



<b>ASPETTI GENERALI DEL PROGETTO</b>	
REGIONE PROPONENTE	REGIONE MOLISE
PROVVEDIMENTO REGIONALE (DATA E NUMERO)	Decreto del Commissario ad Acta n. ____ del __/__/____
LINEA PROGETTUALE	<b>1- ATTIVITÀ DI ASSISTENZA PRIMARIA</b>
TITOLO DELL'INTERVENTO N. 1	Integrazione Ospedale – Territorio: attivazione UDI ospedaliera e implementazione UDI territoriali e Case della Salute.
TITOLO DELL'INTERVENTO N. 2	Misure dirette al contrasto delle disuguaglianze in sanità
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi
SOGGETTI ATTUATORI	INTERVENTO N.1: ASREM
	INTERVENTO N. 2: REGIONE MOLISE/UNIMOL

<b>ASPETTI FINANZIARI</b>	
COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	<b>€ 3.341.618,00</b>

**INTERVENTO N. 1 Integrazione Ospedale – Territorio: attivazione UDI ospedaliera e implementazione UDI territoriali e Case della Salute.**

<p><b>CONTESTO</b></p>	<p>Il Decreto 2 aprile 2015, n. 70, “<i>Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera</i>”, entrato in vigore il 19 giugno 2015, definisce i criteri in base ai quali le Regioni devono procedere, entro il triennio di attuazione del Patto per la salute 2014-2016, alla riorganizzazione della rete ospedaliera individuando come modalità di integrazione fra ospedali e fra ospedale e territorio l’applicazione delle reti per patologia che, quando necessario, dovranno organizzarsi secondo il modello hub &amp; spoke.</p> <p>Viene riaffermata la continuità ospedale-territorio attraverso il potenziamento delle strutture territoriali con l’obiettivo di evitare “forti ripercussioni sull’utilizzo appropriato dell’ospedale”.</p> <p>Le Regioni dovranno conseguentemente procedere, di pari passo con la ridefinizione della rete ospedaliera, a un riassetto dell’assistenza primaria, di quella domiciliare e di quella residenziale. In quest’ottica, gli Ospedali di Comunità, quali strutture intermedie, possono essere di diretta interfaccia tra l’assistenza territoriale e quella ospedaliera. L’ospedale di Comunità è, infatti, una struttura con un numero limitato di posti letto (15-20) gestito da personale infermieristico, in cui l’assistenza medica è assicurata dai medici di medicina generale o dai pediatri di libera scelta o da altri medici dipendenti o convenzionati con il SSN; la responsabilità igienico-organizzativa e gestionale fa capo al distretto che assicura anche le necessarie consulenze specialistiche. Prende in carico pazienti che necessitano:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• di interventi sanitari potenzialmente erogabili a domicilio ma che necessitano di ricovero in queste strutture in mancanza di idoneità del domicilio (strutturale e familiare);</li> <li>• di sorveglianza infermieristica continuativa.</li> </ul> <p>La degenza media prevedibile è di 15/20 giorni. L’accesso potrà avvenire dal domicilio o dalle strutture residenziali su proposta del medico di famiglia titolare della scelta, dai reparti ospedalieri o direttamente dal pronto soccorso. L’assistenza sarà garantita sulle 24 ore dal personale infermieristico ed addetto all’assistenza, dai medici di medicina generale, dai pediatri di libera scelta e dai medici di continuità assistenziale. La sede fisica dell’ospedale di comunità potrà essere opportunamente allocata presso presidi ospedalieri riconvertiti e/o presso strutture residenziali.</p> <p>Questo contesto normativo, avvalorato dall’implementazione dell’assistenza ospedaliera orientata verso un modello per intensità di cura, ha determinato la necessità di sviluppare strumenti di gestione operativa funzionali al cambiamento del modello organizzativo. Queste le principali aree tematiche in cui si è intervenuti: lo sviluppo del modello per aree funzionali, la valorizzazione di modelli innovativi dell’assistenza infermieristica, la ricerca dell’appropriatezza, la costruzione di percorsi di cura multidisciplinari e multiprofessionali, la separazione delle attività urgenti da quelle programmate, l’ammodernamento e la ristrutturazione degli spazi fisici, il consolidamento dell’offerta territoriale e delle modalità di integrazione tra ospedale e territorio.</p> <p>A livello regionale il Programma Operativo Straordinario 2015-2018 di cui al DCA n. 52/2016 ha, nell’intervento 11.3 “Riorganizzazione della rete territoriale” definito la specifica azione “Potenziamento delle Cure primarie e</p>
------------------------	--

