profilo di risposta/resistenza ai farmaci sulla popolazione staminale tumorale potrà dare indicazioni al clinico per aggiustamenti terapeutici opportuni per passare quindi ad una fase attiva della gestione della terapia.</p>

INDICATORI (di struttura, processo, risultato)	Indicatori: 1-numerosità campioni, 2- numero di tessuti tumorali prelevati e di colture staminali ottenute, 3-mappatura sulla sensibilità ai farmaci per singolo clone/paziente,
RISULTATI ATTESI	Si attendono i seguenti risultati: 1: isolamento e caratterizzazione di cellule staminali tumorali da tessuti di Ca colon-retto. 2-dati comparativi e fingerprinting di ciascun clone/paziente 3-nuovi dati sulla risposta ai farmaci per ciascun clone/paziente con possibile mappatura della risposta nel trattamento di eventuali recidive. 4- test per sensibilità a nuovi farmaci/molecole sperimentali

PROSPETTO ECONOMICO DELL'INTERVENTO N. 2

DESCRIZIONE	TOTALE (IN EURO)
<i>UNIMOL</i>	
<u>PERSONALE</u>	
Personale a contratto	84.000,00
<u>MATERIALI DI CONSUMO</u>	
Apparecchiature e materiale vario di consumo	66.000,00
<u>ALTRO</u>	
Spese per attività di formazione e divulgazione	16.000,00
<i>TOTALE UNIMOL</i>	<i>166.000,00</i>
<i>ASREM</i>	
<u>PERSONALE</u>	
Personale a contratto	40.000,00
<u>ALTRO</u>	
Spese di gestione	3.200,00
Spese per attività di formazione, informazione, divulgazione	4.000,00
<i>TOTALE ASREM</i>	<i>47.200,00</i>
<u>TOTALE UNIMOL + ASREM</u>	<u>213.200,00</u>

INTERVENTO N. 3

Sviluppo di un modello di continuità assistenziale per i pazienti con malattie neurologiche ad interessamento neuromuscolare con particolare riferimento alla SLA e le loro famiglie

CONTESTO	<p>Dimensione del problema</p> <p>L' incidenza della SLA è di circa 1,5-2 casi ogni 100.000 abitanti, con una prevalenza di 6-8 casi ogni 100.000 abitanti. Nella Regione Molise si stima siano circa 20 i casi di persone affette da questa patologia.</p> <p>Le criticità maggiormente rilevabili sono:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Generale impreparazione delle strutture ospedaliere ed inadeguatezza dell'organico; 2) Mancanza di collegamenti organizzativi e continuativi tra ospedale e territorio; 3) Carenza e difformità delle procedure di rientro a domicilio; 4) Inesistenza di strutture idonee all'ospitalità di pazienti non assistibili a domicilio; 5) Inadeguatezza delle strutture territoriali; 6) Assenza di un referente medico territoriale; 7) Difficoltà nell'integrazione sociosanitaria dell'assistenza; 8) Assenza di procedure che garantiscano il trasporto da domicilio all'ospedale e viceversa; 9) Assenza di procedure per la gestione dell'urgenza. <p>Nelle strutture ospedaliere pubbliche regionali non è ancora stato attivato un centro di riferimento per la diagnosi e la presa in carico dei pazienti affetti da tale patologia E' necessario attivare un censimento, a partire da dati preesistenti e/o attraverso i contatti con le Associazioni che si occupano dei malati SLA, del numero di casi presenti in atto nel territorio regionale.</p>
DESCRIZIONE	<p>Il programma è in completa continuità con il medesimo progetto finanziato sui fondi degli Obiettivi 2014, e ne rappresenta quindi il consolidamento in fase attuativa.</p> <p>La necessità di presa in carico globale a carico del sistema sanitario regionale, attraverso l'istituzione di una rete assistenziale specifica per i malati di SLA, patologia in progressivo peggioramento con contestuale perdita dell'autonomia e conservata integrità del sistema cognitivo, si basa appunto sulla considerazione che per questa malattia inguaribile, ma non incurabile, è necessario un servizio di assistenza multidisciplinare, da effettuarsi soprattutto al domicilio del malato, gestendo la continuità assistenziale ospedale-territorio.</p> <p>E' importante sottolineare che nella stragrande maggioranza dei casi le capacità cognitive del paziente SLA rimangono inalterate fino alle estreme fasi della malattia, per cui è necessario attivare un approccio multidisciplinare di cure palliative, rivolte al trattamento sia dei sintomi fisici che delle problematiche psico-sociali ed esistenziali di questi pazienti e dei loro familiari.</p> <p>La gestione globale del paziente è dunque da intendersi come un processo di continuità assistenziale, finalizzato a seguire il paziente in tutte le fasi di sviluppo della malattia, con un percorso che</p>

	<p>possiamo schematizzare in 3 fasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Fase delle cure primarie (estensive): processi assistenziali caratterizzati da bassi livelli di intensità e da livelli di complessità assistenziale variabile in relazione all'eventuale presenza di comorbidità; 2) Fase delle cure intermedie (sub-intensive): processi assistenziali a medio livello di intensità ed, in genere, ad elevato livello di complessità assistenziale; 3) Fase delle cure secondarie (intensive): processi assistenziali ad alto livello di intensità e complessità assistenziale, per i quali si impone il ricovero in ambiente ospedaliero. <p>La terza fase è di competenza ospedaliera (Centro di Riferimento Regionale e i Presidi Ospedalieri Regionali). Le prime due fasi sono tipicamente collocate nel livello di assistenza socio sanitaria territoriale e possono essere catalogate in progetti individuali di assistenza (domiciliare e residenziale) durante i quali è necessario realizzare livelli di integrazione degli interventi sanitari e socio assistenziali basandosi sulla dimensione dei bisogni di assistenza dei malati e non solo sulle offerte di salute esistenti, tenendo ben presente la progressiva e totale perdita dell'autosufficienza e la necessità di supporto e sostegno della comunicazione nonché delle funzioni vitali.</p> <p>Diventa inoltre importante preservare il più possibile l'autonomia, in particolare la comunicazione con il mondo esterno, anche in presenza di un gravissimo deterioramento del quadro motorio, attraverso interventi di sostegno e ausili di comunicazione che si avvalgono di strumenti informatici, che consentono di personalizzare le varie applicazioni a seconda delle capacità residue del paziente.</p> <p>Il presente progetto in continuità con gli obiettivi di carattere prioritario anno 2014 è finalizzato alla sperimentazione di un modello basato sulla presa in carico domiciliare messa in atto da parte dell'equipe multidisciplinare di riferimento, professionalità specificamente formate che operino in stretta collaborazione con il medico di famiglia e tutte le altre figure e strutture assistenziali esistenti sul territorio. Il progetto realizzerà un percorso di presa in carico territoriale dei malati di SLA e delle loro famiglie destinato al miglioramento della qualità dell'assistenza socio sanitaria e, quindi, della qualità della vita dei pazienti affetti da SLA, a sostegno della domiciliarità.</p> <p>Il terzo settore, generalmente rappresentato dalle associazioni dei pazienti, costituisce, insieme alla famiglia e al caregiver la cosiddetta "parte informale" della rete, in grado di fornire spesso un'adeguata e appropriata collaborazione. Nel complesso, questo modello ha il vantaggio di cercare di utilizzare quanto viene offerto a livello territoriale, non sovrapponendosi ad esso, ma integrandone le carenze sia in termini di informazione ed educazione, sia dal punto di vista dei servizi (esempio: fisioterapia domiciliare, servizi di dietologia e logopedia di pertinenza del distretto di residenza del</p>
--	--

	<p>paziente, servizi di rianimazione e pneumologia) determinando una sensibile riduzione del numero di ricoveri ospedalieri inappropriati.</p> <p>METODOLOGIA</p> <p>Per dare attuazione a questo obiettivo è importanti la formazione di tutti i soggetti interessati e l'attivazione di una procedura atta ad uniformare ed a rendere attivabile il necessario percorso di assistenza.</p> <p>Sarà necessario individuare il team multidisciplinare (neurologo, fisiatra, pneumologo, ai quali si associano lo psicologo, i terapisti motori, respiratori e terapisti occupazionali ecc.).</p> <p>Il progetto di lavoro del gruppo multidisciplinare prevede di:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) determinare i bisogni assistenziali del paziente, attraverso la valutazione multidisciplinare della persona con SLA che include un programma per la mobilitazione attiva e passiva, per monitoraggio e intervento nutrizionale, monitoraggio della funzione respiratoria, della ventilazione non invasiva e della ventilazione invasiva, monitoraggio della funzione fonatoria; precoce supporto alla comunicazione, valutazione delle condizioni psico-sociali del paziente e della sua famiglia al fine di attivare un adeguato percorso per il supporto psicologico ed educativo, al fine di offrire una presa in carico globale; 2) individuare una strumentazione che sarà a disposizione dell'equipe (quale ad. es: saturimetro portatile con possibilità di registrazione, emogasanalizzatore portatile, spirometro, ecc); 3) collaborare con le Associazioni dei pazienti; 4) utilizzare le attrezzature e interventi tecnici e domotici che consentano di preservare il più a lungo possibile l'autonomia; 5) utilizzare i comunicatori adatti ai singoli casi, che necessitano di una preventiva sperimentazione; 6) avvalersi della cartella informatica regionale; 7) prevedere incontri sistematici tra i rappresentanti della varie categorie professionali coinvolte. <p>Per l'attuazione del presente progetto si ritiene necessaria l'individuazione di una figura professionale, definita <i>case manager</i>, che, dopo adeguata formazione, basandosi sulla conoscenza diretta delle problematiche specifiche del paziente e della famiglia, sia in grado di aiutare ed attivare le risorse sociali, sanitarie ed assistenziali presenti sul territorio e rappresenti l'interfaccia ideale fra i pazienti e l'equipe interdisciplinare.</p> <p>Il <i>case manager</i> si occuperà quindi di:</p> <ul style="list-style-type: none"> • coordinare le attività dei nodi della Rete successivi alla diagnosi SLA accertata dall'Unità di Neurologia di riferimento • garantire l'offerta assistenziale prevista • interagire col Distretto Socio Sanitario di appartenenza del paziente per fornire ogni informazione utile ai fini dell'assistenza • avvalersi della collaborazione dei coordinatori ADI e/o dei referenti delle cure infermieristiche. <p>Il progetto dovrà portare alla definizione di un atto di indirizzo</p>
--	--

	<p>regionale contenente le modalità di presa in carico a livello domiciliare dei pazienti affetti da SLA e di metodologie per il monitoraggio degli stessi.</p> <p>Fortemente richiesta dalle persone con disabilità, tra i quali i pazienti affetti da SLA, è la creazione di un Centro Ausili Aziendale - struttura fondamentale per favorire l'autonomia e l'autosufficienza delle persone disabili attraverso la personalizzazione degli ausili quali carrozzine e sistemi per la comunicazione computerizzati.</p> <p>Con questi obiettivi sarà costituito il Centro Ausili Aziendale della ASREM , un polo di riferimento regionale per le attività di informazione, consulenza e supporto finalizzate a indirizzare utenti, operatori e servizi verso la migliore conoscenza, scelta e utilizzo delle soluzioni tecniche e tecnologiche necessarie a migliorare la qualità della vita delle persone con disabilità.</p> <p>Il Centro Ausili, sarà realizzato grazie alle professionalità presenti in Azienda ed operanti nel campo della Riabilitazione.</p> <p>Il Centro Ausili Aziendale si articolerà in due sedi operative in modo da assicurare con efficacia ed efficienza la copertura di tutto il territorio aziendale . Le strutture, completamente accessibili, sono dotate di spazi adeguati per la valutazione dei pazienti, per le prove degli ausili, le attività istituzionali del personale e il relativo addestramento e per il parco ausili.</p> <p>Le attività saranno finalizzate ad offrire risposte ai bisogni di mobilità, autonomia e vita indipendente, cura della persona e assistenza, accessibilità e adattamento degli spazi di vita e lavoro, comunicazione, apprendimento e interazione con l'ambiente, controllo ambientale e domotica, inserimento scolastico, sociale e lavorativo, integrazione ed inclusione sociale.</p> <p>Negli spazi aziendali appositamente individuati opereranno équipes multidisciplinari formate da personale sanitario specializzato nel settore degli ausili, come fisioterapisti, terapisti occupazionali, logopedisti, fisiatri, medici specialisti ed altre figure rilevanti non sanitarie come assistenti sociali, un ingegnere e un tecnico informatico.</p> <p>Per meglio far fronte alla necessità di attivare un efficace ed efficiente percorso di assistenza attraverso l'individuazione del team disciplinare, del case manager e creazione di un Centro Ausili Aziendale, come descritti, è prevista l'integrazione con le attività diagnostiche-terapeutiche-assistenziali e di ricerca del Dipartimento di Medicina e di Scienze della Salute (DiMeS) in campo neurologico. In particolare le attività del Centro Ausili ASReM saranno integrate con le attività assistenziali e di ricerca del DiMeS, specifiche in campo neurologico, sfruttando, a tal fine, la capacità</p>
--	---

	dell'Università di sperimentare soluzioni diagnostiche-terapeutiche ed assistenziali innovative in stretta coordinazione con ASReM e le associazioni dei pazienti. Il DiMeS, pertanto, collaborerà attivamente a tutte le fasi dell'intervento.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	<p>ARTICOLAZIONI DELLE ATTIVITÀ E PROGAMMAZIONE TEMPORALE DELLE STESSE</p> <p>Il progetto è in continuità con le attività degli Obiettivi 2014:</p> <p>a) organizzazione del database di pazienti che afferiscono al centro esperto ospedaliero e/o risiedono nel territorio;</p> <p>b) identificazione dell'equipe interdisciplinare ospedale/servizi socio-sanitari del territorio e del suo responsabile;</p> <p>c) programmazione dei percorsi clinici e di assistenza domiciliare socio-sanitaria integrata;</p> <p>d) programmazione della formazione specifica per il personale sanitario, socio sanitario e sociale;</p> <p>e) programmazione dell'attività di formazione, supporto e addestramento delle persone affette da SLA, dei caregiver, dei familiari e dei volontari.</p> <p>f) monitoraggio dei pazienti.</p> <p>g) definizione dell'atto di indirizzo regionale sulle modalità di presa in carico a domicilio (approvazione da parte della struttura commissariale)</p>
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	<p>INDICATORI DI EFFICACIA/EFFICIENZA DEL PROCESSO.</p> <p>1. Numero totale casi SLA per semestre</p> <p>2. Numero pazienti in:</p> <p> i. Fase delle cure primarie (estensive);</p> <p> ii. Fase delle cure intermedie (sub-intensive);</p> <p> iii. Fase delle cure secondarie (intensive);</p> <p>3. Numero valutazioni multiprofessionali</p> <p>4. Percorso informativo famiglia-mmng-struttura di diagnosi, prova documentale</p> <p>5. Numero follow-up clinici per semestre</p> <p>6. Percorsi di collaborazioni con le associazioni, prove documentali</p> <p>7. Aggiornamento e predisposizione protocolli, prove documentali</p> <p>8. numero di consulenze attivate per fornitura ausili</p>
RISULTATI ATTESI	<p>RISULTATI ATTESI</p> <p>Realizzazione di un percorso di continuità assistenziale per il paziente e per la sua famiglia in stretta collaborazione tra ospedale e servizi socio sanitari del territorio con il miglioramento della qualità (in termini di efficacia e di sicurezza) dei processi assistenziali e con una riduzione dei costi dell'assistenza.</p>

PROSPETTO ECONOMICO DELL'INTERVENTO N. 3

DESCRIZIONE	TOTALE (IN EURO)
<i>UNIMOL</i>	
<u>PERSONALE</u>	
Personale a contratto	65.000,00
<u>MATERIALI DI CONSUMO E ATTREZZATURE</u>	
Materiali di consumi e attrezzature	40.000,00
<i>TOTALE UNIMOL</i>	<i>105.000,00</i>
<i>ASREM</i>	
<u>PERSONALE</u>	
Personale a contratto (fisioterapisti, logopedisti, fisiatra, ingegnere, tecnico ortopedico, tecnico informatico) e personale infermieristico	135.000,00
<u>ALTRO</u>	
Spese di gestione	5.670,00
<i>TOTALE ASREM</i>	<i>140.670,00</i>
<u>TOTALE UNIMOL + ASREM</u>	<u>245.670,00</u>



REGIONE MOLISE

DIREZIONE GENERALE PER LA SALUTE

GENERALITÀ

REGIONE PROPONENTE	REGIONE MOLISE
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	Decreto del Commissario <i>ad Acta</i> n.13 del 29/02/2016
LINEA PROGETTUALE	N. 2 - Sviluppo dei processi di umanizzazione all'interno dei percorsi assistenziali/ in base alla 126/CSR del 30 luglio 2015.
TITOLO DEL PROGETTO	Costituzione di un modello regionale di Umanizzazione basato sulla valutazione, sulla formazione e su interventi specifici in ambito sanitario
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi
REFERENTE/ENTE ATTUATORE	Regione - Direzione Generale per la Salute

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 269.922,00
--------------------------------	--------------

IL PROGETTO

CONTESTO	<p>La Regione Molise sta operando una profonda riorganizzazione della rete dei servizi sanitari regionali che avrà effetti direttamente sulle politiche sanitarie e sul rapporto con i cittadini/utenti, riorganizzazione associata ad una revisione della rete ospedaliera basata sull'architettura <i>Hub & Spoke</i>. In questo modello il ruolo di ogni ospedale è ideato sulla base di criteri di accessibilità e di bacino demografico, di complessità delle specialità, di livelli di sicurezza per i pazienti/utenti e di volumi di attività adeguati ad accrescere ed a mantenere le competenze dei singoli professionisti.</p> <p>Per supportare questa riorganizzazione e per garantire l'efficientamento della rete sanitaria, la Regione Molise considera come presupposti sostanziali per incrementare i valori di efficacia delle cure e di equità nell'uso delle risorse, la partecipazione ed il coinvolgimento dei cittadini, dei pazienti e degli stessi operatori come determinanti utili e necessari per garantire il diritto alla salute di tutti i molisani.</p> <p>Umanizzazione è appunto la <i>“capacità di rendere i luoghi di cura e le pratiche medico assistenziali aperti, sicuri e senza dolore, conciliando politiche di accoglienza, informazione e comfort con percorsi assistenziali il più possibile condivisi e partecipati con il cittadino”</i>.</p> <p>L'obiettivo dichiarato è, quindi, quello di migliorare i servizi regionali incardinandoli nell'ottica della Patient Centred Care, legittimando la</p>
----------	--

¹ Definizione del Ministero della Salute

	<p>centralità della persona prima ancora che del paziente/utente. Umanizzare l'assistenza organizzandola attorno ai bisogni della persona e orientandola alla trasparenza, alla semplificazione delle procedure, alla facilità e all'equità di accesso alle prestazioni ed al rispetto delle diversità culturali. Tutto ciò sarà possibile con l'ausilio di una struttura precisa e attraverso strumenti tecnologici che consentiranno di poter analizzare periodicamente e con bassi margini d'errore i flussi informativi sulla percezione dell'efficienza alimentati direttamente dall'utenza stessa.</p> <p>La presente proposta progettuale fa, inoltre, leva sulle specifiche introdotte in tema di umanizzazione delle cure nell'articolo 4 del recente Patto per la Salute 2014-2016 del Ministero della Salute e sulla precedente sommaria esperienza (solo due strutture ospedaliere valutate) avuta dalla Regione stessa nel progetto Ricerca Corrente svolto con la collaborazione dell'<i>Agenzia nazionale per i servizi regionali</i> (AGENAS).</p> <p>Da questi è scaturito il vigente <i>Documento programmatico in tema di umanizzazione delle strutture ospedaliere della Regione Molise 2015-2018</i> (Determina del Direttore Generale per la Salute n.123 del 02/07/2015) che, unitamente a questo progetto, ha il compito di accelerare il superamento di alcune criticità in merito all'umanizzazione dei servizi sanitari regionali.</p> <p>Questa idea progettuale, anche in considerazione del D.Lgs. n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, con particolare riferimento all'articolo 14, in cui viene stabilito che le Regioni debbano procedere, ai fini della programmazione regionale, alla verifica "<i>dello stato d'attuazione dei diritti dei cittadini</i>", sarà importante anche per cercare di capire meglio quali sono le domande assistenziali degli utenti e dei loro familiari. Nel contesto molisano, caratterizzato dalla presenza di ospedali pubblici, privati accreditati e strutture territoriali che tra loro hanno diversi gradi di standardizzazione delle procedure d'umanizzazione, è necessario promuovere corsi di formazione collettivi e specifici per gli operatori (soprattutto quelli a più diretto contatto con l'utenza) così da renderli "sentinelle" del grado di umanizzazione percepito. Riorganizzare quindi strutture e servizi, garantendo una nuova base di conoscenze e competenze per rispondere ai bisogni dei pazienti/utenti nel totale rispetto della loro dignità e dei loro diritti.</p>
DESCRIZIONE	<p>L'obiettivo principale è, quindi, eliminare quanto più possibile quelle barriere fisiche, temporali e relazionali concretamente superabili, rimuovendo gli ostacoli per la cura del malato garantendo la privacy dello stesso e degli operatori sanitari attraverso lo sviluppo dei processi di umanizzazione dei percorsi assistenziali.</p> <p>Il progetto, così come immaginato, si divide in tre sezioni progettuali dedicate ognuna ad un aspetto diverso dell'umanizzazione, legate tra loro dalla figura del referente/responsabile del progetto e dalle spinte innovative che provengono dalle Aziende, dagli operatori e dai cittadini/utenti/pazienti che quotidianamente affrontano le difficoltà legate al mondo della sanità regionale.</p> <p><i>Sezione 1. Strumenti di valutazione della qualità percepita</i></p> <p>In considerazione del fatto che il Patto per la Salute 2014-2016 prevede "<i>l'utilizzo sistematico e continuativo di strumenti di valutazione della qualità percepita che consentano l'avvio delle azioni di miglioramento</i></p>