	<p>attivazione delle Case della Salute” prevedendo l’attivazione di 13 case della Sute sull’intero territorio regionale nonché l’attivazione di due ospedali di comunità a seguito della riconversione dei presidi ospedalieri di Larino e Venafrò.</p> <p>Con i DCA nn. 26/2016 e 27/2016 confermati con i successivi provvedimenti commissariali nn. 68/2016 e 69/2016, in attuazione del Programma Operativo Straordinario, è stata disposta la riconversione degli Stabilimenti S.S. Rosario e Vietri in Ospedali territoriali di Comunità, presso i quali sono previsti posti letto di Riabilitazione estensiva, unità per la cura dell’Alzheimer e posti letto di RSA. Inoltre, trovano ubicazione un Punto di Primo Intervento a gestione diretta del personale 118, nonché di posti letto a bassa intensità assistenziale gestiti da personale infermieristico.</p> <p>Tale modello organizzativo si fonda sulla strutturazione all’interno di tali Ospedali Territoriali di Comunità di Unità di degenza a gestione infermieristica (UDI) allo scopo di fornire un’assistenza adeguata rispetto a patologie a bassa intensità assistenziali ossia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pazienti, senza limiti di età, caratterizzati da non autosufficienza, anche temporanea, nella fase della malattia in cui non sono richiesti un elevato impegno tecnologico e la presenza/assistenza medica continuativa come nell’ospedale per acuti;</li> <li>- pazienti con patologie tali da non potere essere seguiti adeguatamente in Assistenza Domiciliare integrata (ADI) o nel caso in cui non possa essere organizzata;</li> <li>- pazienti dimissibili dall’ospedale per acuti ma non adeguatamente assistibili a domicilio per la complessità clinico-assistenziale richiesta o per ragioni di tipo sociale nei casi in cui la famiglia o una struttura sociale non riescono comunque a supportare il paziente nella malattia;</li> <li>- pazienti che per la particolare situazione socio-sanitaria necessitano di un percorso diagnostico, terapeutico e di monitoraggio difficilmente gestibile a domicilio.</li> </ul>
<b>DESCRIZIONE</b>	<p>La valorizzazione del distretto è un prerequisito anche di migliore funzionalità ospedaliera e di rivalutazione delle competenze specialistiche presenti nell’ospedale. La tendenza a privilegiare lo sviluppo specialistico ospedaliero non è, infatti, patologica ma rappresenta una condizione fisiologica ed anzi auspicabile quando si afferma “in sintonia” e non “a discapito” dei servizi territoriali, servizi di minore impatto in termini di visibilità ma certamente molto consistenti in termini di risposta alla domanda di salute comunitaria e di risposta ai nuovi scenari epidemiologici legati alle cronicità, verso i quali il sistema assistenziale è ancora poco attrezzato. In questa logica, sono anche messi in risalto i punti di integrazione più “naturali” del territorio con l’ospedale: oltre alle dimissioni protette rivolte ai pazienti non autosufficienti da inviare in regime di assistenza domiciliare o residenziale, è molto utile attivare le dimissioni facilitate per tutti i pazienti cronici dimessi dall’ospedale, anche in condizioni di piena autosufficienza, al fine di “agganciare” tali pazienti alla rete territoriale (la perdita, o drop out, del paziente cronico è uno dei fattori più critici). Quest’ultima dovrebbe, però, munirsi di una organizzazione adeguata, con aree dedicate, ambulatori integrati tra medici di medicina generale (MMG), specialisti e infermieri distrettuali, e con servizi riservati ai pazienti più</p>