	<p><i>nello specifico contesto dell'umanizzazione delle cure</i>”, attraverso questa proposta progettuale la Regione Molise costruirà il proprio modello di valutazione dell'assistenza sanitaria che nascerà da un percorso condiviso con l'Azienda Sanitaria Regionale e con le strutture del privato accreditato. L'organizzazione pensata porterà alla definizione di una metodologia applicativa uniforme per gli operatori sanitari all'interno delle strutture ospedaliere e territoriali, e garantirà una omogeneità di trattamento.</p> <p>Il referente incaricato, infatti, insieme ad una equipe composta da operatori dell'ospedale pubblica e privata accreditata, alle associazioni e ad organismi rappresentativi dell'empowerment e sulla scorta delle precedenti esperienze regionali e nazionali, predisporrà una checklist tarata sulla realtà molisana che consentirà di valutare e misurare il livello di umanizzazione delle strutture ospedaliere e territoriali regionali. In una logica di bottom up quindi saranno vagliate le proposte provenienti dai diversi attori della sanità regionale, così da “disegnare” un modello di valutazione che determini una fotografia precisa della situazione.</p> <p>La checklist sarà il modo per dotare le strutture ospedaliere e territoriali regionali di efficaci meccanismi di misurazione del servizio, di informazione agli utenti e di controllo del raggiungimento degli obiettivi. La checklist quindi verrà riprodotta su un applicativo che consentirà all'equipe incaricata di poterla somministrare direttamente da pc o tablet specificatamente formattati, così da ridurre al minimo gli errori e per consentire alla Regione di avere i risultati in tempi immediati.</p> <p>L'obiettivo è di garantire omogeneità di comportamento su tutto il territorio regionale. In quest'ottica, appunto, la checklist predisposta sarà somministrata in tutte le strutture ospedaliere e in strutture territoriali che storicamente generano maggiori volumi d'utenza, così da poter stilare piani di miglioramento rispetto alle criticità che saranno valutate attraverso un preciso modello analitico.</p> <p>L'organizzazione del sistema molisano parte da un deficit strutturale nella valutazione intesa come concetto di sanità moderna, poiché le tendenze attuali anche in tema di umanizzazione, come riscontrato dal Programma Nazionale Esiti, fotografano le strutture con maggiori volumi come quelle che offrono le migliori performance. Così analizzato invece, il grado di umanizzazione consentirà di raggruppare nella loro totalità i volumi dell'assistenza regionale.</p> <p>Considerate anche le passate esperienze locali e nazionali, è importante che il sistema sanitario regionale tenda al cardine dell'appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni coadiuvato dai cittadini, che anche attraverso questa linea progettuale, saranno chiamati a svolgere un ruolo più attivo, per incidere con efficacia sul miglioramento generale e per favorire un innalzamento della qualità complessiva dei servizi per la salute. Attraverso il coordinamento della Direzione Generale per la Salute della Regione Molise e del referente progettuale, infatti, sarà organizzata la costituzione del gruppo di lavoro Equipe Aziendale per ogni attore regionale impegnato nell'erogazione di servizi ospedalieri (Azienda Sanitaria Regionale ASReM; Fondazione di Ricerca e Cura “Giovanni Paolo II”; IRCSS Neuromed) composta preferibilmente ed indicativamente da:</p> <ul style="list-style-type: none">- Direttore Sanitario Aziendale o suo delegato;
--	--

	<ul style="list-style-type: none"> - Direttore Sanitario del P.O. o suo delegato ; - Direttore di Distretto o suo delegato ; - 1 Dirigente area formazione; - 1 Chirurgo; - 1 Anestesista; - 1 Psichiatra; - 1 Pediatra; - 1 Oncologo; - 1 Medico MMG; - 1 Clinico dell'area medica; - 1 Sociologo; - 1 Psicologo; - 1 Infermiere; - 1 Ostetrica; - 1 Operatore di area tecnica; - 2 Rappresentanti delle associazioni di cittadini più rappresentative. <p>La composizione nei termini numerici e professionali della Equipe Aziendale resta comunque a discrezione dell'Azienda che parteciperà al progetto. Questo nuovo strumento aziendale sarà chiamato a valutare l'aspetto assistenziale della relazione di cura con il paziente e l'aspetto della comunicazione tra gli operatori con i familiari e con l'utente/paziente, diventerà il recettore delle proposte che arriveranno dai diversi settori e sarà chiamato a produrre proposte utili al miglioramento del grado di umanizzazione aziendale.</p> <p>Ogni Equipe Aziendale, che si riunirà con cadenza trimestrale dalla data della sua istituzione e dovrà produrre un regolare verbale, nominerà un suo rappresentante in seno alla Cabina di Regia regionale, sovrastruttura che farà capo alla Direzione Generale per la Salute, in cui è previsto partecipi anche un'associazione regionale che ha esperienza nell'Audit Civico.</p> <p>La Cabina di Regia, così immaginata, nelle fasi di avvio del progetto avrà il compito, attraverso il referente, di formulare la checklist regionale dalla quale scaturirà, una volta somministrata nelle strutture scelte, una valutazione efficace del grado di umanizzazione delle strutture coinvolte.</p> <p>Nel corso dei 12 mesi stimati, la Cabina di Regia dovrà valutare la fattibilità delle proposte che verranno dalle Equipe Aziendali e favorire il superamento delle criticità evidenziate.</p> <p>In considerazione del fatto che l'accreditamento è uno strumento di garanzia della qualità che mira a promuovere un processo di miglioramento continuo della qualità delle prestazioni, dell'efficienza e dell'organizzazione, la Cabina di Regia, sulla spinta delle proposte che arriveranno dalla valutazione e dalle Equipe Aziendali, dovrà inoltre incoraggiare, con suggerimenti formali e con specifici riferimenti sul tema dell'umanizzazione, la revisione dell'attuale legislazione regionale sui parametri di accreditamento ed autorizzazione, anche in considerazione del Disciplinare per la revisione della normativa dell'accreditamento 259/CSR del 20/12/2012.</p> <p>Alle Equipe Aziendale spetterà, tra gli altri, il compito di promuovere suggerimenti in tema di umanizzazione dei percorsi assistenziali per la revisione della Carta dei Servizi aziendali delle strutture coinvolte nella rilevazione, e la pubblicazione della stessa sul sito aziendale, in</p>
--	--

ottemperanza alla Determina della Direzione Generale per la Salute della Regione Molise n.123 del 02/07/2015 che prevede, tra gli altri punti, la possibilità per l'utenza di accedere facilmente all'organizzazione dei servizi (URP, gestione dei reclami, numero verde) anche attraverso gli strumenti di e-participation.

Il grado di umanizzazione dei servizi è misurabile, in parte, anche con analisi del clima aziendale. Pertanto, il progetto prevede che entro i primi due mesi dalla sua attivazione, un esperto in psicologia del lavoro e delle organizzazioni debba svolgere un'appropriata analisi del clima aziendale. Questa diventerà un indicatore preciso, poiché la stessa verrà riprodotta negli ultimi 60 giorni del progetto, così da poter comparare i risultati e verificare la rispondenza dei corsi di formazione sugli operatori. In ultima analisi, i risultati della checklist e quelli dell'analisi aziendale diventeranno un bagaglio importante per stabilire il grado di umanizzazione del SSR. I dati, una volta elaborati in forma di report, saranno resi pubblici attraverso una pubblicazione e mediante i siti internet delle organizzazioni coinvolte nella rilevazione. È stato immaginato, a conclusione del progetto, un convegno che vedrà impegnati tutti gli attori coinvolti, oltre ad esperti del Ministero della Salute, dell'AGENAS e delle altre Regioni/Pa che hanno già realizzato percorsi avanzati sul tema dell'umanizzazione.

Sezione 2. Percorsi formativi

Come espresso in premessa, la comunicazione svolge una duplice funzione nell'esecuzione delle attività del personale sanitario, sia nei confronti dell'utenza che nei rapporti interprofessionali, ed è una determinante fondamentale della percezione dell'umanizzazione che si genera.

La riorganizzazione delle strutture e dei servizi che è in atto ha intrinseca la necessità di un cambiamento organizzativo radicale che un processo di formazione dei professionisti può agevolare.

Saranno costruiti quindi percorsi formativi ad hoc con il preciso obiettivo di aumentare il grado di interazione intrasistemico e intersistemico nella cura della relazione con il paziente e con il cittadino, formando gli operatori (soprattutto quelli a più diretto contatto con l'utenza) al miglior approccio possibile per trasmettere le informazioni relative allo stato di salute, coinvolgendo il paziente nelle scelte.

Nei contesti indicati dalla linea progettuale 2 sia la relazione che la comunicazione influenzano sensibilmente l'efficacia della diagnosi e della terapia intese come fondamenta del rapporto tra l'operatore sanitario ed il paziente.

L'obiettivo è di estendere e rendere accessibili le esperienze di umanizzazione ed implementare gli standard assistenziali orientati alla persona in diverse aree quali l'Area Critica (cioè tutte quelle strutture ad alta intensità assistenziale e di quelle situazioni ad alta criticità del paziente), l'Oncologia, la Pediatria, la Comunicazione e l'Assistenza Domiciliare.

Partendo dal presupposto che ogni operatore influenza gli altri con il proprio comportamento ed è parimenti influenzato dal comportamento altrui, saranno coinvolti tutti i professionisti che per mansioni lavorative hanno un diretto rapporto con l'utenza. Al termine del percorso formativo i partecipanti avranno maggiore padronanza dei livelli comunicativi in

	<p>sanità e maggiore attitudine all'ascolto delle esigenze dell'utenza. Questo progetto prevede che la Regione Molise istituisca quindi un programma formativo su argomenti come comunicazione interpersonale, comunicazione relazionale, public speaking, comunicazione efficace, in tema di cambiamento organizzativo per ognuna delle aree prioritarie di intervento indicate nell'allegato A del 126/CSR del 30 luglio 2015. Il potenziamento delle capabilities degli operatori è quindi un obiettivo fondamentale.</p> <p>Sezione 3. Interventi di Umanizzazione in ambito sanitario</p> <p>Il <i>Patto per la Salute 2014-2016</i> ribadisce l'istituzionalizzazione del tema dell'umanizzazione nella sanità nazionale. Infatti l'articolo 4, al primo comma esplicita che <i>“nel rispetto della centralità della persona nella sua interezza fisica, psicologica e sociale, le Regioni e le Province Autonome si impegnano ad attuare interventi di umanizzazione in ambito sanitario”</i>. Nella presente proposta progettuale, quindi, è prevista in via sperimentale l'istallazione di un “Video Soccorso” nella sala d'attesa dei tre P.S. degli Ospedali “A.Cardarelli” di Campobasso, nel Complesso Ospedaliero San Timoteo di Termoli e nel Complesso Ospedaliero di Isernia, ovviamente in stretta collaborazione con l'Azienda Sanitaria Regionale ASReM. Questo strumento, già sperimentato con successo in altre realtà regionali, permetterà sia all'utenza che ai professionisti stessi di consultare in tempo reale lo stato di affollamento della struttura, valutandone con tempestività l'effettiva saturazione e i relativi tempi medi con distinzione dei vari codici triage.</p> <p>Il sistema, che sarà alimentato attraverso il Sistema Informativo in uso presso lo stesso P.S., sarà collegato direttamente con il sito dell'Azienda Sanitaria Regione Molise (A.S.Re.M.), dando all'iniziativa carattere di massima pubblicità.</p> <p>Il “Video Soccorso” consentirà quindi di visualizzare informazioni chiare e precise, come:</p> <ul style="list-style-type: none"> • il numero di pazienti in visita, distinti per codice colore; • il numero di pazienti in arrivo da 118, distinti per codice colore; • il numero di pazienti in attesa di visita, distinti per codice colore; • il tempo massimo (indicativo) di attesa di visita attuale per i codici verdi e bianchi; • la stima dei tempi di attesa previsti per i nuovi accessi con codici verde e bianco. <p>Per garantire inoltre una migliore vivibilità ed un maggiore comfort nelle sale d'aspetto dei P.S. in cui verranno installati i “Video Soccorso”, è prevista una voce specifica di spesa, sempre all'interno degli interventi di umanizzazione in ambito sanitario, da dedicare alla sostituzione delle attuali sedute per l'utenza, oltre che ad altre suppellettili dell'arredo. È inoltre prevista nella voce di spesa di acquisto di materiale per miglioramento del comfort degli ambienti, la possibilità di acquisto di n.20 sedute in sostituzione di quelle attuali, da ridistribuire presso i reparti di Oncologia degli Ospedali pubblici coinvolti nelle rilevazioni, in considerazione dell'aumento dei trattamenti a fronte della poca disponibilità di sedute. Una particolare misura quindi volta a garantire la dignità nei processi assistenziali più delicati, orientati alle persone.</p>
--	---

OBIETTIVI	<ul style="list-style-type: none">• Costituire un modello strutturato e tarato sulla realtà molisana in grado di valutare l’effettivo grado di umanizzazione delle strutture sanitarie, standardizzando criteri di <i>competence</i> professionale attraverso periodiche procedure di valutazione del grado di umanizzazione;• assicurare omogeneità di comportamento su tutto il territorio regionale;• favorire nell’Azienda Sanitaria Regionale e negli altri attori della sanità privata accreditata la costituzione di gruppi di lavoro aziendale dedicati all’umanizzazione dei percorsi di cura;• incoraggiare la Regione Molise attraverso spunti, indicazioni e proposte basate sull’evidenza, a predisporre la revisione dell’attuale legislazione regionale sui parametri di accreditamento ed autorizzazione aggiornandoli sul tema dell’umanizzazione;• fornire alle Aziende Sanitarie, Fondazioni e IRCSS, in una logica di bottom up, proposte di redazione e/o aggiornamento delle Carte dei Servizi Aziendali;• promuovere iniziative di formazione rivolte sia ai professionisti sanitari che ai <i>care givers</i>;• sostenere il cambiamento organizzativo;• migliorare la relazione tra i professionisti sanitari ed i pazienti;• realizzazione di interventi di umanizzazione in ambito sanitario volti a migliorare l’accessibilità fisica, la vivibilità ed i comfort nei luoghi di cura;• garantire maggiore accesso alle informazioni da parte dell’utenza e degli operatori stessi.																																																																																																																																																												
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	<table><tr><td></td><td colspan="6"><i>Azioni</i></td><td colspan="6"><i>Mesi</i></td></tr><tr><td></td><td colspan="6">↓</td><td colspan="6">↓</td></tr><tr><td>Sezione 1.</td><td colspan="12"></td></tr><tr><td><i>Strumenti di valutazione della qualità percepita</i></td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td></tr><tr><td>Creazione Equipe Aziendale</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Creazione Cabina di Regia regionale</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Formulazione checklist regionale</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Somministrazione checklist</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Valutazione risultati checklist</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Stesura e distribuzione report e piani di miglioramento</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Analisi del clima aziendale</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Proposte di revisione dell’attuale legislazione regionale sui parametri</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>		<i>Azioni</i>						<i>Mesi</i>							↓						↓						Sezione 1.													<i>Strumenti di valutazione della qualità percepita</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Creazione Equipe Aziendale													Creazione Cabina di Regia regionale													Formulazione checklist regionale													Somministrazione checklist													Valutazione risultati checklist													Stesura e distribuzione report e piani di miglioramento													Analisi del clima aziendale													Proposte di revisione dell’attuale legislazione regionale sui parametri												
	<i>Azioni</i>						<i>Mesi</i>																																																																																																																																																						
	↓						↓																																																																																																																																																						
Sezione 1.																																																																																																																																																													
<i>Strumenti di valutazione della qualità percepita</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12																																																																																																																																																	
Creazione Equipe Aziendale																																																																																																																																																													
Creazione Cabina di Regia regionale																																																																																																																																																													
Formulazione checklist regionale																																																																																																																																																													
Somministrazione checklist																																																																																																																																																													
Valutazione risultati checklist																																																																																																																																																													
Stesura e distribuzione report e piani di miglioramento																																																																																																																																																													
Analisi del clima aziendale																																																																																																																																																													
Proposte di revisione dell’attuale legislazione regionale sui parametri																																																																																																																																																													

	di accreditamento ed autorizzazione													
	Proposte di redazione e/o aggiornamento delle Carte dei Servizi Aziendali da parte delle Equipe Aziendali													
	Proposte di revisione al Documento programmatico in tema di Umanizzazione delle Strutture ospedaliere della Regione Molise													
	Convegno presentazione report e dati ricerca													
	Sezione 2.													
	<i>Percorsi formativi</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
	Predisposizione e realizzazione di percorsi formativi per ognuna delle aree indicate dall'allegato A, Linea 2, 126/CSR 30 luglio 2015													
	Sezione 3.													
	<i>Interventi di Umanizzazione in ambito sanitario</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
	Installazione e messa a regime dei Video-Soccorso													
	Miglioramento del comfort degli ambienti													
	INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	<ul style="list-style-type: none"> • Checklist regionale per la valutazione del grado di umanizzazione; • Effettuazione di attività rivolte alla valutazione e al miglioramento di qualità, partecipazione a comitati e gruppi di lavoro, effettuazione di audit, rilevazione di indicatori a fini di valutazione e di piani di miglioramento; • Costituzione di 3 Equipe Aziendali e di 1 Cabina di Regia regionale; • Numero di Checklist predisposte / Numero Checklist somministrate; • Numero di proposte di umanizzazione elaborate; • Effettuazione di attività rivolte alla valutazione e al miglioramento di 												

	<p>qualità, partecipazione a comitati e gruppi di lavoro, effettuazione di audit, rilevazione di indicatori a fini di valutazione e di piani di miglioramento;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revisione Documento programmatico Regionale sull'Umanizzazione; • Proposte di revisione formalizzate per l'aggiornamento previsti dalla normativa regionale per i requisiti di accreditamento/autorizzazione; • Proposte di revisione formalizzate per redazione e/o aggiornamento delle Carte dei Servizi Aziendali; • Realizzazione formazione regionale e cambiamento organizzativo; • Gradimento degli operatori sui percorsi formativi e coinvolgimento nei percorsi formativi del 45% delle categorie di operatori selezionate; • Miglioramento della soddisfazione di operatori, utenti e familiari nei vari aspetti dell'assistenza; • Miglioramento delle condizioni di comfort nelle strutture sanitarie individuate.
RISULTATI ATTESI	<p>I risultati attesi sono per la maggior parte stati già esplicitati nella sezione Obiettivi. In estrema sintesi, a conclusione del Progetto la Regione Molise avrà a disposizione un modello costruito di comune accordo con tutti gli attori della sanità pubblica e privata accreditata, che permetterà di poter misurare l'effettivo grado di umanizzazione delle strutture sanitarie. Analisi che consentiranno quindi di apportare gli accorgimenti ed i miglioramenti sulla scorta di evidenze e di dati omogenei.</p> <p>Un altro risultato sarà l'aumento delle capabilities degli operatori attraverso la standardizzazione di procedure d'umanizzazione tra i diversi attori del SSR mediante la formazione e le azioni di cambiamento organizzativo. Coinvolgimento maggiore della cittadinanza e delle proprie rappresentanze nelle scelte decisionali, aumento dell'empowerment, innalzamento delle capabilities degli operatori. Inoltre gli interventi in ambito sanitario previsti avranno come risultato immediato quello di migliorare l'accessibilità fisica, la vivibilità ed i comfort nei luoghi di cura, garantendo contestualmente maggiore accesso alle informazioni da parte dell'utenza e degli operatori.</p>

PROSPETTO ECONOMICO DELL'INTERVENTO

DESCRIZIONE	TOTALE (IN EURO)
<u>PERSONALE</u>	
Personale a contratto medico (€ 60/h), non medico (€ 30/h) impegnato nelle Equipe Aziendali, Referente progetto, altro personale a contratto, esperto organizzazioni del lavoro per analisi del clima aziendale	100.000,00
Rimborso per somministratori checklist	5.000,00
<u>MISSIONI</u>	
Spese per missioni	3.000,00
<u>MATERIALI DI CONSUMO E ATTREZZATURE</u>	
Video-soccorso (Pronto Soccorso Campobasso, Isernia e Termoli)	10.000,00
Costi per stampa Report e distribuzione risultati checklist	5.000,00
Convegno presentazione dati e campagne informative	5.000,00
Acquisto arredi e materiale per miglioramento del comfort degli ambienti	41.922,00
<u>ALTRO</u>	
Percorsi di formazione per ognuna delle aree indicate	100.000,00
<u>TOTALE</u>	<u>269.922,00</u>



REGIONE MOLISE

DIREZIONE GENERALE PER LA SALUTE

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	MOLISE
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	Decreto del Commissario <i>ad Acta</i> n. 13 del 29/02/2016
LINEA PROGETTUALE	3-CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE.
TITOLO DEL PROGETTO	Estensione dall'Hospice al domicilio dell'Assistenza di Cure Palliative e Terapia del dolore.
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi
REFERENTE	Azienda Sanitaria Regionale del Molise

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 579.196,00
--------------------------------	--------------

IL PROGETTO

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

	<p>giustificare un intervento palliativo (AIDS, malattie degenerative del sistema nervoso, malattie cardio- e cerebrovascolari, malattie epatiche, malattie renali, malattie respiratorie, malattie degenerative dell'apparato osteo-articolare, etc).</p> <p>La fase terminale di patologie evolutive e irreversibili viene definita dai seguenti criteri, contemporaneamente presenti:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Criterio terapeutico: assenza o esaurimento di trattamenti curativi specifici, o inopportunità degli stessi 2. Criterio sintomatico: presenza di sintomatologie invalidanti che comportino una riduzione del Performance Status (uguale o inferiore a 50 nella scala di Karnofsky) 3. Criterio evolutivo: rapida evolutività della malattia con imminenza della morte, in genere entro 6 mesi (questo criterio temporale è di più difficile individuazione nelle malattie non oncologiche, dove a fasi acute possono seguire periodi di relativa stabilizzazione della patologia). <p>Più estesamente, i criteri di ammissione ad un programma di cure palliative domiciliari (CPD) sono riconoscibili in:</p> <ul style="list-style-type: none"> - consenso del malato e della sua famiglia; - diagnosi di patologia evolutiva e irreversibile in fase terminale (secondo i criteri sopramenzionati); - presenza di condizioni di non autosufficienza tali da non consentire l'accesso a strutture e servizi esterni; - livello di complessità sanitaria delle cure da erogare compatibile con l'ambiente domestico; - presenza continuativa ed adeguata di un familiare di riferimento; - idoneità dell'alloggio.
DESCRIZIONE	<p>La Rete Locale di Cure Palliative, secondo la definizione del Documento dell'Intesa Stato Regioni N.151/CSR del 25 luglio 2012, è una aggregazione funzionale ed integrata delle attività di Cure Palliative erogate in ospedale, a domicilio, in Hospice ed in altre strutture residenziali.</p> <p>In relazione a quanto previsto dalla su richiamata normativa, si provvederà all'istituzione del Gruppo di Coordinamento della rete delle cure palliative che provvederà altresì a promuovere lo sviluppo degli interventi regionali nell'ambito della rete di cure palliative e della rete di terapia del dolore.</p> <p>Sono inoltre assegnate al Gruppo le seguenti funzioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ coordinamento e promozione del processo di sviluppo delle cure palliative a domicilio, in Hospice, nelle strutture residenziali e nelle strutture ospedaliere, al fine di garantire approcci omogenei ed equità di sistema; ■ monitoraggio dello stato di attuazione delle reti locali; ■ sviluppo del sistema informativo regionale sulle cure palliative; ■ definizione e monitoraggio di indicatori quali-quantitativi della rete cure palliative, ivi inclusi gli standard della rete delle cure palliative; ■ definizione di indirizzi per lo sviluppo omogeneo di percorsi di presa in carico e assistenza in cure palliative ai sensi dell'art.2, comma 1 della legge 38/2010;