	<p>complessi (ambulatori dedicati con follow-up attivo e day service ambulatoriale territoriale).</p> <p>L'altra area di integrazione tra ospedale e territorio, è quella della specialistica ambulatoriale, che dovrà essere riorganizzata e rifunzionalizzata. Secondo un'ottica di unitarietà e di continuità ospedale-territorio, sperimentando formule di coordinamento unitario (la specialistica ambulatoriale ospedaliera è, infatti, da intendersi come una "funzione territoriale" svolta in un setting di terzo livello).</p> <p>In altri termini, il distretto, assillato da una identità non ancora definitivamente strutturata come "sistema" preposto ad erogare un'assistenza multidimensionale e globale (legata, cioè, non solo ai bisogni squisitamente clinici dei pazienti), dovrebbe costituire il centro propulsore di una capacità di governo in primis intradistrettuale, sviluppando una gestione integrata tra i diversi servizi e tra le componenti sanitarie e quelle sociali, e dovrebbe, attraverso percorsi assistenziali integrati, costruire, assieme alle componenti ospedaliere, un più ampio ruolo di gestione (governance) clinico-assistenziale.</p> <p>In questo processo di riorganizzazione e di rifunzionalizzazione del sistema di cure primarie bisogna ripensare, in particolare, la funzione specialistica ambulatoriale, nella quale continua ad esistere una profonda distanza tra ospedale e territorio. Come detto prima, questa funzione va ripensata e riorganizzata come unitaria, muovendosi nella prospettiva di diversificare l'offerta ambulatoriale in rapporto alle effettive potenzialità di gestione della casistica più o meno complessa: l'attività ambulatoriale ospedaliera dovrebbe indirizzarsi prioritariamente verso un'offerta più specializzata in ragione delle potenzialità maggiori, in termini tecnologici, che un presidio ospedaliero usualmente possiede. Questa differenziazione costituisce la base per la condivisione di percorsi assistenziali integrati territorio-ospedale, ma allo stesso tempo diversificati, che siano in grado di generare risultati di maggiore efficacia ed efficienza e di decongestionare l'ospedale dalla casistica impropria.</p> <p>Molto utili, in tale scenario, possono essere gli ambulatori dedicati, organizzati per patologia (ambulatorio scompenso cardiaco, ambulatorio diabete, ecc.), raccordati tra ospedale e territorio sulla base di un disegno a rete di tipo hub and spoke. Sebbene questo modello sia più usualmente utilizzato per le patologie acute, esso può essere utile per standardizzare meglio le funzioni dei diversi livelli di specializzazione che il sistema deve garantire per fare fronte ai differenti gradi di complessità dei bisogni assistenziali nel caso della cronicità.</p> <p>In conclusione, la gestione integrata è ormai divenuta un impegno imprescindibile ed indifferibile per tutte le componenti del sistema assistenziale ed è senza dubbio uno strumento non di massificazione ma di differenziazione oltre che di riqualificazione.</p> <p>Verso questi nuovi scenari si stanno orientando le società scientifiche degli specialisti ed importanti segnali emergono anche dal nuovo Accordo Collettivo Nazionale del 29 luglio 2009 degli MMG, dei pediatri di libera scelta, dei medici di continuità assistenziale e degli specialisti ambulatoriali che, oltre alle forme associative classiche, proietta il sistema verso nuove modalità aggregative (AFT – Aggregazioni Funzionali Territoriali e UCCP – Unità Complesse di Cure Primarie) più consone a ridurre le distanze tra i diversi attori del sistema di cure primarie (art. 26 bis e 26 ter).</p> <p>Un ulteriore elemento, indispensabile per la costruzione dei nuovi scenari è la</p>
--	---

	<p>capacità del sistema di utilizzare strumenti di valutazione che diano evidenza ai contributi e ai risultati di tutti gli attori del sistema assistenziale in una logica di accountability, intesa come il “rendere conto” dell’utilità del proprio esistere e del proprio agire come servizi e come professionisti.</p> <p>I percorsi assistenziali, rispondono bene alle esigenze sopra esplicitate e rappresentano il metodo migliore, sia per l’ospedale sia per il territorio, per:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• rivisitare criticamente le funzioni di tutte le componenti e di tutti gli attori assistenziali con le loro specificità ma anche in una prospettiva di unitarietà, di continuità e di cura delle interfacce;</li> <li>• individuare le criticità e rendere evidenti e misurabili le “buone pratiche” quotidiane (chi fa cosa, perché, come e quanto bene lo fa, dove, con quali risultati);</li> <li>• dare risalto ed evidenza ai bisogni complessi del paziente-persona con patologia a lungo termine, uscendo fuori dalla logica asettica del “caso clinico” e personalizzando l’assistenza;</li> <li>• predisporre, in una logica di accountability, gli indicatori di processo e di esito per dare visibilità ai contributi ed ai risultati dei vari attori dell’assistenza. L’obiettivo principale della gestione integrata (GI) è quello “di ottenere un miglioramento dello stato di salute del paziente (...) di contenere/ottimizzare l’utilizzo delle risorse umane ed economiche (...) utilizzando strategie per modificare i comportamenti di pazienti e medici, da parte dei quali è spesso difficile ottenere rispettivamente un’adesione ai piani di cura e la condivisione e l’utilizzo di linee guida per la pratica clinica”.</li> </ul> <p><b>QUALI PAZIENTI?</b></p> <p>L’approccio sistemico di tipo disease management, ampiamente diffuso in campo internazionale, ed il chronic care model, che costituisce ormai il riferimento organizzativo-operativo di tutte le esperienze più significative in Italia e all’estero nell’ambito dell’assistenza alla cronicità, indicano la necessità di un’integrazione sistemica, che non trascuri nessun attore assistenziale (sia sanitario sia non-sanitario) e che progressivamente prenda in carico tutti i pazienti, indipendentemente dal grado di evoluzione della patologia.</p> <p>È comunque ovvio che i sistemi regionali e aziendali debbano individuare le strategie ritenute più consone alle caratteristiche e alle specificità del contesto e del sistema organizzativo locale, indirizzandosi verso uno sviluppo graduale della GI ed eventualmente focalizzando, inizialmente, l’intervento sui target di pazienti ritenuti prioritari.</p> <p><b>QUALI PROFESSIONISTI?</b></p> <p>Nella GI non può esservi “distanza” tra le varie componenti e tra i diversi attori del sistema assistenziale e come premessa generale non vi sono, pertanto, persone affidate esclusivamente all’MMG ed altre esclusivamente allo specialista.</p> <p>La GI implica un piano personalizzato di follow-up condiviso tra i professionisti principali (MMG e specialisti) e tra questi ultimi e gli altri professionisti coinvolti nel processo di assistenza (infermieri, psicologi, dietologi, dietisti, assistenti sociali, ecc.). Da ciò deriva la necessità di classificare i pazienti in sub-target in base al grado di sviluppo della patologia: vi saranno pazienti a minore complessità con una gestione del follow-up prevalentemente a carico dell’MMG e pazienti con patologia ad uno stadio più avanzato con una gestione prevalentemente a carico dello specialista.</p> <p>Questa maggiore prevalenza di una figura rispetto all’altra, all’interno di un</p>
--	--