	<ul style="list-style-type: none">■ promozione di programmi obbligatori di formazione continua in cure palliative coerentemente con quanto previsto dall'art. 8, comma 2 della suddetta legge;■ promozione e monitoraggio delle attività di ricerca in cure palliative. <p>Inserimento nelle cure domiciliari</p> <p>Il medico Palliativista, di concerto con il Medico di Medicina Generale stabilisce l'appropriatezza delle cure domiciliari, in base ai seguenti criteri di eleggibilità:</p> <ul style="list-style-type: none">■ i criteri generali di eleggibilità■ famiglia o rete di sostegno informale presente e garante della presenza vicino al paziente■ idoneità logistico-strutturale del domicilio■ intensità assistenziale necessaria erogabile a domicilio■ espresso desiderio del paziente a restare al domicilio proprio <p>Individuata la eleggibilità alla modalità di Cure Palliative domiciliari, il paziente deve essere inserito nel sistema delle Cure Domiciliari, secondo la procedura già in essere attivata dal Medico di Medicina Generale.</p> <p>Nella medesima valutazione il Medico Palliativista ed il Medico di Medicina generale, in relazione alla intensità assistenziale inquadreranno le Cure Palliative Domiciliari da effettuare come:</p> <p><i>-interventi di base:</i> erogati laddove possibile anche da Medici di Medicina generale e da infermieri dell'ADI , entrambi con una buona conoscenza di base di cure palliative. Laddove non possibile la Unità di Cure Palliative erogherà anche gli interventi di base.</p> <p><i>-interventi specialistici multidisciplinari:</i> erogati direttamente dalla Unità Cure Palliative tramite le figure professionali previste dall'allegato 2 del documento d'Intesa Stato Regioni decretato il 25 luglio 2012</p> <p>Il paziente sarà visitato a domicilio entro 48-72 ore dall'infermiere Case Manager e dal Medico di Cure Palliative.</p> <p>L'unità di Cure palliative (UCP) domiciliari che garantiscono:</p> <ul style="list-style-type: none">- <u>interventi di base, coordinati dal medico di medicina generale (MMG).</u> Queste cure sono erogate da medici e infermieri con buona conoscenza di base delle cure palliative. Richiedono interventi programmati in funzione del progetto di assistenza individuale;- <u>interventi di equipe specialistiche</u> multiprofessionali dedicate. Queste cure sono rivolte a malati con bisogni complessi, per i quali
--	--

	<p>gli interventi di base sono inadeguati. Richiedono un livello elevato di competenza e modalità di lavoro interdisciplinare. In relazione al livello di complessità, legato anche all'instabilità clinica e ai sintomi di difficile controllo, vanno garantite la continuità assistenziale, interventi programmati ed articolati sui sette giorni, definiti dal progetto di assistenza individuale. Le figure professionali coinvolte sono: infermiere, medico e/o specialista, professionisti della riabilitazione, dietista, psicologo, operatore socio-sanitario. La copertura assistenziale è assicurata sette giorni su sette, dieci ore al giorno dal lunedì al venerdì, sei ore al giorno il sabato e festivi, pronta disponibilità medica di 24 ore. Le cure palliative domiciliari richiedono la valutazione multidimensionale, la presa in carico da parte di un'equipe professionale e la definizione di un "piano di cure personalizzato".</p> <p>La quantificazione del personale impegnati nell'assistenza domiciliare è stata effettuata ai sensi dell'accordo Conferenza Stato Regioni del 25/07/2012 e dalla linee guida di riferimento sul Sistema delle cure domiciliari.</p> <p>Il fabbisogno è stato definito in funzione degli standard specifici per l'assistenza medica, l'assistenza infermieristica e l'assistenza globale dedicata al paziente.</p> <p>L'equipe delle cure palliative opera sotto la responsabilità di un medico e si modula sia in base alle specifiche necessità del paziente e del suo nucleo familiare, sia in base al luogo in cui si svolgono gli interventi terapeutici.</p> <p>Si riportano di seguito i requisiti organizzativi individuati per singolo paziente preso in carico.</p> <p>Parametri minimi di assistenza</p> <ul style="list-style-type: none">■ <i>con riferimento al servizio infermieristico</i> di base si è previsto:<ul style="list-style-type: none">– unità di presenza attiva h.12 dalle ore 8:00 alle ore 20:00;– reperibilità notturna e festiva;– 4 visite medie a settimane;– durata media di una visita (escluso il trasferimento): 60 minuti;■ <i>con riferimento al personale medico</i> si è previsto:<ul style="list-style-type: none">– unità di presenza attiva h.12 dalle ore 8:00 alle ore 20:00;– 4 visite medie a settimane;– durata media di una visita (escluso il trasferimento): 50 minuti■ <i>con riferimento al servizio di assistenza di base</i> si è previsto:<ul style="list-style-type: none">– unità O.S.S. di presenza attiva h.12 dalle ore 8:00 alle ore 20:00;– 4 visite medie a settimane– durata media di una visita (escluso il trasferimento): 60 minuti;■ <i>con riferimento allo psicologo</i> si è previsto:<ul style="list-style-type: none">– mediamente, una visita al mese effettuata da un psicologo specializzato in cure palliative;– durata media di una visita (escluso il trasferimento): 50 minuti;■ <i>con riferimento all'assistente sociale</i> si è previsto:
--	--

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

PROSPETTO ECONOMICO DELL'INTERVENTO

DESCRIZIONE	TOTALE (IN EURO)
ASREM	
<u>PERSONALE</u>	
Personale a contratto	545.000,00
Formazione personale	500,00
<u>MATERIALI DI CONSUMO E ATTREZZATURE</u>	
Apparecchiature e materiale vario	33.696,00
<u>TOTALE</u>	<u>579.196,00</u>



REGIONE MOLISE

DIREZIONE GENERALE PER LA SALUTE

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	MOLISE
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	Decreto del Commissario <i>ad Acta</i> n. 13 del 29/02/2016
LINEA PROGETTUALE	4 - Piano Nazionale della Prevenzione
TITOLO DEL PROGETTO	Supporto al Piano Regionale della Prevenzione della Regione Molise approvato con decreto del Commissario <i>ad Acta</i> n. 50 del 28 luglio 2015
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi
REFERENTE/ ENTE ATTUATORE	Regione Molise – Direzione Generale per la Salute

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 6.982,65
-----------------------------------	------------

IL PROGETTO

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 <i>apparentemente</i> sana, aventi il compito di individuare precocemente la neoplasia, adottare le migliori terapie possibili 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 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</p>
----------	--

	flusso dei dati dalla lettera d'invito all'inizio dei trattamenti (medici e chirurgici), ai dati di sopravvivenza.
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> <ul style="list-style-type: none"> 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.
TEMPO DI ATTUAZIONE	12 mesi

INDICATORI NUMERICI			
	Indicatore	Stato attuale	Al 31.12.2016
	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

CRONOPROGRAMMA

Allegato I: Linea progettuale 4: PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE
Supporto al piano regionale della Prevenzione della regione Molise (DCA n. 50/2015)

ATTIVITA'												
Mese	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Selezione indicatori												
Definizione scheda intervista												
Definizione del campione da intervistare												
Interviste												
Valutazione fattori interni												
Valutazione fattori esterni												
Rilevazione analisi criticità												
Adeguamento e correttivo												
Incontro formativo operatori												
Report												

PROSPETTO ECONOMICO DELL'INTERVENTO

DESCRIZIONE	TOTALE (IN EURO)
<u>MATERIALI DI CONSUMO E ATTREZZATURE</u>	
Spese cancelleria e stampa questionari	200,00
<u>ALTRO</u>	
Implementazione	1.000,00
Definizione indicatori	782,65
Interviste, valutazione questionario, realizzazione reportistica	2.000,00
Editing report	1.000,00
Incontro informativo	2.000,00
<u>TOTALE</u>	<u>6.982,65</u>



REGIONE MOLISE

DIREZIONE GENERALE PER LA SALUTE

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	REGIONE MOLISE
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	Decreto del Commissario <i>ad Acta</i> n.13 del 29/02/2016
LINEA PROGETTUALE	5- GESTIONE DELLA CRONICITÀ- ASSISTENZA ALLE PERSONE IN CONDIZIONE DI FRAGILITA' E DI NON AUTOSUFFICIENZA
TITOLO DEL PROGETTO	Modelli avanzati di gestione delle malattie croniche e continuità dell'assistenza in soggetti non autosufficienti.
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi
REFERENTE	Regione Molise - Azienda Sanitaria Regionale del Molise - UNIMOL

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 1.638.000,00
-----------------------------------	-----------------------

INTERVENTO N. 1

Studio della integrazione delle attività assistenziale per la diagnosi e la terapia delle patologie neuroendocrine.

CONTESTO	<p>Fino a non molto tempo fa, si riteneva che la neuroendocrinologia fosse una branca di nicchia nell'ambito dell'endocrinologia clinica. In realtà, è stato recentemente dimostrato che a seguito di traumi cranici, evento altamente frequente (300 persone/anno ogni 100.000 abitanti in Italia) è sorprendentemente frequente (20-30% dei casi) una grave compromissione della funzione ipofisaria (condizione cosiddetta di ipopituitarismo) anche un anno dopo l'evento patologico. La secrezione ormonale ipofisaria è governata dal sistema nervoso centrale ed è deputata al controllo di tutte le più importanti funzioni ghiandolari endocrine periferiche; la sua compromissione comporta una grave alterazione delle funzioni vitali e riproduttive, con deterioramento spiccato delle funzioni degli apparati cardiovascolare e muscolo-scheletrico, nonché delle funzioni del sistema nervoso centrale. Al di là dell'aumento netto degli indici di rischio di morte da cause cardiovascolari, la qualità di vita è comunque fortemente compromessa. L'alta frequenza di ipopituitarismo a seguito di traumatismi cranici è indipendente dalla gravità del trauma e, ad oggi, questa frequente e grave complicanza non viene sistematicamente indagata. E' possibile che la mortalità a seguito di traumi cranici in fase acuta sia superiore al dovuto anche a causa di un ipopituitarismo post-traumatico non riconosciuto. E' inoltre probabile che il recupero funzionale in terapia riabilitativa sia ridotto o almeno ritardato da una condizione di ipopituitarismo ignorato e non curato.</p> <p>Studi anche personali documentano come la sindrome della sella vuota, ritenuta fino a non molti anni fa come assolutamente benigna da un punto di vista endocrino, sia in realtà caratterizzata da una elevata prevalenza di alterazioni funzionali ipofisarie, causa di notevole riduzione della qualità di vita dei pazienti affetti.</p> <p>Inoltre, recenti indagini epidemiologiche hanno permesso di rilevare che gli adenomi ipofisari sia funzionanti che non funzionanti, presentano un'incidenza di circa 3/100:000, pari a 9-10 nuovi casi per anno in una Regione come il Molise di 300.000 abitanti.</p> <p>Le patologie neuroendocrine affliggono in maniera preponderante fasce di età più avanzata e, se non diagnosticate, contribuiscono a determinare condizioni di cronica fragilità</p>
DESCRIZIONE	<p><u>Spazi, attrezzature e materiale di consumo finalizzati al progetto:</u></p> <p>Il progetto, svolto in continuità con gli obiettivi di carattere prioritario anno 2014, presso le strutture assistenziali A.S.Re.M. in collaborazione con l'Università del Molise, per quanto concerne le competenze endocrinologiche da parte degli specialisti presenti nel proprio organico.</p> <p><u>Individuazione del Personale, Formazione e Costituzione dell'Equipe Operativa</u></p> <p>Oltre alle componenti A.S.Re.M. per quanto concerne la neurodiagnostica, al progetto afferiranno, docenti di endocrinologia</p>

	<p>Unimol e, a scopi didattici, gli specializzandi, gli studenti ed eventualmente i dottorandi del Dipartimento di Medicina e Chirurgia.</p> <p><u>Comunicazione:</u> Al fine di promuovere i percorsi d'integrazione tra i servizi assistenziali dell' A.S.Re.M. ed il programma in oggetto sono previsti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - creazione di un sito web; - elaborazione e pubblicizzazione di materiale informativo; organizzazione di eventi ECM per Medici di Medicina Generale e Specialisti; - organizzazione di incontri divulgativi con la popolazione.
OBIETTIVI	<p>Obiettivo del presente progetto è quello di stabilire un coordinamento fra le diverse competenze presenti in Regione, attivare una rete di collaborazione e sviluppare le procedure diagnostiche e terapeutiche delle patologie neuroendocrine.</p>
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	<ul style="list-style-type: none"> - Data base dei pazienti affetti da patologia neuroendocrina; - Raccordo tra i diversi servizi Assistenziali dell' A.S.Re.M., in particolare della neuroradiologia diagnostica, e delle competenze specifiche sul territorio in campo endocrinologico in collaborazione con Unimol. <p>Il servizio sarà organizzato in stretta collaborazione le Strutture Specialistiche indicate nel Programma Operativo Straordinario 2015/2018;</p> <ul style="list-style-type: none"> - monitoraggio delle prestazioni diagnostiche.
RISULTATI ATTESI	<p>La realizzazione del progetto potrà permettere di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - attivare un data base dei pazienti affetti da patologie neuroendocrine; - porre le basi per contrastare il fenomeno della migrazione sanitaria, offrendo in loco un servizio di eccellenza; - organizzare studi epidemiologici e fisiopatologici. con notevole ricadute scientifiche e di immagine.

PROSPETTO ECONOMICO INTERVENTO N. 1

DESCRIZIONE	TOTALE (IN EURO)
<i>UNIMOL</i>	
<u>PERSONALE</u>	
Personale a contratto	60.000,00
<u>MATERIALI DI CONSUMO E ATTREZZATURE</u>	
Apparecchiature e materiale vario	30.000,00
<i>TOTALE UNIMOL</i>	<i>90.000,00</i>
<i>ASREM</i>	
<u>PERSONALE</u>	
Personale a contratto	70.000,00
<u>MATERIALI DI CONSUMO E ATTREZZATURE</u>	
Apparecchiature e materiale vario	22.000,00
<i>TOTALE ASREM</i>	<i>92.000,00</i>
<u>TOTALE UNIMOL + ASREM</u>	<u>182.000,00</u>

INTERVENTO N. 2

Diagnosi precoce delle Malattie respiratorie fumo correlate.

CONTESTO	<p>Il presente progetto si pone in stretta continuità con le attività degli Obiettivi di Carattere Prioritario 2014 nella stessa linea progettuale, e ne rappresenta la continuazione temporale e realizzativa.</p> <p>Le malattie respiratorie fumo correlate costituiscono un complesso gruppo di disordini respiratori caratterizzate da una stretta associazione tra esposizione al fumo di tabacco e danno parenchimale polmonare. Nell’ambito delle patologie fumo correlate la Bronco-Pneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) ed il Cancro del polmone sono le patologie a maggiore impatto in termini di mortalità sull’intera popolazione.</p> <p>La BPCO è una malattia progressiva caratterizzata da limitazione al flusso aereo non completamente reversibile ed il fumo rappresenta il maggiore fattore di rischio. La BPCO colpisce milioni di persone nel mondo. Al momento è la 4° tra le principali cause di morte nel mondo e si prevede che nel 2030 possa essere la terza causa di mortalità nel mondo.</p> <p>Il tumore del polmone considerato il “Big Killer”, è la neoplasia che, in assoluto, causa il maggior numero di decessi.</p> <p>Nonostante i rilevanti progressi nelle procedure diagnostiche e l’ampio ventaglio di opzioni terapeutiche disponibili la maggior parte dei pazienti che si ammalano di tumore del polmone va incontro ad un esito fatale. Ogni anno circa 900.000 persone si ammalano di carcinoma polmonare e si verificano 800.000 decessi, la maggior parte dei quali sarebbe prevenibile con adeguati interventi di sanità pubblica.</p> <p>L’incidenza e la mortalità del tumore del polmone variano a seconda del luogo geografico, dell’età, del genere, del gruppo etnico e della classe sociale.</p> <p>Per quanto riguarda la distribuzione geografica, la neoplasia è più diffusa nei Paesi sviluppati: in alcune popolazioni, come per esempio negli uomini afroamericani di diverse aree degli Stati Uniti, si verificano annualmente più di 100 casi ogni 100.000 abitanti. Nei Paesi dell’Unione Europea è attribuibile al cancro del polmone il 27 e il 10% di tutti i decessi per cancro rispettivamente negli uomini e nelle donne.</p> <p>L’avvio di programmi di screening in diverse nazioni ha rinnovato l’interesse per l’impatto della diagnosi precoce sulla mortalità delle neoplasie del polmone.</p> <p>In particolare i risultati del National Lung Screening Trial americano hanno stimolato l’interesse delle società scientifiche internazionali a riavviare programmi di screening per la diagnosi precoce del Cancro del polmone.</p> <p>Dal momento che una ampia fetta di pazienti con cancro del polmone è affetta da BPCO ed i pazienti con BPCO sono a rischio maggiore di sviluppare cancro del polmone. L’avvio di programmi</p>
----------	--

	di screening per cancro del polmone integrato con valutazione del rischio BPCO ha la potenzialità di identificare precocemente, nell'ambito di uno stesso filone di indagini, le due patologie fumo correlate a maggiore impatto sulla popolazione.
DESCRIZIONE	<p>La proposta di screening per la diagnosi precoce del Cancro del polmone integrato alla valutazione funzionale respiratoria nella popolazione adulta molisana ad alto rischio di neoplasie toraciche, in continuità con gli obiettivi di carattere prioritario anno 2014, prevede due fasi cliniche ed una traslazionale:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. una <u>fase trasversale</u> in cui tutti i pazienti che rispondono ai criteri di inclusione nello studio vengono sottoposti a: <ul style="list-style-type: none"> -TAC del Torace a bassa dose (LDTC) per la identificazione di noduli polmonari; -Esame Spirometrico; 2. una <u>fase longitudinale</u> in cui i pazienti saranno seguiti in follow up; 3. <u>studio traslazionale</u> finalizzato alla ricerca di Markers Bio-molecolari circolanti su sangue periferico. <p>Si prevede l'arruolamento di circa 1000 pazienti adulti che rientrano nei <u>criteri di definizione di pazienti ad alto rischio</u> secondo le caratteristiche di seguito riportate:</p> <p><u>Definizione dei Pazienti ad alto rischio - Criteri di inclusione</u></p> <p>Età \geq 50 anni Storia di fumo di sigarette \geq20 Pack year Cessazione dell'abitudine al fumo $<$ 15 anni</p> <p>Saranno, inoltre, valutati, pur non essendo considerati tra i criteri di inclusione, i seguenti fattori di rischio addizionali: Esposizione a Radon, Esposizione Occupazionale, Storia di Neoplasie pregresse, Storia di familiare di Neoplasie, Storia di Malattie croniche Respiratorie (BPCO, Fibrosi Polmonare, Esiti Fibro-cicatriziali Tubercolari, CPFE)</p> <p>Tutti i pazienti prima di essere ammessi allo studio dovranno firmare il form per il consenso informato.</p> <p>I pazienti selezionati saranno sottoposti a:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Esame Clinico; -Consenso informato; - Somministrazione di questionario; <p>I pazienti che risponderanno ai criteri di inclusione saranno avviati al seguente piano di indagini:</p>

OBIETTIVI	<p>OBIETTIVO 1</p> <p>in continuità con gli obiettivi di carattere prioritario anno 2014, l'obiettivo primario del progetto di ricerca, è quello di identificare precocemente, nell'ambito della popolazione adulta molisana ad alto rischio, la presenza di noduli polmonari sospetti per neoplasie del polmone e di esplorare la presenza di alterazioni della funzione polmonare.</p> <p>Monitorare, in follow up, i pazienti ed avviare gli stessi a procedure di trattamento precoce in linea con le più aggiornate linee-guida internazionali.</p>
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	In continuità con le attività iniziate su fondi degli Obiettivi 2014. Durata annuale.
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	<p>Indicatori:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Numero di pazienti avviati a programmi di follow up per monitoraggio di noduli polmonari e dello Studio della Funzione polmonare; - Numero di pazienti identificati con noduli polmonari neoplastici clinicamente silenti e suscettibili di resezione chirurgica; - Numero di pazienti con alterazioni della funzione polmonare asintomatici;
RISULTATI ATTESI	<p>Nell'ambito della popolazione molisana ad alto rischio, il programma di screening dovrà portare alla identificazione di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pazienti con cancro del polmone (stadi iniziali) da avviare a procedure di trattamento precoce in grado di impattare in maniera significativa sulla sopravvivenza; - pazienti, asintomatici, con alterata funzione respiratoria, da sottoporre a trattamento per la BPCO, secondo le linee guida, allo scopo di impattare sul progressivo declino funzionale atteso in tali pazienti e di rallentare la progressione verso la disabilità respiratoria.

PROSPETTO ECONOMICO INTERVENTO N. 2

DESCRIZIONE	TOTALE (IN EURO)
<i>UNIMOL</i>	
<u>PERSONALE</u>	
Personale a contratto	80.000,00
<u>FORMAZIONE PERSONALE</u>	
Formazione personale	3.200,00
<u>MATERIALI DI CONSUMO E ATTREZZATURE</u>	
Apparecchiature e materiale vario	30.000,00
<i>TOTALE UNIMOL</i>	<i>113.200,00</i>
<i>ASREM</i>	
<u>PERSONALE</u>	
Personale a contratto	60.000,00
<u>FORMAZIONE PERSONALE</u>	
Formazione personale	10.000,00
<u>MATERIALI DI CONSUMO E ATTREZZATURE</u>	
Apparecchiature e materiale vario	30.000,00
<i>TOTALE ASREM</i>	<i>100.000,00</i>
<u>TOTALE UNIMOL + ASREM</u>	<u>213.200,00</u>

INTERVENTO N. 3

Identificazione di percorsi diagnostici-terapeutici per la gestione dei malati affetti da artriti infiammatorie croniche.