	<p>percorso assistenziale personalizzato e concordato, deve in ogni caso scaturire da una scelta condivisa tra i vari attori assistenziali coinvolti. In tal senso, la struttura del follow-up di un paziente in gestione integrata è decisa unitariamente da MMG e specialista e, con il contributo degli altri attori, va rivalutata periodicamente e deve basarsi sulla scelta del setting assistenziale migliore (più appropriato, più efficace e più efficiente) per il singolo paziente. La GI implica, quindi, la necessità dello sviluppo di strumenti di comunicazione stabile all'interno della rete di professionisti che assiste il paziente, sfruttando, ove possibile, le potenzialità informatiche, senza disdegnare altri strumenti e vie di comunicazione a minore impatto economico e sin d'ora praticabili, laddove esistano problemi di reperimento di risorse specifiche. Usualmente ogni professionista possiede un proprio strumento di registrazione dei pazienti che, nei disegni locali di GI, deve venire quanto più possibile valorizzato. Lo sviluppo della GI, però, impone la necessità di una comunicazione sistematica tra i diversi attori di cura e, pertanto, è necessaria l'individuazione di formule specifiche di condivisione dei dati (scheda unica, posta elettronica certificata, estrazione ed invio di dati su query, ecc.) secondo modalità e strumenti definiti a livello degli accordi regionali.</p> <p>In questo contesto si inserisce l'istituzione delle unità operative a bassa intensità assistenziale gestite dal personale infermieristico (UDI) deriva, pertanto, dalla necessità di riqualificare la rete dell'offerta ospedaliera e territoriale in senso orizzontale secondo differenti livelli intensità di cura/complessità assistenziale in funzione del bisogno di assistenza richiesto dalla persona in carico.</p> <p><b>IL MODELLO ORGANIZZATIVO DELL UDI</b></p> <p>L'UDI è un'area di cure a bassa intensità clinica di tipo intermedio dotata di posti letto funzionali gestita da personale infermieristico, nella quale sono accolti pazienti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- senza limiti di età, caratterizzati da non autosufficienza, anche temporanea, nella fase della malattia in cui non sono richiesti un elevato impegno tecnologico e la presenza/assistenza medica continuativa come nel ricovero ordinario per acuti;</li> <li>- dimissibili dall'ospedale per acuti il cui bisogno sanitario è quello di mantenere e completare la stabilizzazione clinica raggiunta nel corso del ricovero acuto, e che presentano ancora una necessità di tutela medica e di assistenza infermieristica continuativa nelle 24 ore prima rientrare a domicilio o essere trasferiti presso altra struttura;</li> <li>- che per la particolare situazione socio-sanitaria necessitano di un percorso diagnostico, terapeutico e di monitoraggio difficilmente gestibile a domicilio con l'Assistenza Domiciliare per la complessità clinico-assistenziale richiesta o per ragioni di tipo sociale nei casi in cui la famiglia o una struttura sociale non riescono comunque a supportare il paziente nella malattia, o per l'assenza di analoga struttura presso la Casa della Salute (CdS).</li> </ul> <p>L'UDI si configura come un modulo organizzativo individuabile:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- all'interno della Casa della Salute ed afferente gerarchicamente alla responsabilità della Direzione di Distretto di riferimento e funzionalmente alla Direzione Assistenziale Infermieristica.</li> <li>- All'interno della struttura ospedaliera ed afferente gerarchicamente alla</li> </ul>
--	---