CONTESTO	<p>Il progetto è in continuità con gli obiettivi di carattere prioritario anno 2014 ed ha come obiettivo primario il consolidamento dei percorsi diagnostici e terapeutici, per la gestione di malattie infiammatorie quali Artrite Reumatoide (AR), Artite Psoriasica (AP) e Spondilite Anchilosante (SA), instaurati nel corso del precedente progetto, qui riportato per completezza.</p> <p>Negli ultimi decenni si è consolidata, anche in Italia, la consapevolezza che per gestire la cronicità e quindi contrastare la storia naturale della malattia, è necessario lo sviluppo di nuove modalità di assistenza basate sull'integrazione tra le diverse figure professionali per la definizione e gestione di percorsi diagnostico-terapeutici condivisi e centrati sul bisogno della persona. Esistono diversi modelli di gestione quali il Disease Management, Chronic Care Model e Clinical Governance. Una delle criticità è la messa in rete, sostituendosi al modello disgiunto Ospedale-Territorio.</p> <p>Nell'ambito delle malattie croniche, le Malattie Reumatiche rappresentano un gruppo di condizioni disabilitanti molto frequenti che interessano circa il 10% della popolazione generale. Più nello specifico, le forme di artriti infiammatorie interesserebbero circa il 3% della popolazione con stime attese di pazienti affetti da tali malattie nella Regione Molise pari a circa 9.000 soggetti, a cui vanno poi aggiunte le forme precoci e subcliniche di malattie. A tal riguardo è stato già approvato un progetto sulle forme occulte e subcliniche di artrite psoriasica (AP).</p> <p>La gestione clinica di tali pazienti necessariamente deve prendere in considerazione percorsi diagnostico terapeutici integrati al fine di: migliorare l'efficacia in termine di Disease Management, ovvero contestualizzare gli interventi, individuare i targets di pazienti, integrando nel più ampio percorso di Chronic Care Model; ottimizzazione della rete territoriale e ospedaliera con riduzione di prestazioni ridondanti quali ricoveri ospedalieri, day hospital e ripetizioni di esami diagnostici non necessari; riduzione dei costi diretti ed indiretti per prestazioni diagnostiche e terapeutiche.</p>
DESCRIZIONE	<p>Già esistono modelli assistenziali di reti in altre regioni italiane che hanno previsto soprattutto l'identificazione di centri prescrittori di farmaci quali quelli che provengono dalle biotecnologie.</p> <p>Il presente progetto ha come obiettivi principali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'identificazione di indagini cliniche, di laboratorio e strumentali essenziali al fine della gestione di tali patologie sulla base dei dati di letteratura e sulla loro periodicità di esecuzione, con una possibile integrazione tra centri specialistici e territoriali. Evitando, così, doppioni e garantendo la possibilità di accesso a tutti i potenziali pazienti in tempi "ragionevoli"; - l'identificazione di percorsi terapeutici basati sui livelli di evidenza scientifica e delle Raccomandazioni emanate dalle Società

	<p>Scientifiche di Riferimento (esempio la Società Italiana di Reumatologia). Tale punto è cruciale visto l'incremento progressivo dei costi farmaceutici per tali malattie;</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'identificazione di un algoritmo diagnostico-terapeutico per la corretta gestione di tali condizioni morbose . <p>Tale progetto potrebbe essere considerato “pilota” e quindi, se giudicato efficace, diventare un modello assistenziale di riferimento.</p>
OBIETTIVI	<p>OBIETTIVO 1</p> <p>Consolidamento dei percorsi diagnostico-terapeutici per la gestione ottimale di pazienti affetti da artriti croniche infiammatorie.</p>
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	<p>Indicatori:</p> <p>Riduzioni di accessi in PS per tali condizioni morbose; Riduzioni di ricoveri in regime di degenza ordinaria; Riduzioni di ricoveri in regime di day hospital; Riduzione dei costi per effettuazione di esami di laboratorio e strumentali che verranno, invece, cadenzati secondo un algoritmo prestabilito; Incremento delle prestazioni ambulatoriali e miglioramento tra livello di medicina specialistica e medicina generale;</p>
RISULTATI ATTESI	<p>1- riduzione significativa degli accessi in Pronto Soccorso; 2- riduzione significativa dei ricoveri in regime di degenza ordinaria; 3- riduzione significativa dei ricoveri in regime di day hospital; 4- riduzione significativa dei costi e maggiore efficacy degli interventi;</p>

PROSPETTO ECONOMICO INTERVENTO N. 3

DESCRIZIONE	TOTALE (IN EURO)
<i>UNIMOL</i>	
<u>PERSONALE</u>	
Personale a contratto	100.000,00
<u>FORMAZIONE PERSONALE</u>	
Formazione personale	10.000,00
<i>TOTALE UNIMOL</i>	<i>110.000,000</i>
<i>ASREM</i>	
<u>PERSONALE</u>	
Personale a contratto	43.200,00
<u>MATERIALI DI CONSUMO E ATTREZZATURE</u>	
Apparecchiature e materiale vario	60.000,00
<i>TOTALE ASREM</i>	<i>93.200,00</i>
<u>TOTALE UNIMOL + ASREM</u>	<u>213.200,00</u>

INTERVENTO N. 4
Diagnosi e trattamento riabilitativo dei DSA

CONTESTO	<p>Il DSA, Disturbo Specifico dell'Apprendimento, è un disturbo che interessa una particolare abilità (lettura, ortografia, grafia e calcolo) in modo significativo, ma circoscritto lasciando intatto il funzionamento intellettuale generale. I DSA, meglio conosciuti con i termini di dislessia, disortografia, disgrafia e discalculia sono, quindi, disturbi che riguardano lo sviluppo di abilità specifiche, rappresentano un problema ad alta incidenza nella popolazione scolastica (dal 2 al 5%) e originano molti casi di disagio e abbandono scolastico. Per questo è importante identificare il prima possibile tali disturbi, al fine di poter agire sin dalle fasi iniziali di acquisizione delle abilità funzionali all'apprendimento. Una diagnosi tempestiva permette, inoltre, di ridurre il disagio di tipo affettivo e sociale e di prevenire l'insorgenza di disturbi comportamentali.</p> <p>Fin dalla scuola dell'Infanzia occorre saper riconoscere i segnali e, all'occorrenza effettuare un'indagine approfondita per poi intervenire con metodologie idonee coinvolgendo l'intero corpo docente in continuità orizzontale con le famiglie e il territorio.</p> <p>Con il progetto si intende offrire alcune risposte ai numerosi utenti affetti da Disturbo Specifico dell'Apprendimento, agli insegnanti e alle famiglie stesse attraverso la costituzione di un Centro di diagnosi e trattamento riabilitativo.</p> <p>Numerosi studi di carattere epidemiologico indicano una prevalenza di 1.500.000 persone affette da DSA. Le difficoltà scolastiche interessano il 13% dei soggetti in età di scuola primaria ; il 24% dei soggetti nella scuola media, inoltre, $\frac{3}{4}$ sono maschi.</p> <p>La mancata conoscenza dei Disturbi Specifici di Apprendimento, con la conseguente incapacità di riconoscerne i sintomi, porta la scuola e tutti coloro che ruotano intorno al bambino, oltre a non aiutarlo, a rendere il suo percorso ancora più difficoltoso. Nasce, dunque, l'importanza di un'identificazione precoce del disturbo; sia per quel che concerne la presa di coscienza del problema con ricadute positive per il benessere del bambino, della famiglia e di tutti coloro che ruotano intorno a lui, sia da un punto di vista clinico per quel che riguarda l'intrapresa di un percorso riabilitativo. Infatti, è stato riscontrato che il lavoro rieducativo delle aree compromesse ha un suo periodo sensibile, chiamato finestra evolutiva, in cui l'attività di recupero ha la massima efficacia che, poi, tende a ridursi rapidamente fino a scomparire. Dunque, esiste una sola fase in cui è possibile intervenire con successo, in età successive potranno solo essere usate misure compensative.</p> <p>Per questa ragione, la diagnosi precoce e il relativo intervento riabilitativo assumono una rilevanza sociale di grande importanza. La prognosi risulta significativamente condizionata anche dalla precocità della diagnosi e dall'adeguatezza dell'intervento riabilitativo. Sulla base di queste riflessioni diventa importante offrire risposte adeguate</p>
----------	---

	<p>attraverso un Centro di Diagnosi e Trattamento Riabilitativo per i Disturbi Specifici dell'Apprendimento che possa fungere da supporto agli insegnanti, alle famiglie e a quanti sono coinvolti nella rete Scuola-Famiglia-Tempo Libero.</p> <p>L'analisi dei Servizi territoriali ha riscontrato che nella Regione la diagnosi viene svolta dal servizio di neuropsichiatria infantile che risulta qualitativamente insufficiente se si considera che l'accesso al servizio ha un tempo di attesa piuttosto lungo. Per quanto riguarda, invece, gli aspetti riabilitativi non sono presenti sul territorio regionale servizi specifici per i DSA.</p> <p>Anche se gli interventi vengono effettuati da diversi professionisti (logopedisti, educatori, psicologi...) si avverte carenza di condivisione degli interventi e di una metodologia comune.</p> <p>Sulla base di quanto detto, risulta fondamentale dare risposte significative ai bisogni dei bambini, degli insegnanti e delle loro famiglie attraverso la creazione di un Centro per i DSA che metta in rete i diversi interventi riabilitativi.</p>
DESCRIZIONE	<p>Il progetto prevede l'attivazione di un centro per la diagnosi precoce dei DSA e l'attivazione di laboratori didattici, secondo quanto di seguito descritto.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Centro per la Diagnosi dei DSA <p>Il Centro Diagnosi DSA si propone di offrire i seguenti interventi:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Valutazione neuropsichiatrica e psicologica di primo e secondo livello con protocolli scientificamente validati dalla comunità scientifica in merito ai DSA, finalizzata alla diagnosi e alla predisposizione di protocolli riabilitativi; b) Formazione agli insegnanti per cogliere ed interpretare correttamente le difficoltà dei bambini con Disturbi Specifici dell'Apprendimento, fornendo, strategie comunicative e di apprendimento (nonché metodi e strumenti di valutazione per il disagio scolastico), tali da potersi avvicinare alle esigenze specifiche dei ragazzi; c) Elaborazione di progetti di intervento riabilitativo personalizzati; d) Informazioni specifiche ai genitori riguardo al disturbo e indicazioni su come aiutare il bambino a recuperare nelle aree in cui è più debole; e) Coordinamento delle attività cliniche. <p>AZIONI E METODOLOGIA DI LAVORO</p> <p><u>Fase 1</u></p> <p>Al momento dell'accesso, del soggetto affetto da DSA, al servizio verrà compilata una cartella computerizzata che comprende:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Registrazione dati anagrafici e socio-ambientali; • Trascrizioni e integrazione dei dati anamnestici, <p><u>Fase 2</u></p> <p>Valutazione neuropsichiatrica e psicologica, valutazione sociale e</p>

familiare.

Tale **processo** comprende:

1. Anamnesi: accurata e mirata alle possibili cause: sofferenza encefalica precoce (pre o perinatale) o post-natale (infezioni, traumi, encefalopatie epilettiche...); alterato sviluppo delle tappe motorie, prassiche e linguistiche, dell'organizzazione affettivo-relazionale; inadeguate esperienze ambientali (carenze, traumi, abusi...). Rilievo di disturbi neurologici (epilessia, disturbi motori, disturbi del sonno, cefalea...) e/o psichiatrici (ritardo mentale, disturbi generalizzati dello sviluppo, disturbo dell'umore, disturbo d'ansia, disturbo di personalità, psicosi...). Ricerca nei familiari di dislessia, discalculia, disortografia. Indagine sui tempi di acquisizione delle abilità di pregrafismo e dei primi elementi di lettura scrittura e calcolo.
2. Esami strumentali:
 - 3.1. Indagine psicodiagnostica: l'esame di base comprende le fasi a) e b) alle quali possono essere aggiunte le fasi c) e d) con utilizzazione degli strumenti metodologici mirata al singolo caso, a scelta dell'operatore e secondo le risorse disponibili.
 - a) Valutazione dell'intelligenza generale con l'uso di almeno un test psicometrico (WPPSI, WISC R, WAIS R; Scala Stanford Binet, Culture Free Cattell test);
 - b) Valutazione delle abilità di lettura e scrittura:
 - per la lettura (MT prove di lettura, Cornoldi C, Colpo G (21); Batteria per la valutazione della dislessia e della disortografia, Sartori G, Job R, Tressoldi E (88); Testo Diretto di Lettura e Scrittura, TDLS adattamento italiano del Boder test, Chiarenza e Cucci (13); Batteria per la diagnosi della dislessia e della disortografia evolutiva, Sartori, Job, Tressoldi (88);
 - per la scrittura (Batteria per la valutazione della scrittura e delle competenze ortografiche, Tressoldi PE, Cornoldi C, (109); TDLS adattamento italiano del Boder test, Chiarenza Cucci (13); Le difficoltà di apprendimento della lingua scritta, A. Martini (68); Valutazione delle abilità di scrittura, Giovanardi Rossi, Malaguti (45);
 - per la matematica (Prove oggettive di matematica per la scuola elementare, Soresi S, Corcione D, Gruppo Emmepiù (94); Test di matematica per la scuola dell'obbligo, Amoretti G, Bazzini L. Pesci A, Reggiani M (2); Valutazione delle abilità matematiche, Giovanardi Rossi P, Malaguti T (46); Lucangeli D, Tressoldi PE, Fiore C, Test ABCA, Valutazione delle abilità di calcolo aritmetico (65).

Fase 3

Definizione e attuazione di un programma di intervento specifico, a partire dai risultati emersi in sede di valutazione e rispettosi della soggettività dell'individuo aventi i seguenti **obiettivi**:

- a. fornire una buona preparazione sui DSA, sia agli insegnanti che alle famiglie, ciascuno per i propri ruoli e compiti;

	<p>b. far conoscere la normativa in materia e le modalità di segnalazione ai servizi;</p> <p>c. ridurre il disagio affettivo-relazionale legato ai DSA;</p> <p>d. rafforzare l'autostima e la motivazione all'apprendimento negli alunni DSA;</p> <p>e. potenziare negli alunni in situazione di disagio le abilità cognitive funzionali all'apprendimento;</p> <p>f. Favorire strategie meta cognitive;</p> <p>g. Permettere il successo scolastico agli alunni DSA attraverso;</p> <p>h. l'utilizzo di metodologie didattiche e valutative adeguate;</p> <p>i. promuovere attenzione e giuste modalità di rapporto con le famiglie degli alunni DSA</p> <p><u>Fase 4</u></p> <p>Attivazione laboratori didattici</p> <p>A tal fine vengono individuati e attivati i seguenti interventi /azioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1^ 2 mese : <ul style="list-style-type: none"> - valutazione neuropsichiatrica e psicologica; - intervento formativo per gli insegnanti di tutti i gradi scolastici sulle modalità di somministrazione delle prove; - presentazione del progetto alle famiglie (raccolta di consensi per lo screening); - somministrazione iniziale delle prove agli alunni della scuola Primaria diagnosticati DSA o che presentano difficoltà riconducibili ad un quadro di DSA • 3 - 4 mese : <ul style="list-style-type: none"> - classificazione esiti delle prove degli alunni della scuola Primaria suddetti; - confronto sui casi con specialisti di riferimento e/o con le scuole che hanno già attivato interventi sul tema; - scelta metodi per il trattamento degli eventuali casi emersi; - definizione di PDP condivisi e sottoscritti dalle famiglie; - inizio attuazione strategie condivise e mirate; - attivazione laboratori didattici pomeridiani; • 5 mese : <ul style="list-style-type: none"> - Continuazione utilizzo metodologie scelte • 6 mese: <ul style="list-style-type: none"> - Somministrazione intermedia (dove prevista) delle prove di screening; - Ridefinizione dell'intervento in base ai risultati ottenuti; • 7-8 mese : <ul style="list-style-type: none"> - Ripresa dell'intervento sugli alunni DSA con gli aggiustamenti per i singoli casi; • 9 – 10 mese: <ul style="list-style-type: none"> - Mappatura della situazione degli alunni della scuola Primaria attraverso la somministrazione a tutti gli alunni delle diverse classi delle prove finali MT, AC-MT e della batteria per la valutazione
--	---

	<p>della scrittura e della competenza ortografica;</p> <ul style="list-style-type: none"> • 11-12 mese: - Somministrazione ai casi dubbi della scuola dell'Infanzia e della scuola Secondaria di I grado di IPDA, prove AC-MT e della batteria per la valutazione della scrittura e della competenza ortografica; - Relazione ai colleghi dei diversi gradi scolastici, ad opera degli insegnanti referenti, dei risultati del progetto; - Restituzione dei risultati alle famiglie; - Incontri di continuità per un adeguato passaggio di informazioni tra gli insegnanti della scuola dell'Infanzia e gli insegnanti delle classi prime della scuola Primaria e tra i docenti delle classi quinte della scuola Primaria e quelli delle classi prime della scuola secondaria di I grado; <p><u>LABORATORI DIDATTICI</u></p> <p>I Laboratori didattici pomeridiani sono un' elemento integrante del processo di "presa in carico" del bambino con DSA e/o difficoltà di apprendimento; i laboratori costituiscono, all'interno del progetto di inclusione scolastica, uno dei possibili interventi educativi volti a favorire l'acquisizione di competenze e strategie mirate alla migliore valorizzazione dei potenziali di apprendimento.</p> <p>I laboratori accompagnano i ragazzi della scuola primaria e secondaria di primo grado per l'intero anno scolastico cercando di fungere da ponte tra le istanze educative dell'alunno, della scuola e della famiglia. I laboratori si collocano fisicamente negli ambienti scolastici, al fine di trasmettere agli utenti una naturale continuità del percorso scolastico.</p> <p>L'ambiente Scuola è privilegiato per le sue caratteristiche sia Istituzionali che strutturali che per la disponibilità di laboratori tecnologici multimediali utili al percorso laboratoriale.</p> <p>I laboratori sono strutturati in attività pomeridiane, in accordo con l'istituzione scolastica accogliente con apertura pomeridiana dalle ore 15:00 alle ore 19:00.</p> <p>Il servizio garantisce colloqui individuali a richiesta fra i familiari e/o insegnanti e gli operatori dei laboratori.</p> <p>La programmazione delle attività didattiche sarà effettuata sulla base delle caratteristiche individuali di ogni ragazzo sia attraverso la lettura della diagnosi che attraverso la condivisione del bisogno scolastico con gli insegnanti curricolari.</p> <p>Strumenti</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Per le attività: <input type="checkbox"/> computer con software didattici specifici; <p>Progetto DSA Disturbo Specifico dell'Apprendimento Progetto DSA 7</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> testi facilitati e/o digitali; <input type="checkbox"/> Schede didattiche ad hoc <p>Per gli alunni DSA:</p> <p>Dispensativi Compensativi</p>
--	---

	<p>dispensa dalla lettura a voce alta, dalla scrittura veloce sotto dettatura, dalla lettura di consegne; dispensa dall'uso del vocabolario e dallo studio mnemonico (tabelline, poesie,...);</p> <p>dispensa dallo studio delle lingue straniere in forma scritta, a causa delle difficoltà rappresentate dalla differenza tra scrittura e pronuncia; tempi più lunghi per prove scritte e per lo studio, mediante una adeguata organizzazione degli spazi ed un flessibile raccordo tra gli insegnanti;</p> <p>organizzazione di interrogazioni programmate;</p> <p>assegnazione di compiti a casa in misura ridotta;</p> <p>possibilità d'uso di testi ridotti non per contenuto, ma per quantità di pagine (come già avviene in vari paesi europei tra i quali la Gran Bretagna dove esiste lo stesso testo ampio oppure ridotto per i DSA)</p> <p>tabella dei mesi, tabella dell'alfabeto e dei vari caratteri;</p> <p>tavola pitagorica;</p> <p>tabella delle misure, tabelle delle formule;</p> <p>calcolatrice;</p> <p>registratore;</p> <p>cartine geografiche e storiche, tabelle della memoria di ogni tipo;</p> <p>computer con programmi di videoscrittura, con correttore ortografico e sintesi vocale, commisurati al singolo caso;</p> <p>CD-DVD (dagli insegnanti, dagli alunni, e/o allegati ai testi);</p> <p>testo parlato dei libri in adozione ed altri testi culturalmente significativi, (collaborazione col Centro del "Libro parlato" dell'Unione Italiana Ciechi);</p> <p>dizionari di lingua straniera computerizzati, tabelle, traduttori;</p> <p>richiesta alle case editrici di produrre testi anche ridotti e contenenti cd-rom</p>
OBIETTIVI	<p>Il progetto, dunque, si prefigge:</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'attivazione di un centro per la diagnosi precoce; - l'attuazione di momenti di indagine conoscitiva degli alunni dell'ultimo anno della Scuola dell'Infanzia e del primo anno della scuola Primaria; - la realizzazione di un intervento mirato nei casi diagnosticati, ma anche su quelli in dubbio; - la costruzione di un PDP (Piano Didattico Personalizzato) per gli alunni DSA, fondamentale nel momento di passaggio degli stessi alla scuola Secondaria di I grado e modificabile negli anni successivi, in base ai risultati; - spazi di formazione rivolti agli insegnanti e alle famiglie.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	<p>CRONOPROGRAMMA</p> <p>1[^] - 2[^] mese:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valutazione neuropsichiatrica e psicologica;

	<p>3[^] - 4[^] mese:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Classificazione esiti delle prove degli alunni della scuola Primaria; - Attivazione laboratori didattici pomeridiani; <p>5[^] mese:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Continuazione utilizzo metodologie scelte; <p>6[^] mese:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Somministrazione intermedia (dove prevista) delle prove di screening; <p>7[^] - 8[^] mese:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ripresa dell'intervento sugli alunni DSA; <p>9[^] - 10[^] mese:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Somministrazione a tutti gli alunni delle diverse classi delle prove finali MT, AC-MT e della batteria per la valutazione della scrittura e della competenza ortografica; <p>11[^] - 12[^] mese:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Restituzione dei risultati;
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	<p>La valutazione del progetto riguarderà gli esiti specifici dei singoli interventi, e gli esiti generali riguardanti una valutazione complessiva dell'efficacia del programma attuato.</p> <p>Si ribadisce che il goldend 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 DSA e nell'ambito familiare che nel contesto scolastico.</p> <p>Indicatori</p> <p>A. Indicatori di Processo</p> <p>Interventi di Supporto agli insegnanti e alle famiglie;</p> <p>C. Indicatori di risultato</p> <p>Diagnosi e trattamento specialistico precoci;</p> <p>Miglioramento nella:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Risposta all'ambiente, - Area della comunicazione; - Area del linguaggio; - Orientamento spazio-temporale; - Attenzione; - Autostima; - Area delle interazioni sociali e delle relazioni; - miglioramento della qualità di vita nella famiglia e nel contesto scolastico.
RISULTATI ATTESI	<p>RISULTATI ATTESI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnosi e trattamenti specialistici precoci.

	<ul style="list-style-type: none">• Favorire nei ragazzi un percorso di apprendimento scolastico che massimizzi le loro potenzialità attraverso il sostegno di educatori competenti e di strumenti e modalità operative adeguate ai soggetti con DSA e/o difficoltà di apprendimento.• Permettere ad ognuno di recuperare un rapporto positivo con lo studio rinforzando il proprio senso di competenza, realizzare attraverso la rete di supporto una forte collaborazione con le scuole, i servizi sociali e sanitari , le famiglie che permetta ad ognuno di esercitare il proprio ruolo e di conseguenza di attivare con la massima efficacia le proprie risorse per affrontare questo problema. <p>Risorse umane</p> <ul style="list-style-type: none">- insegnanti scuola dell'Infanzia;- insegnanti scuola Primaria;- insegnanti scuola Secondaria di I grado;- neuropsichiatri, psicologi, psicopedagogisti, logopedisti;- docenti universitari e formatori del campo psico-educativo;- scuole del territorio che hanno alunni con DSA con cui costruire un significativo lavoro di scambio e di rete;- associazioni che si occupano di DSA; <p>Destinatari:</p> <ul style="list-style-type: none">- Soggetti affetti da DSA;- Famiglie;- Insegnanti; <p>Partner del Progetto:</p> <ul style="list-style-type: none">- Servizi sociali e sanitari;- Scuole Primarie e Secondarie di I grado;- Associazioni di volontariato che si occupano di DSA;
--	--

PROSPETTO ECONOMICO DELL'INTERVENTO N. 4

DESCRIZIONE	TOTALE (IN EURO)
-------------	---------------------

ASREM

PERSONALE

Personale a contratto medico (€ 60/h) e non medico (€ 30/h) impegnato nelle Equipe Aziendali (altro personale a contratto, esperto in psicologia del lavoro e delle organizzazioni per analisi del clima aziendale)	150.000,00
--	------------

MATERIALI DI CONSUMO E ATTREZZATURE

Software dedicato e pc per checklist	15.000,00
Test batteria	7.000,00
Acquisto arredi e materiali	10.000,00

<u>TOTALE</u>	<u>182.000,00</u>
----------------------	--------------------------

INTERVENTO N. 5

Identificazione di percorsi diagnostici e terapeutici per la gestione della malattia cerebrovascolare in fase cronica.

CONTESTO	<p>In Italia, l'ictus cerebrale è responsabile del 10-12% di tutti i decessi per anno, rappresenta la prima causa di disabilità e la seconda causa di demenza.</p> <p>Ogni anno si registrano nel nostro Paese circa 200.000 casi di cui 35.000 sono recidive. Il 75% degli ictus colpisce i soggetti di oltre 65 anni. L'incidenza nella popolazione giovanile, ovvero di età inferiore a 50 anni, è di circa 10 casi su 100.000 abitanti. Dalla quarta all'ottava decade di vita, l'incidenza della malattia aumenta di circa 100 volte. Tuttavia recenti stime parlano di un incremento di incidenza di almeno 5 punti percentuali all'anno nella fascia di età compresa tra 45 e 65 anni. Tra le nazioni a più alto sviluppo socio-economico, l'Italia risente in maniera particolare del processo di invecchiamento della popolazione, ed il Molise è tra le regioni italiane con il più alto tasso di popolazione anziana. Nel Molise il 5% della popolazione rurale di età superiore ai 40 anni ha manifestato un attacco ischemico transitorio cerebrale nella propria vita. Negli anni 2007 e 2008 sono stati registrati circa 500 casi di ictus, con un incremento dell'incidenza negli anni successivi di circa il 15%.</p> <p>La mortalità acuta (a 30 giorni) dopo ictus è pari a circa il 20%, mentre quella ad 1 anno è pari al 30%; il 10% dei pazienti colpiti da ictus va incontro a recidiva nel corso dell'anno successivo. Ad 1 anno dall'evento acuto, un terzo circa dei soggetti sopravvissuti ad un ictus presenta un grado di disabilità elevato, tanto da poter essere definito totalmente dipendente.</p> <p>Si calcola che in media, per ciascun paziente colpito da ictus, la spesa sanitaria per la gestione diagnostica, terapeutica ed assistenziale nella fase acuta sia di circa 6.500,00 euro; l'invalidità permanente determina invece una spesa per gli anni successivi di circa 70.000,00-80.000,00 euro.</p> <p>Per l'assistenza ai pazienti con esiti di ictus (circa un milione) e per le cure dei nuovi casi (circa 200.000/anno), il Servizio Sanitario Nazionale sostiene un costo totale stimato di 3,7 miliardi di euro. Il costo medio annuo a paziente con disabilità grave per famiglia e collettività, escludendo i costi a carico del SSN, è di circa 30.000 euro, per un totale di circa 14 miliardi di euro/anno. Questa cifra, che rappresenta il 78,8% dei costi totali, riguarda la riduzione di produttività relativa alla perdita di lavoro dei pazienti (26,2%) e quella principale legata all'assistenza prestata dai caregiver (52,6%), intesa come mancata produttività per chi ha perso il lavoro o lo ha ridotto e come monetizzazione delle ore di assistenza prestate per gli altri caregiver.</p> <p>I dati presentati evidenziano quale sia la reale entità del problema di gestione della malattia cerebrovascolare in fase cronica ed il suo</p>
----------	---

	<p>peso in termini sanitari, economici e socio-assistenziali. Pur ribadendo la necessità di un impegno sistematico alla prevenzione primaria nonché alla gestione ultraspecialistica della fase acuta, allo stato si rende prioritario l'avvio di una revisione dell'offerta di servizi e prestazioni e l'elaborazione di un modello di presa in carico integrata del malato nella fase cronica. Ciò al fine di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - migliorare l'efficacia in termini di gestione della malattia individuando i target di pazienti, contestualizzando gli interventi e ridefinendo la tempistica dell'attività clinico-assistenziale; - ottimizzare l'approccio plurispecialistico al paziente e mantenerlo in continuità con la medicina territoriale; - ridurre i costi diretti ed indiretti per prestazioni cliniche, diagnostiche e terapeutiche.
DESCRIZIONE	<p>Il progetto sarà sviluppato nelle strutture ospedaliere regionali, prevedendo una partecipazione fattiva e di monitoraggio all'attività di reparto in degenza ordinaria, di Day Hospital ed ambulatoriale delle stesse.</p> <p>Sarà svolto da 3 specialisti neurologi, con competenza nella gestione della malattia cerebrovascolare, che assicureranno:</p> <ul style="list-style-type: none"> - prestazioni cliniche con gestione diretta dei pazienti ricoverati in degenza ordinaria e raccolta dati di pazienti dimessi con diagnosi di ictus cerebrale; - gestione diretta di ricoveri in Day Hospital dedicati alla valutazione/rivalutazione clinico-diagnostico-terapeutica di pazienti affetti da malattia cerebrovascolare in fase cronica, anche per approccio a complicanze e per interventi multidisciplinari; - gestione diretta di un ambulatorio dedicato alla prima visita o al follow up di pazienti affetti da malattia cerebrovascolare in fase cronica; - interazione per il singolo paziente con altre specialità mediche e con medicina territoriale;
OBIETTIVI	<p>Scopo primario del progetto è l'identificazione di percorsi diagnostici e terapeutici per la gestione della malattia cerebrovascolare in fase cronica ovvero di pazienti già colpiti da ictus ischemico o emorragico con o senza esiti.</p> <p>Il progetto ha come obiettivi principali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - continuità assistenziale specialistica per il paziente dimesso con diagnosi di ictus cerebrale acuto che assicuri controlli neurologici ambulatoriali a tempi prestabiliti nel primo anno dopo l'evento, al fine di monitorare l'evoluzione clinica dello stesso, anche in funzione della terapia riabilitativa, valutare l'entità degli esiti, ridefinire periodicamente il bisogno assistenziale; - identificazione di indagini cliniche, di laboratorio e strumentali e della opportuna tempistica di svolgimento delle stesse che assicurino, per tipologia di paziente, un adeguato programma di

	<p>prevenzione secondaria ed una stratificazione del rischio di recidiva;</p> <ul style="list-style-type: none"> - individuazione di percorsi diagnostico-terapeutici condivisibili con altre specialità (Cardiologia, Diabetologia, Chirurgia vascolare, Nefrologia, Ematologia), soprattutto per il paziente pluripatologico, al fine di garantire un approccio uniforme ed integrato; - individuazione di percorsi terapeutico-assistenziali per il paziente con grave disabilità condivisibili con la medicina territoriale ed identificazione dei principali bisogni sanitari di ordine specialistico.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	<p>Mesi 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Analisi degli attuali modelli di gestione della malattia cerebrovascolare in fase cronica presso le strutture ospedaliere regionali; - Analisi del carico di lavoro in regime di Day Hospital ed ambulatoriale ad essa dedicato; - Inizio dell'attività clinica di reparto ed organizzazione di attività di Day Hospital ed Ambulatorio dedicati; <p>Mesi 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificazione dei percorsi diagnostico-terapeutici da attuare per monitoraggio dello status clinico, gestione delle comorbidità, prevenzione secondaria; - Analisi degli attuali modelli di interazione Ospedale-Territorio; <p>Mesi 6:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ridefinizione dei percorsi diagnostico-terapeutici dedicati ai pazienti con grave disabilità; <p>Mesi 10-12:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Iniziale verifica degli obiettivi stabiliti;
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	<ul style="list-style-type: none"> - Incremento delle prestazioni ambulatoriali dedicate; - Riduzione dei costi per esami di laboratorio e strumentali che verranno invece cadenzati secondo un programma definito ed in accordo con altri specialisti o medici di medicina generale; - Riduzione degli accessi in P.S. e di eventuali ricoveri in regime di degenza ordinaria per complicanze prevedibili e prevenibili;
RISULTATI ATTESI	<ul style="list-style-type: none"> - continuità clinico-terapeutica nella gestione della malattia cerebrovascolare dalla fase acuta a quella cronica da parte dello specialista neurologo; - approccio multidisciplinare integrato e disegnato sui bisogni assistenziali del singolo paziente nel medio-lungo termine; - riduzione degli accessi in P.S. per complicanze attese e gestibili in regime ambulatoriale o sul territorio;

	<ul style="list-style-type: none">- riduzione dei ricoveri in regime di degenza ordinaria per complicanze croniche o riduzione della durata stessa dei ricoveri con eventuali indicazioni a trattamenti specialistici mirati;
--	---

PROSPETTO ECONOMICO DELL'INTERVENTO N. 5

DESCRIZIONE	TOTALE (IN EURO)
ASREM	
<u>PERSONALE</u>	
Personale a contratto	100.000,00
<u>MISSIONI</u>	
Spese per missioni	6.000,00
<u>MATERIALI DI CONSUMO E ATTREZZATURE</u>	
Apparecchiature e materiale vario	50.000,00
<u>TOTALE</u>	<u>156.000,00</u>

INTERVENTO N. 6

Diagnosi e trattamento dei disturbi pervasivi dello sviluppo

CONTESTO	<p>L'autismo è una sindrome comportamentale causata da un disordine dello sviluppo biologicamente determinato, con esordio nei primi tre anni di vita. 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).</p> <p>I dati epidemiologici forniti dal Ministero della Salute indicano come i disturbi pervasivi dello spettro autistico costituiscono sempre di più un problema rilevante di sanità pubblica; rappresentano inoltre, una delle maggiori cause di disabilità intellettiva nella popolazione generale con un considerevole impatto socio-sanitario.</p> <p>L'autismo non presenta prevalenze geografiche e/o etniche, in quanto è stato descritto in tutte le popolazioni del mondo, di ogni razza o ambiente sociale. Presenta, viceversa, una prevalenza di sesso, in quanto sembra colpire i maschi in misura da 3 a 4 volte superiore rispetto alle femmine (Fombonne, 2003; Skuse, 2000; Yeargin-Allsopp et al., 2003).</p> <p>Sulla base dei dati attualmente disponibili una prevalenza di 10 casi per 10000 sembra la stima più attendibile (Fombonne, 2003; Volkmar et al., 2004). Tale dato confrontato con quelli riferiti in passato ha portato a concludere che attualmente l'autismo è 3-4 volte più frequente rispetto a 30 anni fa (Fombonne, 2003; Yeargin-Allsopp et al., 2003).</p> <p>Secondo la maggioranza degli Autori (Fombonne, 2001; Baird et al., 2003; Prior, 2003), questa discordanza nelle stime di prevalenza sarebbe dovuta più che ad un reale incremento dei casi di autismo, ad una serie di fattori individuabili in:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ maggiore definizione dei criteri diagnostici, con inclusione delle forme più lievi; ◆ diffusione di procedure diagnostiche standardizzate; ◆ maggiore sensibilizzazione degli operatori e della popolazione in generale; ◆ aumento dei Servizi (anche se ancora decisamente inadeguati alla richiesta, sia quantitativamente che qualitativamente); <p>Analisi del bisogno.</p> <p>Si è cercato di far fronte alla necessità di offrire alcune risposte ai numerosi utenti affetti da disturbo dello spettro autistico e alle famiglie stesse attraverso la costituzione di un Centro di diagnosi e trattamento abilitativo che si radica all'interno di tre importanti classi di considerazioni.</p> <p>La <i>prima</i>, di natura strettamente epidemiologica, vede la categoria dei disturbi pervasivi dello sviluppo come una delle</p>
----------	---

	<p>principali cause che originano disabilità intellettiva. Il dato su cui era originariamente stimata la prevalenza, era di 4 su 10.000 (DSM IV TR “Manuale Statistico Diagnostico, Masson 2002).</p> <p>Tuttavia, in assenza di studi su base nazionale, in tempi più recenti sono stati pubblicati numerosi studi di carattere epidemiologico, che hanno rilevato importanti dati sulla sua incidenza. Si è rilevato, infatti, secondo stime di prevalenza che l’incidenza del fenomeno è decisamente aumentata con una prevalenza fino a 6 su 1000, con un tasso stimato di 1 su 500 nati. Secondo questi dati, pertanto, il disturbo dello spettro autistico rappresenterebbe una delle cause più frequenti di disabilità intellettiva. Il bacino di utenza si aggira intorno ai 500 bambini, mentre è più difficile la stima rispetto agli adulti i quali, una volta usciti dal servizio di neuropsichiatria, non vengono più seguiti da nessun servizio e come spesso affermano i genitori “non sono più utenti di nessuno”.</p> <p>Nella maggior parte dei casi, bambini ed adolescenti seguono attività di logopedia e psicomotricità nei vari centri riabilitativi senza avere però una terapia specifica per autismo; altri sono costretti a rivolgersi a servizi fuori regione a totale carico delle famiglie soprattutto quando la gestione dei bambini diventa difficile all’interno del contesto scolastico.</p> <p>Gli adulti, invece, trovano accoglienza nei centri socio – educativi dove svolgono attività di sostegno e socializzazione per qualsiasi forma di disabilità.</p> <p>Per questa ragione, la diagnosi precoce e il relativo intervento riabilitativo assumono una rilevanza sociale di grande importanza. La prognosi risulta significativamente condizionata anche dalla precocità della diagnosi e dall’adeguatezza dell’intervento riabilitativo.</p> <p>La <i>seconda</i> è legata all’offerta diagnostica – riabilitativa sul territorio molisano. Per la diagnostica opera la neuropsichiatria infantile territoriale, che risulta qualitativamente insufficiente se si considera che l’accesso al servizio ha un tempo di attesa che va dai 4 ai 6 mesi. Per quanto riguarda, invece, gli aspetti riabilitativi non è presente sul territorio regionale nessuna tipologia di servizio specifico per il trattamento e la cura dei disturbi dello spettro autistico. Alcuni genitori, infatti, per far fronte a tale carenza, si sono costituiti in associazione per portare le loro istanze nei contesti istituzionali ed assicurare ai propri figli trattamenti idonei senza ricorrere a strutture extraregionali, con evidenti aggravii sulla sanità molisana e difficoltà logistiche per gli utenti.</p> <p>Sulla base di quanto detto, dunque, appare necessario dare risposte significative ai bisogni dei bambini e delle loro famiglie, tenendo conto del bisogno di una più stretta collaborazione e condivisione degli interventi tra il Centro per la diagnosi e la cura dell’autismo, tra pediatri, scuola, famiglia e associazionismo. Inoltre, bisogna prevedere la possibilità di implementare percorsi</p>
--	---

	<p>di presa in carico differenziati a seconda delle necessità dei soggetti affetti da tale patologia e prevedere anche l'opportunità per alcuni bambini (soprattutto quelli con una disabilità importante) di aumentare il numero di sedute terapeutiche settimanali fino ad almeno 10 ore settimanali, così come indicato dalle "linee guida per l'Autismo" delle SINPIA (Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza),</p> <p>La <i>terza</i> di queste classi di considerazioni alberga nella gestione dei Servizi Regionali. Attualmente, nell'ambito dei servizi diurni per i giovani, il disturbo generalizzato dello sviluppo ha una porzione non irrilevante (una prevalenza di circa il 20%, pari a circa 40 ospiti). Al fine di prevenire gravi disturbi della condotta e del comportamento, unitamente a significative disabilità di adattamento al contesto scolastico, sociale e familiare in tale tipologia di utenza si pone il problema della necessità di apprestare precoci interventi abilitativi. Alla luce di questi dati generali appare chiara anche la prospettiva futura della nostra regione che presenta un rischio di vedere aumentata l'incidenza di patologie dello spettro autistico.</p> <p>L'autismo e in generale i disturbi pervasivi dello sviluppo, si caratterizzano quindi per la compromissione di abilità comportamentali, cognitive, di comunicazione, di socializzazione e delle autonomie che consentono un futuro inserimento nella vita sociale e lavorativa del soggetto preso in carico. La patologia, infatti, riduce la possibilità di utilizzare queste funzioni fino a rendere l'individuo incapace di provvedere a se stesso e di relazionarsi in maniera efficace con l'altro. Individuare l'autismo sin dagli esordi, monitorando nel tempo eventuali campanelli d'allarme e definendo interventi riabilitativi, pertanto, può ridurre l'impatto della malattia.</p> <p>Un servizio rivolto a soggetti affetti da autismo deve, quindi, necessariamente operare una presa in carico dell'intero sistema coinvolto (individuo, famiglia, sanità, scuola), interessando e attivando la rete sociale e le agenzie territoriali che gravitano intorno all'individuo.</p> <p>Nel sospetto di sindrome da autismo appare perciò di fondamentale importanza poter valutare e quantificare le abilità cognitive e le aree compromesse, mediante la somministrazione di batterie standardizzate di test neuropsichiatrici e psicologici espressamente studiate al fine di porre una <i>diagnosi precoce</i>.</p> <p>Questo processo di identificazione è necessario per stabilire gli obiettivi del programma di riabilitazione e quale tipo di intervento adottare per il singolo soggetto.</p>
--	--

DESCRIZIONE	<p>Il progetto intende realizzare un servizio rivolto a soggetti con disturbi pervasivi dello sviluppo e disturbi del comportamento, finalizzato ad una valutazione diagnostica dello stato cognitivo psicologico e funzionale e a fornire interventi riabilitativi e terapeutici in grado di sviluppare abilità comportamentali, cognitive, di comunicazione, di socializzazione e delle autonomie per un futuro inserimento nella vita sociale del soggetto preso in carico.</p> <p>L'inquadramento diagnostico diventa una premessa necessaria per la costruzione di un processo di azioni integrate, in grado di prendere in carico la multidimensionalità della patologia e costituito da interventi riabilitativi, assistenziali e socio sanitari.</p> <p>Gli interventi previsti sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Valutazione neuropsichiatrica e psicologica con protocolli scientificamente validati dalla comunità scientifica in merito all'autismo, finalizzata alla diagnosi e alla predisposizione di protocolli riabilitativi; b) Elaborazione di progetti di intervento riabilitativo personalizzati; c) Partecipazione al lavoro d'equipe del Centro Diurno e della community farm con sinergia degli interventi posti in essere dal progetto riabilitativo dell'utente inserito; d) Attività di segreteria con mansioni di accettazione, archiviazione e tenuta dati sensibili. <p>AZIONI E METODOLOGIA DI LAVORO</p> <p><i>Fase 1:</i> Al momento dell'accesso del paziente al servizio verrà compilata una cartella computerizzata che comprende:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Registrazione dati anagrafici e socio-ambientali; ○ Trascrizioni e integrazione dei dati anamnestici; ○ Accurata anamnesi patologica prossima, in particolare dei disturbi cognitivi. <p><i>Fase 2:</i> Valutazione Neuropsichiatrica e psicologica multifunzionale; valutazione sociale e familiare. Tale processo comprende la somministrazione delle scale:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ PEP-R, Profilo Psico-educativo Revisato, di Schopler; ○ AA-PEP, Profilo Psico-educativo per adolescenti e adulti, di Schopler; ○ Scala Vineland per la valutazione del comportamento adattivo; ○ Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS) (Lord et
-------------	---

	<p>al., 2000);</p> <ul style="list-style-type: none"> o Autism Diagnostic Interview - Revised (ADI-R) (Lord et al, 1994). <p><i>Fase 3:</i> Definizione e attuazione di un programma di intervento specifico, a partire dai risultati emersi in sede di valutazione funzionale e rispetto alla soggettività dell'individuo, aventi i seguenti obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Ridurre l'impatto dei comportamenti disadattivi sulla qualità di vita; b. Sollecitare abilità cognitive; c. Favorire il recupero o l'attivazione di componenti relazionali e di socializzazione al fine di favorire l'inserimento nel contesto scolastico e socio – lavorativo. <p><i>Fase 4:</i> A tal fine vengono individuati e attivati i seguenti interventi /azioni :</p> <ul style="list-style-type: none"> o Inserimento presso il Centro abilitativo; o Inserimento presso il Centro diurno per giovani /adulti; o Predisposizione di protocolli con le scuole e servizi socio-ricreativi. <p>CENTRO ABILITATIVO La presa in carico del minore da parte del Centro, prevede una prima fase di valutazione funzionale del minore e l'osservazione nei vari contesti di vita. Questa fase termina con la sintesi delle conclusioni valutative, la firma del contratto abilitativo con i familiari (che stabilisce il modulo di appartenenza del soggetto), la stesura del progetto abilitativo e un incontro di condivisione con tutti gli attori in gioco.</p> <p>Intervento abilitante Ogni minore può essere inserito in uno dei tre moduli previsti dal Centro. Le caratteristiche comuni a tutti i moduli sono le seguenti:</p> <p><i>1.Trattamenti diretti:</i> ogni minore riceve, da parte degli educatori, una certa quantità di interventi abilitativi presso la sede del Centro. In questa sperimentazione, il coordinatore supervisore rappresenta la figura cardine. Si è confortati in questa scelta dalla letteratura internazionale che ha fatto dell'educazione, il trattamento elettivo del disturbo autistico infantile territoriale. I trattamenti intensivi precoci, perseguiti tramite l'approccio cognitivo – comportamentale di tipo ABA e VB (Applied Behaviour Analysis – Verbal Behaviour), mirano, in generale, ad incrementare le abilità di vita del soggetto per favorire il suo miglior adattamento nei contesti di vita. Le attività proposte,</p>
--	--