	<p>responsabilità della Direzione Sanitaria e funzionalmente alla Direzione Assistenziale Infermieristica.</p> <p>La gestione dell'UDI è affidata ad un Coordinatore Infermieristico il quale risponde funzionalmente e gerarchicamente alla Direzione Assistenziale Infermieristica.</p>
<b>OBIETTIVI</b>	<p>Gli obiettivi per la realizzazione della continuità della cura sono raggiungibili attraverso un processo di trasformazione che prevede la riorganizzazione di strutture, metodologie, attività operative, logiche ed approcci, che a grandi linee si possono così riassumere:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• riorganizzazioni che prevedono il passaggio da una logica prestazionale ad una logica di “presa in carico”,</li> <li>• appropriata gestione del ricovero ospedaliero fornendo un'alternativa di cura e assistenza per pazienti post acuti o per soggetti con patologie cronico-degenerative in fase di riacutizzazione;</li> <li>• riduzione giornate di degenza ospedaliera inappropriate, attraverso il monitoraggio dello stato clinico generale dei pazienti con patologie cronico-degenerative;</li> <li>• riorganizzazioni dell'attività clinica-assistenziale per patologie complesse, croniche, anziani;</li> <li>• riorganizzazione dell'attività clinica-assistenziale in termini di percorsi clinici o, in generale, percorsi di cura senza soluzione di continuità;</li> </ul> <p>Per rendere realistici e realizzabili gli obiettivi di continuità della cura in cui una sanità diffusa, segue il paziente in un <i>continuum</i> organizzato, dall'ospedale alle strutture sanitarie del territorio o a casa.</p>
<b>TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Analisi delle risorse umane e materiali necessarie</li> <li>- Analisi organizzativa del contesto applicativo</li> <li>- Acquisizione risorse tecnologiche e sperimentazione sul campo</li> </ul>
<b>INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- attivazione delle UDI- ospedaliera entro 12 mesi</li> <li>- aggiornamento del personale da inserire</li> </ul>
<b>RISULTATI ATTESI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Garantire la continuità assistenziale e standardizzare alcuni passaggi fondamentali del percorso assistenziale, costruendo un linguaggio professionale condiviso.</li> <li>- Miglioramento continuo dell'assistenza infermieristica al paziente tramite la buona gestione di ogni singola persona assistita</li> </ul>

## PROSPETTO ECONOMICO DELL'INTERVENTO N. 1

<i>DESCRIZIONE</i>	<i>TOTALE IMPEGNO ECONOMICO PRESUMIBILE (IN EURO)</i>
<b><u>Personale</u></b>	<b>€ 1.780.618,00</b>
Personale a contratto	€ 1.380.618,00
Altro Personale	€541.000,00
<b><u>Missioni</u></b>	
Spese per missioni	
<b><u>Formazione</u></b>	<b>€ 20.000,00</b>
Percorsi formativi specifici	€ 20.000,00
<b><u>Attrezzature e materiale di consumo</u></b>	<b>€ 400.000,00</b>
Apparecchiature e materiale di consumo	€ 400.000,00
<b><u>Altro</u></b>	
Altro specificare _____	
<b>TOTALE</b>	<b>€ 2.341.618,00</b>