	<p>pertanto, riguardano apprendimenti nel campo delle autonomie personali, comunicative, di tempo libero, domestiche e di gestione dei luoghi di vita, sociali e relazionali.</p> <p>Indipendentemente dal modulo di appartenenza, per ciascun minore si valuterà la possibilità di partecipare ad attività di piccolo gruppo, in particolare, quando gli obiettivi principali dell'intervento sono relativi alla costruzione di abilità sociali.</p> <p><i>2.Trattamenti indiretti:</i> Il Centro prevede, per tutti i minori accolti, interventi di sostegno alla famiglia, alla scuola, ed, eventualmente, ad altre agenzie di territorio coinvolte nella gestione del minore con disturbo.</p> <p>Il lavoro con le famiglie dei bambini rappresenta uno dei punti cardine del progetto, nella convinzione che i genitori possano svolgere un ruolo chiave nel trattamento efficace del figlio. La ricerca e la pratica clinica mostrano, infatti, che insegnare ai genitori ad essere agenti attivi del cambiamento nel trattamento del figlio, ha effetti positivi in termini di diminuzione del comportamento inadeguato e sviluppo delle competenze del bambino, di miglioramento della qualità di relazione genitore – figlio, di sviluppo di sentimenti di autoefficacia nei genitori.</p> <p>Partendo da queste premesse, dunque, il Centro intende promuovere:</p> <ul style="list-style-type: none">- <i>Parent training:</i> insegnare a divenire dei genitori competenti e a coadiuvare l'intervento educativo svolto con il bambino;- <i>Counseling genitoriale:</i> aiutare i genitori a riflettere sulle proprie convinzioni educative, sugli stili di attaccamento ed individuare soluzioni che siano coerenti con i valori, le aspettative, gli obiettivi e le priorità della famiglia. <p>Per quanto riguarda gli operatori scolastici dei minori (insegnanti di sostegno e di classe, assistenti <i>ad personam</i>), si prevede una <i>consulenza specifica</i> ai singoli insegnanti e al team della classe: supervisione dei progetti individualizzati e all'attuazione degli stessi; incontri presso la scuola e i centri ricreativi territoriali frequentati dagli utenti, con la possibilità di partecipare ai trattamenti proposti e di visionare i filmati dei minori.</p> <p>I moduli proposti dal Centro sono tre: base, medio e intensivo. Si definiranno, all'inizio del progetto, i criteri precisi per l'assegnazione di ogni bambino al proprio modulo. Ciascuno dei tre moduli è preceduto dallo specifico modulo di presa in carico.</p> <p><i>Modulo 1 – base</i></p> <p>Il Centro prende in carica il bambino, in media, per <i>6 ore settimanali</i>, comprensive di trattamenti diretti, lavoro con la scuola, famiglia, programmazione e valutazione educativa. La</p>
--	--

	<p>parte centrale della presa in carico è l'intervento indiretto.</p> <p>È il modulo che viene scelto, in linea generale, quando il bambino è già seguito in modo esaustivo dai vari servizi del territorio e i bisogni sono legati all'approfondimento di una specifica area di vita del bambino. Ad esempio, è rivolto a quei bambini con disturbo lieve, dove i trattamenti diretti possono essere settimanali o quindicinali ed essere di tipo gruppale; oppure può essere rivolto a quei bambini che hanno già usufruito di un intervento intensivo e necessitano di una consulenza alle figure scolastiche per continuare il lavoro intrapreso.</p> <p><i>Modulo 2 – medio</i></p> <p>Il Centro prende in carico il bambino, in media, per <i>8 ore settimanali</i>, comprensive di trattamenti diretti (il minore viene seguito in sede due giorni a settimana per un totale di 4 ore), lavoro con la scuola, famiglia, programmazione e valutazione educativa.</p> <p>È il modulo che viene scelto, in linea generale, per quei bambini che necessitano di essere seguiti in modo costante presso il Centro, in quanto il loro progetto d'intervento multisistemico prevede un intervento globale su tutte le abilità di vita più importanti.</p> <p>A titolo di esempio, può essere proposto a quei minori che hanno bisogno di un intervento intensivo diretto, ma che, per ragioni organizzative e pratiche (come per bambini con frequenza a tempo pieno), possono recarsi in sede solo con cadenza bisettimanale.</p> <p><i>Modulo 3 – intensivo</i></p> <p>Il Centro prende in carico il bambino, in media, per <i>10 ore settimanali</i>, comprensive di trattamenti diretti, lavoro con scuola, famiglia, programmazione e valutazione educativa. La parte centrale del modulo è l'intervento diretto.</p> <p>È il modulo che viene scelto, in linea di massima, per quei bambini che hanno un disturbo particolarmente grave e necessitano, pertanto, di essere seguiti in modo precoce ed intensivo per sviluppare il più possibile le abilità residue. Ad esempio, è ideale per quelle situazioni in cui ci sono significativi disturbi del comportamento e, quindi, è importante effettuare un'analisi funzionale precisa, definire strategie educative efficaci, sperimentare l'intervento, modificarlo in itinere e validarlo.</p> <p>Per quanto riguarda l'organizzazione dei moduli, in accordo con i partecipanti alla rete, si prevede la possibilità di spostarsi sul territorio e nei vari contesti di vita a seconda del bisogno e dell'andamento.</p> <p><i>Aspetti metodologici</i></p> <p>Le Linee guida per l'autismo (SINPIA – Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, 2012)</p>
--	---

	<p>recitano: “ l’orientamento generale, recepito ormai a livello internazionale, è che l’intervento debba essere precoce, intensivo e curricolare”. L’approccio cognitivo – comportamentale a queste disabilità, risulta ad oggi essere l’unica metodologia che ha ottenuto miglioramenti scientificamente comprovabili nell’approccio alle disabilità dello spettro autistico. In particolare, il Centro, che intende fondare gli interventi abilitativi sulla filosofia “evidence based” (gli interventi attuati vengono validati a partire dagli esiti che si sono prodotti sul comportamento osservabile), fa proprio l’indirizzo del filone cognitivo – comportamentale: la metodologia ABA (Applied Behaviour Analysis).</p> <p>L’analisi applicata del comportamento (ABA) è un processo sistematico di studio e modificazione del comportamento osservabile mediante un’accurata manipolazione di variabili ambientali. La Applied Behaviour Analysis usa metodi basati su principi comportamentali scientificamente stabiliti (apprendimento operante) al fine di costruire repertori comportamentali socialmente utili ridurre quelli problematici.</p> <p><i>Utenza</i></p> <p>I destinatari del progetto sono 12 bambini affetti da autismo o analogo disturbo pervasivo dello sviluppo di età compresa fra 6 e 18 anni, che presentano caratteristiche di particolare gravità riferita al livello di sviluppo, alle manifestazioni comportamentali e/o alle condizioni ambientali e familiari (condizioni socio – economiche problematiche, problemi comportamentali che ostacolano l’apprendimento e l’inserimento scolastico).</p> <p>Il <i>Centro Diurno per giovani adulti</i> si configura come un servizio con funzionamento diurno, che accoglie dal lunedì al venerdì, 10/15 adulti ed offre trattamenti educativi diretti (centrati sul soggetto con disabilità), orientati alle persone che vivono con il ragazzo (famiglie e caregivers) e agli altri contesti significativi (scuola, luoghi del tempo libero e dell’associazionismo).</p> <p>Il Centro vuole caratterizzarsi come un servizio innovativo, in quanto vuole coniugare aspetti abilitativi, terapia occupazionale e inserimento lavorativo attraverso diversi interventi tra i quali quello inerente l’agricoltura speciale.</p> <p>METODOLOGIA</p> <p>L’organizzazione generale del Centro tiene conto dei contributi che derivano dagli approcci evolutivi della filosofia ABA, che sottolineano l’importanza dei seguenti aspetti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - L’adattamento all’ambiente; - Programmazione dell’intervento individualizzato sulla base della valutazione funzionale che tiene conto dei bisogni, caratteristiche, abilità, disabilità, capacità emergenti e punti di forza;
--	---

	<ul style="list-style-type: none"> - Utilizzo di programmi strutturati, attuati in un clima di sostegno empatico altamente affettivo, che rispondono ai requisiti identificati dalla comunità scientifica internazionale come basati sull'evidenza (evidence - based), sui valori condivisi (valued - based), sulla buona pratica e sul loro essere graditi dagli utenti (National Research Council, 2001); - Centralità del problema della comunicazione; - Coinvolgimento dei genitori e degli altri soggetti coinvolti nel programma socio – riabilitativo; - Verifica continua dei risultati. <p>ORARIO DI APERTURA È prevista un'apertura giornaliera, dal lunedì al sabato, per un totale di 25 ore settimanali.</p> <p>ATTIVITA' Le principali attività strutturate sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Attività abilitative - riabilitative per aumentare il gradiente di indipendenza; - Attività di socializzazione che si configurano come un tipo di supporto estensivo a bassa intensità; - Attività di formazione, inserimento lavorativo e socio/terapeutico, che si configura come un tipo di supporto estensivo a media intensità (necessità di personale preparato); - Attività di supporto alle famiglie con attività psicoeducazionale e di auto – aiuto che si configura come un'attività di supporto intermittente a media intensità (necessità di personale preparato). <p>Da sottolineare che una variabile che condiziona la tipologia di supporto è di norma rappresentata dall'età.</p> <p>Ai fini delle attività sopra elencate, sono, inoltre, previsti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Laboratori di attività cognitive e di terapia occupazionale; - Laboratorio di musicoterapia; - Laboratorio di riabilitazione equestre; - Laboratorio di ortoterapia. <p>LA RIABILITAZIONE EQUESTRE L'effetto terapeutico della R.E. si basa sul particolare rapporto che si instaura tra paziente e cavallo, fondato su un linguaggio prettamente motorio, ricco di sensazioni piacevoli e riassicuranti estremamente coinvolgenti sul piano emotivo. La R.E. è particolarmente indicata per chi è affetto da disturbi pervasivi dello sviluppo. Nelle <u>patologie psichiche</u>, l'effetto positivo è legato sia al setting contenitivo delle sedute, che si</p>
--	---

	<p>basa sulle regole di comportamento che impone il contatto diretto con il cavallo e sulle regole di equitazione, sia alla complessa interazione che si instaura tra cavallo e cavaliere, che è fondamentale per i soggetti con problematiche psichiche.</p> <p>Quando l'utente ha a che fare con il cavallo, e si confronta realmente e concretamente con le sue reazioni, con le sue condotte spesso imprevedibili, con le sue necessità, con i suoi ritmi, ed è costretto, pertanto, a passare dal mondo dell'immaginario al reale.</p> <p>Praticando la R.E. deve affrontare frustrazioni, fare un continuo esame delle proprie capacità confrontandole con la realtà, a tratti rivalutandole a tratti ridimensionandole.</p> <p>La seduta di R.E. dura quarantacinque minuti, ma l'equipe si riserva la competenza di adeguarne la durata alle condizioni psico-fisiche dell'allievo.</p> <p>L' ORTOTERAPIA</p> <p>Lavorare a stretto contatto con la natura negli orti-giardini è un modo in più per cercare di aumentare le capacità adattive del soggetto con disturbi pervasivi dello sviluppo ma anche per:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sviluppare motricità seminare, potare, raccogliere i frutti e le tante altre attività a contatto con la natura stimolano sicuramente il movimento favorendo inoltre anche il coordinamento oculo-manuale, l'incremento della forza e della resistenza, il movimento bilaterale; ▪ Migliorare capacità di apprendimento imparare il nome di alcune piante, apprendere nozioni spazio-temporale, ciclicità delle stagioni e tempi adatti per la semina e il raccolto, organizzare lo spazio dell'orto, sono tutte attività che incrementano la capacità di apprendimento e la sfera cognitiva del soggetto coinvolto oltre a stimolare concentrazione, capacità logiche e memoria; ▪ rafforzare l'autostima il soggetto infatti è chiamato a svolgere un ruolo attivo e dal suo impegno ed operato poi si possono vedere realmente i frutti; ▪ favorire la socializzazione l'individuo, infatti, è inserito in un gruppo di lavoro dove si persegue un intento comune e si svolge un'attività assieme agli altri condividendo spazi, strumenti, fini ed obiettivi; per questo l'ortoterapia è consigliata anche a soggetti autistici o con handicap fisici che hanno portato l'individuo all'isolamento; ▪ riconoscere e gestire le emozioni eventuali tensioni e atti più aggressivi o violenti manifestati
--	---

	<p>dal soggetto nel corso delle sue attività di ortoterapia non generano naturalmente reazioni da parte del mondo vegetale, pertanto, in questo modo il soggetto ha tempo e occasione di sfogare le proprie tensioni, sapendo poi man mano riconoscere la propria emotività, imparando a gestire le sensazioni, gli stati d'animo e a esprimere le proprie emozioni;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ aumentare la percezione di se stessi il contatto diretto con la natura e la terra fanno sì che l'individuo progressivamente acquisisca competenze e abilità che rafforzano la sua percezione positiva; ▪ orientare al mondo del lavoro al termine di alcuni percorsi si acquisiscono realmente capacità e metodi di lavoro utili anche per poter poi svolgere delle attività professionali legate alla natura. L'obiettivo rispetto a questo laboratorio è quindi quello di avviare i ragazzi alla lavorazione della terra e alla raccolta dei suoi frutti ma anche alla trasformazione dei prodotti mediante la preparazione e vendita di confetture e sottaceti e degli ortaggi coltivati dai ragazzi. <p>LABORATORIO DI MUSICOTERAPIA L'importanza di introdurre la musicoterapia tra le attività riabilitative del centro è supportata dalle osservazioni e valutazioni svolte <i>durante e dopo</i> ogni seduta: in generale l'attività contribuisce a ridurre i sintomi più invalidanti della malattia e, pur sottolineando che <i>i canti e le improvvisazioni strumentali non hanno alcuna pretesa di guarire</i>, è palese che la partecipazione regolare alle sedute, soprattutto per pazienti ancora autosufficienti, aiuta a rallentare i processi degenerativi e migliora le condizioni generali. Con l'intervento musico-terapico si propone un approccio non farmacologico ma terapeutico. La musicoterapia viene proposta all'utenza come: chiave d'accesso - <i>linguaggio non verbale</i>. Ogni essere umano ha dentro di sé un'identità sonora (iso) caratterizzato da uno o più suoni. La musica è il linguaggio sonoro che più si avvicina allo stato di regressione di molti pazienti con deficit cognitivi e comportamentali. Il coinvolgimento emotivo mediato dal mezzo sonoro può aiutare a riappropriarsi dei propri stati d'animo, sensazioni, pensieri, ricordi.</p> <p>UTENZA 15 soggetti giovani/adulti affetti da disturbo dello spettro autistico.</p>
OBIETTIVI	<p>- creazione di una rete formalizzata tra Servizi Socio – Sanitari, Terzo Settore e Ufficio Scolastico Regionale, attraverso la condivisione e risoluzione delle criticità del progetto, al fine di</p>

	<p>coordinare, monitorare, valutare e riprogrammare gli interventi;</p> <ul style="list-style-type: none"> - raccolta di dati continuativi e qualitativi significativi, inerenti il lavoro con gli utenti, con la famiglia, la scuola e i servizi; - utilizzo delle risorse e i costi economici, al fine di poter valutare l'efficacia e l'efficienza del servizio. In particolare la sperimentazione sulla base degli esiti conseguiti dovrà verificare l'adeguatezza dell'ipotesi rappresentata dalla diversa intensità dei moduli di trattamento; - definizione di criteri e standard per l'eventuale accreditamento di nuove unità d'offerta dedicate al trattamento di soggetti affetti da disturbi pervasivi dello sviluppo e dei disturbi del comportamento, o comunque di pazienti affetti da patologie ad alto impatto sociale. In particolare, la sperimentazione si pone l'obiettivo di definire nel dettaglio la tipologia degli interventi (ad esempio valutazione funzionale, consulenza alle scuole, counseling genitoriale, etc).
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	<p>12 mesi così articolati :</p> <p>CRONOPROGRAMMA</p> <p style="text-align: center;">Centro per la diagnosi</p> <p>1^a -12^a mese:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valutazione neuropsichiatrica e psicologica e invio presso il centro abilitativo e il centro diurno per giovani adulti. <p>1^a mese:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presentazione progetto alla comunità locale e ai partner. Creazione della rete. <p>2^a mese:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Attivazione centro per la diagnosi e valutazioni. <p>3^a - 4^a mese:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificazione utenza per invio centro abilitativo e centro diurno per adulti. - Predisposizione scheda di invio. - Valutazione funzionale per stesura programma riabilitativo. - Avvio attività centro e formalizzazione protocolli con istituti scolastici. - Formazione insegnanti/operatori. <p>5^a - 6^a- 7^a mese:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Attuazione del programma riabilitativo. <p>8^a mese:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verifica in itinere con equipe multidisciplinare.

	<ul style="list-style-type: none"> - Riprogrammazione interventi riabilitativi. <p>9^ - 10^ - 11^ mese:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Attuazione programma. <p>12^ mese:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verifica dei risultati. <p>PARTNER DEL PROGETTO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Servizi sociali e sanitari; - Istituti scolastici; - Ordini professionali; - Pediatri; - Associazioni di volontariato; - Associazioni sportive e ricreative; - Associazioni di categoria (Coldiretti, CIA, etc.).
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	<p>E' opportuno sottolineare la distinzione tra la valutazione degli esiti specifici di ogni intervento (misurabili attraverso scale standardizzate e confrontabili nel tempo) e la valutazione, più in generale, dell'esito delle proposte ed attività. Si può, pertanto, parlare di esiti specifici riguardanti i singoli interventi ed esiti generali riguardanti una valutazione complessiva dell'efficacia del programma attuato.</p> <p>Si ribadisce che il <i>goldend</i> standard dell'indicazione di buon esito generale, è la promozione ed il mantenimento del più alto livello possibile della qualità di vita del soggetto e della sua famiglia.</p> <p><i>Indicatori</i></p> <p>A)Indicatori di Processo Interventi di supporto alle famiglie;</p> <p>B)Indicatori di Risultato Miglioramento nella:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Risposta all'ambiente con relativa diminuzione di comportamenti problema; - Area della comunicazione; - Area delle interazioni sociali e delle relazioni. <p>Risultato atteso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Miglioramento nel 70% dei soggetti ad un anno di inserimento - Miglioramento della qualità di vita della famiglia - Strumenti di valutazione degli outcomes: - Quality of Life (Università di Toronto); - Grado di soddisfazione dell'utenza (e degli operatori);
RISULTATI ATTESI	<ul style="list-style-type: none"> - Opinione molto positiva del servizio > 60%; - Opinione positiva del servizio > 80%; - Inserimento in comunità lavorativa (n. utenti che escono da centro inseriti in comunità lavorativa/ numero utenti avviati ad addestramento lavorativo).

	<ul style="list-style-type: none">- Attuare diagnosi e trattamenti specialistici precoci;- Realizzare attraverso la creazione della rete, una forte collaborazione tra scuola, servizi sociali, sanitari e famiglie che permetta ad ognuno di esercitare il proprio ruolo e di conseguenza attivare con la massima efficacia le proprie risorse per affrontare questo problema; <p>Migliorare la qualità di vita del bambino attraverso:</p> <ul style="list-style-type: none">- Il miglioramento dei problemi di comportamento;- Il miglioramento dell'autostima del bambino attraverso il successo in compiti adeguati all'età di sviluppo e alle predisposizioni individuali;- Il miglioramento oggettivo della sua qualità di vita (maggiore competenza) attraverso, il miglioramento delle prestazioni nelle aree di sviluppo (imitazione, percezione, motricità globale, motricità fine, coordinamento occhio-mano, prestazioni cognitive, abilità cognitive); il miglioramento dell'autonomia personale e il miglioramento delle capacità comunicative e sociali.
--	---

PROSPETTO ECONOMICO DELL'INTERVENTO N. 6

DESCRIZIONE	TOTALE (IN EURO)
ASREM	
<u>PERSONALE</u>	
Personale a contratto medico (€ 60/h) e non medico (€ 30/h) tecnico e amministrativo	208.600,00
<u>MATERIALI DI CONSUMO E ATTREZZATURE</u>	
Computer	5.000,00
Test di valutazione	5.000,00
Test diagnostic	5.000,00
<u>TOTALE</u>	<u>223.600,00</u>

INTERVENTO n. 7

Implementazione delle cure domiciliari negli interventi ad alta intensità assistenziale

CONTESTO	<p>Il tema delle patologie acute e croniche prevalenti, termine con il quale ci riferiamo alle patologie cardiovascolari, cerebrovascolari, oncologiche, pneumologiche, endocrinologiche (diabete) ed in generale alle patologie mediche e chirurgiche delle persone cosiddette “fragili”, costituisce un elemento cardine della mission del sistema sanitario regionale. L'ottica di sviluppo è quella della ricerca della sempre maggiore integrazione tra ospedale e territorio, al fine di favorire una continuità dell'assistenza di sempre maggiore qualità. L'approccio è quello di sperimentare nuovi modelli organizzativi e nuovi setting assistenziali che portino ad una presa in carico globale dell' paziente con la progressiva riduzione dei ricoveri ospedalieri ed una razionalizzazione delle prestazioni erogate a vantaggio della qualità delle stesse.</p>
DESCRIZIONE	<p>La tipologia di interventi previsti nel progetto è rivolta complessivamente alla persona ed ai suoi bisogni in conformità alla necessità di consentire il mantenimento a domicilio ed il supporto adeguato alla famiglia. Poiché tali cure si rivolgono a persone che presentano bisogni con un elevato livello di complessità e con criticità specifiche legate alla instabilità clinica e/o alla presenza di sintomi di difficile controllo, in questo tipo di assistenza sono fondamentali apporti di professionalità con elevata esperienza nel campo (anestesia, rianimazione, terapia intensiva,). La collaborazione ospedale territorio, in questo contesto, riveste carattere di essenzialità.</p> <p>Il progetto, per la specificità dello stesso presenta la seguenti caratteristiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> - coinvolgimento degli operatori infermieristici dei Reparti di Anestesia e Rianimazione negli interventi sui pazienti inseriti nell'area critica di 3° livello che necessitano di assistenza su apparecchiature complesse (Ventilazione meccanica invasiva); - Coinvolgimento di operatori con esperienza di attività in interventi di area critica per le cure domiciliari, provenienti da altre UU.OO: di cure intensive che abbiano seguito formazione specifica aziendale da dedicare alle attività che non comportano la presenza di apparecchiature complesse; - Interventi nelle strutture di tipo residenziali (RSA ed altre) accreditate, situate sul territorio regionale, su pazienti a totale carico ad alta intensità assistenziale; - Coinvolgimento dei dirigenti medici con specializzazione idonea all'assistenza dei pazienti critici; - Coinvolgimento dell'intero sistema delle cure domiciliari distrettuali per l'affiancamento e la presa in carico del paziente relativamente ai bisogni rilevati (protesica, farmaceutica, ecc.); <p>Destinatari degli interventi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Assistiti con Patologie e pluripatologie gravi, prevalentemente neurologiche-muscolari, che necessitano di interventi continui e

	<p>di apparecchiature ad alto livello contenuto tecnologico e soprattutto di ventilazione meccanica assistiti;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pazienti provenienti da dimissione protetta; - Assistiti con patologie che richiedono per la sopravvivenza la nutrizione artificiale; - Assistiti con patologie che necessitano di terapia del dolore; <p>Una particolare attenzione sarà posta agli assistiti rientranti nelle tipologie sopra elencate in età pediatrica per i quali saranno previsti anche convenzioni con centri specializzati.</p> <p>Tipologia degli interventi: Il Piano Assistenziale Individuale dei pazienti inseriti nell'Area Critica dell'ADI, integra gli interventi di "base" (medicazioni, infusioni endovenose, ecc) con le seguenti attività:</p> <ul style="list-style-type: none"> - gestione delle apparecchiature complesse e dei sistemi necessari a mantenere la sicurezza del paziente nel proprio domicilio (gestione VIMA, tracheotomia, PEG, CVC, pompe elastomeriche, ecc); - coordinamento degli operatori e degli interventi mediante personale medico infermieristico con esperienza in aree di intervento critico; - presa in carico globale con l'erogazione di tutti i materiali ed i presidi necessari all'assistenza; - <p>Percorso Assistenziale Le fasi del percorso assistenziale e la struttura organizzativa sono sovrapponibili a quella attualmente esistente per le Cure Domiciliari con evidenziazione delle tipologie di intervento previste dal progetto per l'inserimento del paziente in area critica di terzo livello L'equipe multidisciplinare dell'area critica sarà costituita:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medico Responsabile dell'Unità Operativa; - MMG/PLS del paziente; - Referente Infermieristico Cure Domiciliari Distrettuali; - Specialiste di Area Critica; - Referente Infermieristico di Area Critica; - Nel caso venga attivato un piano integrato socio sanitario verrà inserito anche l'assistente sociale dell'Ambito Territoriale di competenza; <p>Le linee di intervento saranno definite in sede di attivazione del progetto. In tale contesto risulta di fondamentale importanza il coinvolgimento della famiglia dell'assistito che dovrà essere informata e coinvolta nelle varie fasi del processo anche attraverso apposita formazione. Percorsi di formazione degli operatori coinvolti saranno attivati presso la A.S.Re.M. avvalendosi di professionalità esperte nella materia.</p>
OBIETTIVI	<p>Il progetto ha l'obiettivo generale di rafforzare gli interventi nell'assistenza di pazienti inseriti nell'area delle Cure Domiciliari di terzo livello, al fine di garantire la continuità assistenziale e favorire il raggiungimento della migliore qualità possibile per i malati e le loro famiglie.</p>

	<p>E' interesse della Regione rafforzare tale percorso, mantenendo gli attuali assetti organizzativi nel campo dell'assistenza domiciliare e destinando risorse al settore più fragile che è quello dei "pazienti critici" e con elevati bisogni assistenziali.</p> <p>Obiettivi specifici del progetto sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - garantire ai pazienti la continuità assistenziale nella propria casa e/o strutture di residenza ed assicurare la migliore qualità di vita possibile; - garantire la continuità terapeutica e assistenziale fra ospedale e territorio, operando in rapporto tra l'ospedale ed il Distretto , attraverso il servizio di Cure Domiciliari; - rispondere ai bisogni degli assistiti e dei loro familiari; - facilitare l'accesso alle erogazioni dei presidi e degli ausili, necessari agli interventi complessi; - monitorare i processi assistenziali e valutarne i risultati all'interno di un percorso di qualità strutturato
TEMPI DI ATTUAZIONE	12 mesi
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	<ul style="list-style-type: none"> - numero di MMG e PLS coinvolti; - numero di pazienti presi in carico con il nuovo modello assistenziale; - percentuale di diminuzione di ricoveri ripetuti; - totale popolazione assistita; - n. casi Neurologici trattati - n.casi Respiratori trattati - n. casi con cardiopatia in fase avanzata trattata - n. Casi altre patologie
RISULTATI ATTESI	<p>La riduzione dei ricoveri ospedalieri, comporterà una riduzione dei costi di ospedalizzazione con il risultato di una maggiore appropriatezza clinica garantita dal nuovo modello di riorganizzazione della rete territoriale attraverso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - formazione del personale; - adeguata disponibilità di risorse infermieristiche specializzate; - apporto specialistico per complessità di intervento; - presa in carico appropriata ed elevazione della qualità delle prestazioni rese.

PROSPETTO ECONOMICO DELL'INTERVENTO N. 7

DESCRIZIONE	TOTALE (IN EURO)
ASREM	
<u>PERSONALE</u>	
Personale a contratto: medici specialisti, personale infermieristico di supporto specializzato	200.000,00
<u>MATERIALI DI CONSUMO E ATTREZZATURE</u>	
Apparecchiature e materiale vario	164.000,00
<u>TOTALE</u>	<u>364.000,00</u>

INTERVENTO n. 8

Interventi per il potenziamento operativo del Centro di Coordinamento e Presidi MR accreditati della Regione Molise.

CONTESTO	<p>Le malattie Rare hanno una prevalenza nella popolazione inferiore a 5 casi ogni 10.000 abitanti. L'OMS ha calcolato l'esistenza di 6\8000 entità nosologiche differenti. Si tratta di patologie eterogenee, accomunate da problematiche assistenziali simili, che necessitano di essere affrontate globalmente e che richiedono una particolare e specifica tutela per le difficoltà diagnostiche, la gravità clinica, il decorso cronico, gli esiti invalidanti e l'onerosità del trattamento. Molte malattie rare sono complesse, gravi, degenerative, cronicamente invalidanti; un terzo di esse riduce le attese di vita a meno di 5 anni. Gli studi scientifici hanno sottolineato la complessità dell'eziologia spesso multifattoriale (fattori genetici, ambientali etc.) Le attività, i servizi e le prestazioni destinate alle persone affette da malattie rare sono parte integrante dei LEA.</p>
DESCRIZIONE	<p>Nella Regione Molise il Centro di coordinamento fa riferimento presso la UOC di Pediatria.</p> <p>La Regione Molise, in attuazione delle disposizioni dell'art. 2 D.M. 279/2001 con D.G.R. 14.10.2002, n. 1565 ha provveduto ad individuare quali Presidi accreditati da inserire nella rete nazionale per la prevenzione, la sorveglianza, la diagnosi e la terapia delle malattie rare di cui al D.M. 18.05.2001, n. 279:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ l' U.O. Pedriatria presso il P.O. "Cardarelli" di Campobasso - Centro di coordinamento regionale MR; ✓ l'U.O. Oculistica presso il P.O. "Vietri" di Larino; <p>Con successiva D.G.R. 04.03.2002, n. 353 ha provveduto ad individuare quale ulteriore Presidio accreditato da inserire nella Rete Nazionale per le malattie rare del sistema nervoso e degli organi di senso,</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ l'I.R.C.C.S. di diritto privato NEUROMED di Pozzilli. <p>Con successiva D.G.R. 03.08.2005, n. 1099 la Regione ha provveduto a costituire il Comitato Regionale di Coordinamento dei Presidi della Rete presenti in Regione.</p> <p>Con D.G.R. 21.03.2011, n. 155 la Regione ha individuato come Centro regionale di riferimento per la diagnosi e la cura delle emofilie e delle malattie emorragiche congenite rientranti nel DM 279/01</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ l'U.O. di Medicina Trasfusionale presso il P.O. "San Timoteo" di Termoli. <p>Nei 4 Presidi, ivi compresa la UOC di Pediatria, vengono svolte le seguenti attività:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Inserimento dati nel Registro Nazionale dell'ISS da parte di personale formato; b) Diagnosi precoce in età neonatale di alcuni gruppi di malattie

	<p>rare, dismetaboliche, polimalformative, sindromiche, nefrologiche, dermatologiche, gastroenteriche, auxo-endocrinologiche;</p> <p>c) l'individuazione precoce delle malattie rare tramite effettuazione dello screening metabolico allargato è esteso a tutti i nati della regione in collaborazione con il Policlinico Umberto I di Roma dove vengono analizzati i cartoncini inviati;</p> <p>d) Urgenze metaboliche in Neonatologia. L'iperammoniemia derivante da patologia metabolica è una patologia molte volte devastante in neonatologia, il Laboratorio Analisi annesso alla UOC di Neonatologia è dotato della strumentazione necessaria per effettuare il dosaggio dell'ammonio ematico. E' disponibile il trattamento farmacologico specifico atto a prevenire danni neurologici spesso incompatibili con la vita stessa;</p> <p>e) Il sostegno psicologico ai pazienti e genitori con figli affetti da patologia rara di qualsiasi genere dalle forme più lievi fino alle disabilità, tramite consulenze psicologiche e/o psicoterapie a breve e medio termine. Valutazione delle competenze neuropsicologiche dei bambini affetti da malattie rare tramite Scale di sviluppo. Valutazione della personalità tramite somministrazione di Reattivi mentali (BDI-II, STAI, PSI, CBCL) a pazienti affetti da Malattie Rare;</p> <p>f) Diagnosi di malattie rare neurologiche e degli organi di senso per l'età evolutiva e per gli adulti e presa in carico dei pazienti;</p> <p>g) Sostegno psicologico e supporto socio-assistenziale ai pazienti con malattie rare neurologiche e degli organi di senso;</p> <p>h) Diagnosi di malattie ematologiche, in particolare Emofilia e presa in carico dei pazienti;</p> <p>i) Rilascio di certificati di esenzione per patologie diagnosticate in Regione;</p> <p>j) Prescrizioni di piani terapeutici per patologie diagnosticate presso i Presidi della Rete o presso altri Centri e rinnovo di quelli già in atto ed eventuali modifiche;</p> <p>k) Convegni organizzati a cadenza annuale destinati agli operatori aziendali, MMG,PLS, malati rari, Associazioni, cittadinanza.</p>
OBIETTIVI	<p>Uno degli obiettivi del Piano Nazionale Malattie Rare 2013-2016 PNMR è il miglioramento della copertura e dell'efficienza della raccolta dei dati epidemiologici del sistema nazionale di sorveglianza e monitoraggio mediante i Registri Nazionale e Regionali Malattie Rare. Sarà istituito un Registro Regionale con l'obiettivo aggiuntivo di evidenziare i dati epidemiologici specifici relativi alla concentrazione statistica di Malati Rari in alcune zone del Molise, indispensabile per migliorare la programmazione di interventi mirati sul territorio.</p> <p>Il capitolo 2.2 del succitato PNMR dedicato ai LEA recita a pag. 12 i compiti dei “ Centri di coordinamento (Accordo Stato - Regioni 14 maggio 2007) che dovranno assicurare lo scambio di informazioni e di documentazione relativa alle malattie rare con gli</p>

altri Centri Regionali e interregionali...; il coordinamento dei Presidi della Rete; la consulenza e il supporto ai medici del SSN; la collaborazione alle attività formative degli operatori sanitari e del volontariato e alle iniziative della prevenzione; l'informazione ai cittadini e alle Associazioni dei malati e dei loro familiari. Inoltre, i Centri di Coordinamento devono garantire il collegamento funzionale con i singoli Presidi della rete per le MR, raccogliendo le richieste dei medici e/o dei pazienti indirizzando i pazienti ai Presidi della Rete. Per assolvere a tali compiti, i Centri di coordinamento devono assicurare la presenza di una **struttura autonoma** in grado di supportare l'attività di raccolta e smistamento delle richieste, con personale e linee telefoniche dedicate..., tramite adeguati collegamenti funzionali tra i servizi sociosanitari delle ASL e i Presidi della Rete per la presa in carico dei pazienti e dei loro familiari”.

A tutt'oggi il Centro di Coordinamento di Campobasso con funzioni operative ha impostato gli obiettivi definiti dal DM n. 279/2001 e “al fine di garantire la prevenzione, la sorveglianza, la diagnosi e la terapia”, ma le azioni vanno implementate allo scopo di assegnare specifiche competenze e funzioni nell'ambito della Rete regionale-aziendale, sanitaria e sociale in modo da definire il percorso socio-sanitario globale della persona affetta da MR.

A tal proposito il Coordinamento si farà carico di inoltrare le proposte e le richieste alle competenti Dirigenze Regionali ed Aziendali per la condivisione di strategie comuni da mettere in atto nell'ambito delle malattie rare per migliorare gli interventi volti alla diagnosi e alla cura di specifiche MR.

Si elencano le richieste ritenute più urgenti:

- Garanzia di stabilità delle risorse strumentali e umane già esistenti presso il Centro di Coordinamento e negli altri tre presidi accreditati, al fine di garantirne l'attività nel tempo;
- Affiancamento al Coordinatore di almeno un dirigente o funzionario amministrativo regionale;
- Rafforzamento della rete di comunicazione e operativa dei Presidi con la diretta partecipazione dei Referenti ospedalieri designati dall'ASREM e referenti dei Servizi sanitari e riabilitativi presenti sul Territorio in collegamento con i servizi sociosanitari per la presa in carico dei pazienti e delle famiglie;
- Condivisione di iniziative “di respiro interregionale volte a definire, anche attraverso delibere formali, i protocolli e i percorsi assistenziali organizzati per MR, compresi gli aspetti della riabilitazione intensiva ed estensiva, dell'inserimento sociale (scuola e lavoro), delle cure palliative e dell'assistenza domiciliare integrata” (come da PNMR);
- Individuazione delle patologie per cui saranno predisposti i PDTA almeno 1 programmato da ogni Centro;
- Richieste di eventuali previsioni di livelli ulteriori di gratuità eventualmente garantiti in ambito regionale (farmaci, dietetici,

	<p>presidi, ausili, protesi, trattamenti riabilitativi, interventi chirurgici programmati, ecc.) per ottemperare alla prescrizione del Piano assistenziale individuale. “L’ambito di applicazione del d.m. n. 279 del 2001 non riguarda l’assistenza farmaceutica, né l’assistenza protesica ed integrativa, che sono regolamentate da da altre norme specifiche, anche per gli esenti. Tuttavia, molte delle Regioni la cui condizione economica-finanziaria consenta l’introduzione di livelli di assistenza ulteriori hanno autonomamente disposto l’erogazione gratuita dei farmaci di fascia C e di altri prodotti non classificati come farmaci ai cittadini affetti da MR residenti nel proprio territorio”.</p> <p>(PNMR)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diagnosi genetica delle malattie rare neurologiche e degli organi di senso - Costituzione di una banca biologica dei pazienti con malattie rare neurologiche e degli organi di senso e dei loro parenti <ul style="list-style-type: none"> • Valutazione collegiale della richiesta, manifestata dall’ Associazione AMOUR (Associazione Malati Rari Orfani Uniti nel Rispetto) di partecipare al coordinamento con due figure rappresentative dei pazienti, una come entità riconosciuta con specifiche competenze della realtà regionale la stessa Amour e l’altra con competenze nazionali (ed è stata individuata la Federazione Uniamo per il tramite di un suo rappresentante come competenza trasversale per tutti i malati rari) che possa partecipare a bandi e per la collaborazione alla ricerca; alla sensibilizzazione dell’opinione pubblica; alla formazione mirata alla presa in carico assistenziale globale. <p>“I Centri di coordinamento devono costituire un punto di riferimento privilegiato per le Associazioni di pazienti e dei loro familiari”(PNMR)</p>
--	--

<p>INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)</p>	<p>a. Indicatori di struttura:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sede dedicata per il Centro di coordinamento - formazione del personale - inserimento di un dirigente amministrativo regionale nel Coordinamento <p>b. Indicatori di processo:</p> <p><u>Fase 1</u> Istituzione del registro regionale di pazienti affetti da Malattie Rare. Accordi con istituzioni regionali ed aziendali per migliorare la rete intraospedaliera e territoriale Istituzione di una banca biologica regionale delle malattie rare. Accreditalmento regionale e condivisione di protocolli con i presidi regionali e con le altre strutture del territorio potenzialmente interessate.</p> <p><u>Fase2</u> Per il Registro: predisposizione di interviste strutturate; ci si propone di ampliare il Registro intervistando chi ricopre ruoli chiave nel territorio rispetto allo scopo iniziale: docenti universitari, medici ospedalieri, medici di base, responsabili di Associazioni impegnate in ambito socio-assistenziale, gruppi di malati. Formulazione di almeno 1 PDTA da parte di ogni Presidio anche con l’inserimento di un gruppo di lavoro a cui non saranno attribuiti compensi per la partecipazione</p> <p><u>Fase 3</u> Richiesta di approvazione dei PDTA con delibera di giunta Regionale Eventi divulgativi sulle innovazioni apportate rivolti a medici di base, pediatri di libera scelta, personale sanitario interessato, cittadinanza, al fine di fornire importanti informazioni soprattutto a scopo di prevenzione. Pubblicazione e comunicazione dei risultati Monitoraggio dei dati attraverso report semestrali.</p> <p>c. Indicatori di risultato:</p> <p>Istituzione di un Registro regionale in rete a cura dei 4 Presidi Istituzione di una biobanca regionale di malattie rare Numero di PDTA approvati con Delibera Regionale (almeno 4) Collaborazioni interregionali ed extraregionali migliorate e formalizzate</p>
---	--

RISULTATI ATTESI	<p>Dati epidemiologici regionali relativi ai malati rari rilevabili tramite un Registro Regionale più dettagliato rispetto ai dati inviati al Registro Nazionale dell'ISS.</p> <p>Individuazione di patologie rare a più alta incidenza nell'area territoriale molisana studiata per poter successivamente applicare la prevenzione primaria.</p> <p>Disponibilità di campioni biologici per implementare la ricerca regionale, nazionale e internazionale sulle malattie rare.</p> <p>Miglioramento della rete intraospedaliera e territoriale regionale testimoniata da accordi formalizzati possibilmente da delibere di giunta.</p> <p>Operatività di almeno 4 PDTA</p> <p>Successiva informazione degli operatori socio-sanitari e della popolazione sui fattori di rischio maggiormente coinvolti nell'eziologia delle patologie studiate.</p>
-----------------------------	--

TEMPI DI ATTUAZIONE 12 MESI	Mesi			
CRONOPROGRAMMA	1	3	6	12
Organizzazione step intervento e assegnazione compiti. Riunioni del coordinamento e P.O. Formazione del personale	X			
Istituzione del registro regionale di pazienti affetti da Malattie Rare.	X	X		
Accordi con istituzioni regionali ed aziendali per migliorare la rete intraospedaliera dell'azienda sanitaria regionale e territoriale. Rapporti con l'Università.	X	X		
Raccolta dei dati relativi ai malati rari nel registro regionale		X	X	X
Raccolta dei campioni biologici dei malati rari e delle loro famiglie.		X	X	X
Individuazione di "chi fa cosa" in ambito Aziendale e Regionale; accordi seguiti da determine Direttoriali	X	X		
Presentazione PDTA di una malattia rara e richiesta di approvazione da parte della Regione			X	
Presentazione PDTA di 4 Malattie rare e richiesta di approvazione.				X
Eventi divulgativi al fine di fornire importanti informazioni anche in termini di prevenzione.			X	X
Pubblicazione e comunicazione dei risultati				X

PROSPETTO ECONOMICO DELL'INTERVENTO N. 8

DESCRIZIONE	TOTALE (IN EURO)
ASREM	
<u>PERSONALE</u>	
A contratto sanitario e tecnico (per i 4 Presidi MR)	78.000,00
<u>MISSIONI</u>	
Spese per missioni	1.000,00
<u>MATERIALI DI CONSUMO E ATTREZZATURE</u>	
Azoto liquido	5.000,00
1 congelatore -80°C	10.000,00
Materiale di laboratorio	6.000,00
Cancelleria	400,00
<u>ALTRO</u>	
Eventi ECM e Materiale divulgativo	3.600,00
<u>TOTALE</u>	<u>104.000,00</u>



REGIONE MOLISE

DIREZIONE GENERALE PER LA SALUTE

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	MOLISE
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	Decreto del Commissario <i>ad Acta</i> n. 13 del 29/02/2016
LINEA PROGETTUALE	6 - RETI ONCOLOGICHE
TITOLO DEL PROGETTO	Progettazione e realizzazione della rete oncologica regionale
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi
REFERENTE	Azienda Sanitaria Regionale del Molise/Unimol

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 391.626,00
--------------------------------	---------------------

IL PROGETTO

CONTESTO	<p>Il presente progetto si pone in continuità con la programmazione degli Obiettivi di Carattere Prioritario 2014, del quale costituisce naturale esito, pur con importanti modifiche per quanto concerne le attività di valutazione e monitoraggio di appropriatezza gestite in collaborazione tra A.S.Re.M. ed Università del Molise.</p> <p>Il cancro costituisce in tutti i paesi occidentali una delle due principali cause di mortalità, insieme alle malattie cardiovascolari. E' possibile affermare che mediamente, ogni giorno, in Italia, quasi 1000 persone si ammalano di cancro. Per quanto riguarda la mortalità, i dati ISTAT indicano per il 2012 (ultimo anno al momento disponibile), circa 177.000 decessi per tumore (29% di tutti i decessi). Per tale motivo gran parte dei Paesi della Comunità Europea hanno definito, secondo differenti articolazioni, atti di pianificazione tendenti a rendere più efficace ed efficiente la lotta contro tale malattia. Si sono messe in evidenza caratteristiche essenziali di un servizio sanitario che intenda rispondere pienamente ai bisogni dei malati di cancro, così come delle persone a rischio e dei loro familiari.</p> <p>Tra queste è importante ricordare i servizi (ospedalieri, territoriali, domiciliari) di alto livello; il personale altamente competente ed affidabile; l'appropriatezza di cura ed assistenza erogata in ogni momento della malattia; la disponibilità delle tecnologie più innovative sia per la diagnosi che per la terapia; la possibilità di accedere facilmente per tutti i pazienti eleggibili e desiderosi di parteciparvi alla ricerca clinica e ai trials clinici. La "mission", affidata dalla legislazione al nostro servizio sanitario, comporta la necessità che abbia queste caratteristiche e che le metta a disposizione di tutti i cittadini in modo "equo".</p> <p>Sfide di tale portata non possono che basarsi su modelli di integrazione delle</p>
----------	---

	<p>risorse disponibili, condizione essenziale per ottenere risultati ottimali. L'Oncologia oggi si caratterizza come una disciplina che presenta particolari caratteristiche in termini assistenziali. Infatti, in buona parte, è di tipo territoriale e si estrinseca con attività di educazione sanitaria, prevenzione primaria, prevenzione secondaria, ospedale a domicilio, follow up, terminalità), in parte è di tipo ospedaliero (diagnosi e cura primaria, adiuvante, avanzata, integrata) ed in parte contiene un'area importante di ricerca (Università, IRCCS, Ospedali ed anche territorio). Coordinando ed integrando la fase di diagnosi precoce si avranno meno ammalati in fase avanzata; riorganizzando la fase di cura, comprendendo anche la possibilità di cura a domicilio sotto controllo specialistico oncologico nel contesto della rete, con la utilizzazione dei nuovi farmaci anche target, si decongestionerà l'accesso alle cure in ospedale nel cui contesto dovrà essere prevista una scala gerarchica di prestazioni in base alla complessità del caso trattato. E' evidente, quindi, che la "rete" deve ben coordinare tutti questi ambiti. La programmazione di una rete deve tener conto anche della sostenibilità in termini economici del progetto, stante la limitatezza di risorse disponibili, ed il progetto può divenire sostenibile solo se si organizzano e coordinano le aree territoriali, specialistiche ospedaliere e di ricerca.</p> <p>Si evidenzia che le continue innovazioni, sia dal punto di vista della diagnosi precoce e delle terapie avanzate (farmaci biologici ed immunoterapie ad esempio) legano molto strettamente l'ambito assistenziale con la ricerca universitaria.</p> <p>Negli ultimi vent'anni l'utilizzo sempre più diffuso delle metodiche di diagnostica per immagini ha determinato non solo un significativo innalzamento dei costi per il SSN e per i cittadini, ma una sempre maggiore diffusione dei casi di overdiagnosis, spesso seguiti da problematiche di overtreatment. E anche nei casi di neoplasia accertata, l'utilizzo massivo delle varie metodiche di imaging non sempre risponde a reali criteri di valutazione dell'andamento terapeutico, ma piuttosto al bisogno dei medici e dei pazienti di sentirsi rassicurati sulla non evolutività dei reperti patologici e non patologici. Nella programmazione della rete occorre quindi strutturare una stretta coordinazione tra tutti gli eventi diagnostici-clinici e clinico-assistenziali dell'oncologia con i vari servizi, attraverso la creazione di PAI e PDTA specifici in cui le singole attività e ciascun servizio, pur organizzati territorialmente sul modello hub & spoke, siano strettamente integrate. Il valore aggiunto della ricerca e dell'assistenza Universitaria consente non solo di poter sperimentare nuove tecnologie diagnostiche, terapeutiche, assistenziali, ma anche nuovi modelli organizzativi economicamente sostenibili; ad esempio attraverso metodologie innovative per la gestione strategica delle risorse e il controllo di gestione (HTA) ed elaborando piani sperimentali per applicazioni di e-Health in oncologia.</p> <p>Con riferimento, inoltre, ai Centri Hub, rappresentati da un insieme di strutture di assistenza ad alta complessità dove siano presenti tutte le specialità necessarie per la gestione di una singola patologia oncologica e sede di gruppi interdisciplinari di patologia e con il compito di coordinamento dei protocolli clinici, definiscono il piano assistenziale individuale e sono funzionalmente integrati con l'attività didattica e di ricerca dell'Università del Molise (DiMeS).</p> <p>La rete oncologica, organizzata secondo un modello HUB e SPOKE, con una serie di strutture di primo livello (SPOKE) collegate managerialmente a</p>
--	---

centri sopra ordinati di maggiore specializzazione diagnostica o terapeutica (HUB), coprirà l'intero territorio della Regione Molise con la collaborazione dei diversi servizi A.S.Re.M. Essenziale sarà il ruolo dell'Università del Molise (DiMeS), per quanto concerne le attività di formazione, e di valutazione assistenziale. In particolare a questo riguardo, il progetto si propone di introdurre criteri di valutazione dell'appropriatezza prescrittiva e prestazionale nell'ambito dell'utilizzo delle metodiche di imaging in campo oncologico, sia nell'identificazione e caratterizzazione di sospetta neoplasia, sia nella stadiazione e nel follow up. Ciò allo scopo di introdurre criteri di razionalizzazione nell'ambito delle richieste e delle esecuzioni di esami diagnostici in particolare delle macchine pesanti, e cioè PET-TC, TC e RM. Saranno esaminati i criteri di richiesta di queste prestazioni sia attraverso una valutazione ex post, in funzione dei risultati ottenuti, sia attraverso una valutazione con sistema di punteggio attribuito alle richieste dagli specialisti in radiodiagnostica e medicina nucleare coinvolti nel progetto. Sempre in collaborazione con l'Università del Molise saranno poi svolte alcune importanti attività quali: realizzazione di programmi di ricerca innovativi in campo diagnostico, terapeutico, assistenziale e di HTA; realizzazione di programmi di formazione specifica e specialistica in campo oncologico e gestionale in oncologia.

In collaborazione con il DiMeS sarà anche attivato un programma di valutazione dell'appropriatezza per i farmaci oncologici, con particolare riferimento ai farmaci biologici.

Stante le premesse, la cura del cancro costituisce un esempio paradigmatico della possibile integrazione delle risorse disponibili con la finalità di ottenere risultati ottimali ed è possibile identificare due componenti principali che dovrebbero rappresentarne i presupposti gestionali: l'approccio multidisciplinare con integrazione delle differenti professionalità (chirurgia, oncologia medica, radioterapia, cure palliative, scienze infermieristiche, psico-oncologia; etc) in un "disease management team" formalmente costituito; l'accessibilità a cure di qualità per tutti i pazienti residenti in una certa area geografica che comporta la necessità di una adeguata integrazione funzionale.

La regione Molise è orientata a sviluppare un'adeguata programmazione volta a migliorare complessivamente tutti gli ambiti coinvolti nella lotta contro il cancro sia per quanto riguarda la prevenzione che per la qualità dell'assistenza e della ricerca.

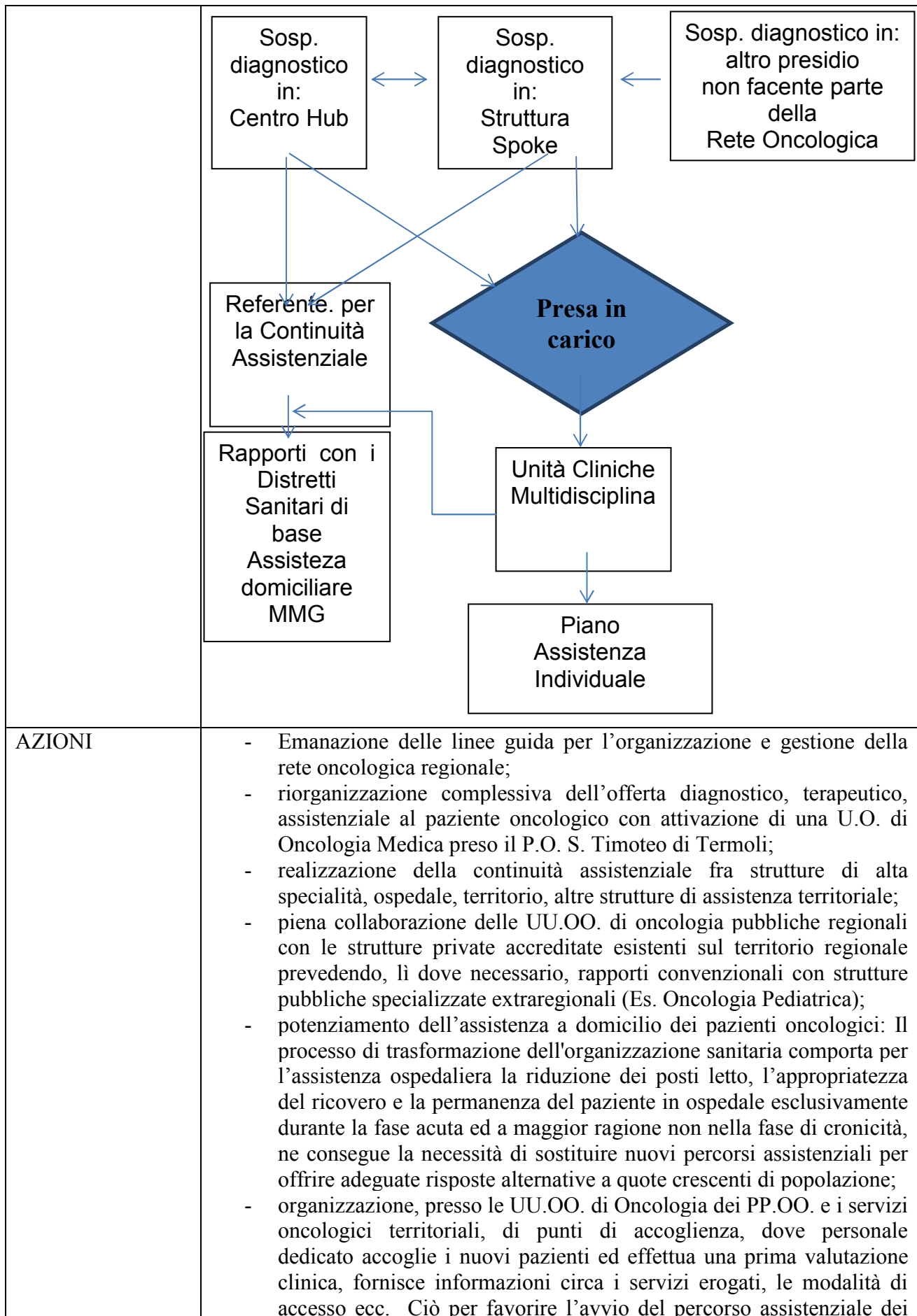
Nelle more dell'approvazione da parte dei ministeri competenti dei nuovi programmi operativi presentati dalla struttura commissariale che prevedono la riorganizzazione dell'intero sistema regionale e la riconversione degli ospedali di Larino, Agnone e Venafrò, si intende attivare le azioni propedeutiche alla realizzazione di una rete oncologica regionale che possa qualificare complessivamente l'offerta assistenziale in favore dei pazienti oncologici.

Resta inteso che tale proposta progettuale potrà essere oggetto di necessaria rimodulazione organizzativa sulla base degli esiti della nuova programmazione.

Il Piano oncologico nazionale 2010-13 al punto 3.1 recita: *«È necessario garantire una presa in carico globale del malato fin dall'inizio del percorso terapeutico, attraverso un approccio multidisciplinare e multidimensionale sostenuto da un'organizzazione dipartimentale delle attività intraospedaliere,*

	<i>che garantisca da un lato, il miglior trattamento antitumorale (in termini di qualità, di tempi, e di coordinamento degli interventi), e, dall'altro, un precoce riconoscimento di eventuali altri bisogni (fisici, funzionali, psicologici, spirituali, sociali e riabilitativi) del malato».</i>
DESCRIZIONE	<p>L'idea progettuale che si intende realizzare nella Regione Molise prevede una organizzazione secondo il modello HUB and SPOKE .</p> <p>Il coordinamento della rete oncologica, gli indirizzi strategici e le verifiche periodiche sul grado di raggiungimento degli obiettivi prefissati è svolto a livello centrale.</p> <p>I compiti specifici del coordinamento sono individuati come segue:</p> <ul style="list-style-type: none"> - definizione di linee guida per l'organizzazione delle strutture coinvolte e condivisione di un piano oncologico - coordinamento e indirizzo della rete; - promozione e sostegno delle attività di ricerca; - adozione, divulgazione e verifica linee guida; - monitoraggio e valutazione delle attività assistenziali; - indirizzo e coordinamento di formazione, informazione e comunicazione, - sviluppo del sistema informativo e sorveglianza epidemiologica; - valutazione delle nuove tecnologie e monitoraggio del corretto utilizzo di strumenti innovativi di diagnosi e cura (telemedicina) e dell'accesso ai trattamenti innovativi; - armonizzazione dell'acquisizione e dell'uso delle nuove tecnologie. <p>La rete ha l'obiettivo di assicurare un potenziamento dell'offerta diagnostico, terapeutico, assistenziale al paziente oncologico in tutte le fasi della sua storia clinica, dalla diagnosi precoce al alla gestione del paziente in fase terminale, prevedendo interventi differenziati sulla base di una riorganizzazione delle attività ed eventualmente l'invio dei pazienti alla struttura più appropriata.</p> <p>In tal modo viene garantita la prossimità delle cure e la continuità assistenziale; infatti il paziente è preso in carico dal Centro specialistico che è in grado di fornire tutta l'assistenza necessaria in modo controllato per qualità, riducendo trasferimenti e disagi, e di offrire con il suo centro hub/spoke prestazioni diagnostiche e terapeutiche di alto livello.</p> <p>Il modello HUB e SPOKE vede una serie di strutture di primo livello (Spoke), collegate managerialmente a centri sopraordinati, di maggiore specializzazione diagnostica o terapeutica (Hub), che vengono identificati sulla base di specifiche caratteristiche e competenze. Ogni Spoke deve avere la possibilità di una assistenza qualificata completa che copra la massima parte della diagnosi e cura delle principali patologie oncologiche con la stessa qualità di prestazione degli Hub. Va considerato in ogni caso che questo modello possa non essere esclusivamente strutturale ma possa realizzarsi con modalità in tutto o in parte "funzionali".</p> <p>La Rete coprirà l'intero territorio della Regione Molise e la sua popolazione, al 1 Gennaio 2014 costituita da 314.725 persone.</p> <p>Il modello di rete, pertanto, è costituito da U.O. di Oncologia strutturate in aree geografiche coincidenti con ambiti in cui alcune strutture di ricovero fungono da Hub (Ospedale Cardarelli di Campobasso) e le strutture meno complesse fungono da Spoke (Ospedale F. Veneziale di Isernia e S. Timoteo di Termoli).</p>

	<p>I centri Hub sono rappresentati da un insieme di strutture di assistenza ad alta complessità dove siano presenti tutte le specialità necessarie per la gestione di una singola patologia oncologica; sono sede di gruppi interdisciplinari di Patologia, hanno il compito di coordinamento dei protocolli clinici, definiscono il piano assistenziale individuale.</p> <p>I centri Spoke sono costituiti da strutture periferiche in grado di erogare gran parte dei percorsi diagnostico-assistenziali; anche essi sono sede di gruppi interdisciplinari di patologia, condividono i protocolli clinici e formulano il piano assistenziale individuale nell'ambito delle linee guida definite dalla rete.</p> <p>Alla rete collaborano le UO di Medicina, U.O di Chirurgia, UO Diagnostica per Immagini, Radioterapia, Medicina Nucleare, Anatomia Patologica/genetica e biologia molecolare, Cure palliative, Terapia antalgica, Hospice.</p> <p>Il percorso è attivato, dunque, da un centro specialistico della rete e/o da una struttura non facente parte della rete, anche extraregionale, le unità cliniche multidisciplinari definiscono il percorso diagnostico-terapeutico ospedaliero al quale farà seguito, all'atto della dimissione, la stesura del Piano Assistenziale Individuale (PAI) per l'assistenza territoriale.</p> <p>Un PAI deve essere formulato:</p> <ul style="list-style-type: none">- ogni qualvolta si debba iniziare un percorso diagnostico-terapeutico complesso;- ogni volta che viene dimesso un paziente oncologico. <p>Il PAI contiene:</p> <ul style="list-style-type: none">- tutte le informazioni cliniche rilevanti del paziente;- tutti gli accertamenti già effettuati dal paziente e la sintesi dei loro risultati;- identificazione del referente per la continuità assistenziale;- Diagnosi,- piano terapeutico;
--	---



	<p>pazienti in un'ottica di approccio integrato multidisciplinare;</p> <ul style="list-style-type: none"> - attivazione del gruppo multidisciplinare di competenza per garantire la continuità assistenziale attraverso il monitoraggio del percorso individuale del paziente, la pronta accessibilità alla documentazione da parte di tutti gli specialisti coinvolti e il flusso delle informazioni nel fascicolo sanitario. La multidisciplinarietà è il principio in base al quale è necessario prevedere fin dall'inizio del percorso assistenziale il coinvolgimento di tutte le figure professionali competenti per quella patologia. In tal modo è possibile attuare una piena sinergia tra gli operatori, volta a definire in modo coordinato ed in un tempo unico il percorso ottimale per ogni singolo paziente; - Creazione della rete delle anatomie patologiche della regione e del sistema informativo della rete con sviluppo e gestione di un portale informatico dedicato dove far confluire tutte le informazioni degli screening oncologici, già operativi per il cancro del colon, della cervice uterina e della mammella; - Realizzazione di programmi di ricerca innovativi in campo diagnostico, terapeutico, assistenziale e di HTA, gestiti in coordinazione con l'Università del Molise (DiMeS); - Realizzazione di programmi di formazione specifica e specialistica in collaborazione con l'Università del Molise (DiMeS) in campo oncologico e gestionale in oncologia; - coinvolgimento di specialisti radiologi e medici nucleari da addestrare per l'attribuzione di schede di punteggio alle richieste di esami di PET-TC, TC e RM per patologie oncologiche; - introduzione di sistemi di feed back per migliorare l'appropriatezza prescrittiva (DiMeS); - introduzione di sistemi di valutazione dell'appropriatezza prescrittiva e prestazionale attraverso una seconda lettura degli esami in ex post (DiMeS); - valutazione dell'appropriatezza prescrittiva dei farmaci Oncologici e, soprattutto, dei farmaci biologici (DiMeS). <p>Per quanto riguarda la formazione e la ricerca sono state ipotizzate le seguenti azioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - elaborazione del piano annuale di formazione della rete; - organizzazione corsi di formazione per personale medico e sanitario su tematiche inerenti l'attività clinica e di ricerca della ROR. Del Molise; - nomina di una commissione per la ricerca che coordini le attività tra le varie componenti della rete; - Programmi di ricerca comuni su tematiche di interesse generale quali l'epidemiologia, gli studi di out-come, le metodologie di lavoro ecc. - Programmi di ricerca su temi più specifici in relazione all'interesse delle singole istituzioni in collaborazione anche con le Università (UNIMOL); - Collaborazioni nazionali ed internazionali con società scientifiche e centri di ricerca che gli oncologi della ROR hanno già in atto da anni e che hanno rappresentato sempre un elemento di grande valenza culturale e di sistematica.
--	--

INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	<p>a. Indicatori di struttura</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estensione della copertura e della gestione del paziente oncologico all'intero territorio regionale <p>b. Indicatori di processo</p> <ul style="list-style-type: none"> - misurazione della qualità dell'assistenza in termini complessivi dall'ambito ospedaliero a quello territoriale; - organizzazione di incontri iniziali e periodici con i MMG <p>c. Indicatori di risultato</p> <ul style="list-style-type: none"> - Riduzione delle giornate di degenza ospedaliere - Aumento del rapporto tra il numero di pazienti assistiti in cure domiciliari e numero di pazienti assistiti in Oncologia - Numero di pazienti seguiti in assistenza domiciliare - Adeguato coefficiente di intensità assistenziale nei pazienti assistiti a domicilio (n. di giornate di effettiva assistenza/giornate di cura) - Tempi di risposta ai bisogni - Numero specialisti e strutture coinvolte - Numero richieste esaminate e classificate - Introduzione sistemi di feed back - Introduzione sistemi di valutazione appropriatezza prescrittiva - Introduzione sistemi di valutazione appropriatezza prestazionale - Riduzione degli accessi in P.S.
RISULTATI ATTESI	<p>Si tende ad un'efficace integrazione tra le varie figure professionali, in particolare tra lo staff di cura ospedaliero ed il MMG. La creazione di una rete oncologica regionale facilita la collaborazione e l'interscambio tra le varie équipes di cure oncologiche, simultanee e gli Hospices.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Impatto sulla salute pubblica in termini di anni di vita persi; - Riduzione della mobilità passiva; - Riduzione della degenza ospedaliera; - Riduzione dei costi diretti ed indiretti legati alla gestione del paziente oncologico; - Riduzione dei costi legati ad una più efficiente ed efficace gestione delle risorse umane e materiali; - Riduzione dei tempi di risposta per l'accesso domiciliare; - coinvolgimento di almeno il 60% dei MMG; - Attività di formazione gestita dal DiMeS (UNIMOL); - Inserimento di nuovi PDTA/PIC e linee guida specifiche con nuovi protocolli diagnostici e terapeutici; - Introduzione clinica di sistemi di feed back per valutazione appropriatezza prescrittiva in ambito oncologico; - Introduzione applicative di sistemi di valutazione ex post dell'appropriatezza prescrittiva e prestazionale in ambito oncologico; - Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva degli esami di imaging in ambito oncologico; - Attività di valutazione e validazione della rete (HTA).

PROSPETTO ECONOMICO INTERVENTO

DESCRIZIONE	TOTALE (IN EURO)
<i>UNIMOL</i>	
<u>PERSONALE</u>	
Personale a contratto	80.000,00
<u>FORMAZIONE PERSONALE</u>	
Formazione personale	11.626,00
<u>MATERIALI DI CONSUMO E ATTREZZATURE</u>	
Apparecchiature e materiale vario	30.000,00
<i>TOTALE UNIMOL</i>	<i>121.626,000</i>
<i>ASREM</i>	
<u>PERSONALE</u>	
Personale a contratto medico ed infermieristico e altro	230.000,00
<u>MATERIALI DI CONSUMO E ATTREZZATURE</u>	
Apparecchiature e materiale vario	40.000,00
<i>TOTALE ASREM</i>	<i>270.000,00</i>
<u>TOTALE UNIMOL + ASREM</u>	<u>391.626,00</u>