**INTERVENTO N. 2 Misure dirette al contrasto delle disuguaglianze in sanità**

<p>CONTESTO</p>	<p>Le liste di attesa rappresentano un problema di grande importanza e attualità per molti Servizi Sanitari Nazionali. La ragione di tale interesse risiede nel cronico eccesso di domanda rispetto all'offerta di prestazioni sanitarie, a fronte delle limitate risorse disponibili, mentre pazienti e cittadini percepiscono le lunghe liste di attesa come un importante disservizio.</p> <p>Il diritto all'accesso viene promosso quale diritto ad avere risposta in tempi adeguati alle reali necessità.</p> <p>Tale necessità clinica non è la stessa per tutti i Pazienti in attesa. Se è vero che tutti i cittadini che hanno realmente bisogno devono avere in ogni caso una risposta in tempi adeguati, è anche vero che solo alcuni pazienti necessitano di trattamento immediato. Con l'obiettivo di tutelare il diritto ad un pronto accesso alle prestazioni sanitarie, soprattutto per i soggetti più bisognosi di assistenza e nel rispetto dei criteri di equità, correttezza, appropriatezza ed efficienza, la Regione Molise ha approvato con il DCA n. 70 del 2/08/2011 il “Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) 2011-2013”, individuando le direttive per la definizione di regole e strumenti per il governo delle liste di attesa e per l'accesso alle prestazioni ambulatoriali e di ricovero.</p> <p>I cambiamenti progressivamente intervenuti nell'organizzazione sanitaria della regione Molise per effetto del Piano Operativo Straordinario 2015-2018, recepito con DCA n. 52/2016, inducono alla complessiva riorganizzazione del sistema di erogazione delle prestazioni e richiedono una revisione delle procedure di governo delle liste d'attesa.</p> <p>Per meglio affrontare il problema è necessario distinguere con più accortezza e per più gradi il reale bisogno e la reale urgenza di ciascun paziente, come già viene fatto nell'area dell'emergenza e nel Pronto Soccorso: con criteri chiari, oggettivi e semplici.</p> <p>Maggiore l'urgenza clinica riscontrata, maggiore deve essere la tempestività di erogazione della prestazione. La cura dovrà quindi essere fornita dopo una giusta attesa permettendo da un lato la migliore organizzazione della prestazione e l'esecuzione di prestazioni a maggior priorità, dall'altro il rispetto del tempo massimo previsto.</p> <p>In sintesi, il paziente, una volta definito il “bisogno di salute”, deve uscire dall'ambulatorio del medico di base o dello specialista con la prescrizione e l'appuntamento, in tempi congrui al bisogno stesso.</p> <p>Il sistema deve farsi carico degli aspetti pratici, attraverso una rete che coinvolge sia gli specialisti, che i medici e i pediatri di famiglia, nei casi di patologie croniche o bisogni di salute più complessi, prevedere la cosiddetta “rete clinica integrata”, una rete tra professionisti (medici e pediatri di base, specialisti ospedalieri e territoriali), che prendano in carico l'utente integrandone bisogni sanitari e sociali.</p> <p>Al fine di migliorare la qualità del monitoraggio delle liste d'attesa e la gestione dei tempi di erogazione, la Regione Molise individua come linea di intervento principale la classificazione di sistemi delle priorità. La classe di priorità ed il quesito diagnostico sono informazioni di importanza strategica per il governo dell'accesso alle prestazioni e al monitoraggio delle liste di attesa. L'utilizzo dell'indicazione della</p>
-----------------	---

	<p>classe di priorità nella pratica prescrittiva consente ai sistemi di prenotazione (sportelli CUP aziendali e call center) di indirizzare le richieste alle corrispondenti "agende configurate per classi di priorità". Inoltre, risulta importante distinguere tra primo accesso (con relativa classe di priorità) e controlli successivi, già nella ricetta medica, al fine di favorire la riduzione ed il controllo dei tempi di attesa.</p>
DESCRIZIONE	<p>Il tempo di attesa soggettivo nasce, infatti, nello stesso momento in cui si manifesta un problema di salute che deve essere identificato e successivamente risolto. Quando il tempo di attesa è troppo lungo e come tale viene percepito dall'utente, influenza il suo comportamento e il suo giudizio sull'efficienza del SSR. Nel contesto sanitario difatti, l'attesa del paziente si riferisce all'intervallo temporale che intercorre tra l'insorgenza di un problema di salute, l'identificazione oggettiva da parte del MMG dello stesso, la diagnosi e l'eventuale trattamento. Esso rappresenta il primo contatto diretto tra l'utente e l'organizzazione e ciò riveste un ruolo importante nel determinare i successivi atteggiamenti e i comportamenti anche futuri della persona in termini di soddisfazione del servizio e di fidelizzazione nei riguardi dell'organizzazione che ha erogato lo stesso.</p> <p>Per le prestazioni in regime ambulatoriale l'attesa deve essere misurata a partire dalla prenotazione e ha termine con l'esecuzione dell'esame/visita. Va anche monitorato il tempo intercorrente tra esecuzione della prestazione e il rilascio del referto, tale tempo deve essere contenuto entro limiti che non pregiudichino la prognosi dell'assistito.</p> <p>Prima di illustrare la proposta progettuale è utile delineare gli eventuali nodi critici che si possono verificare all'interno del sistema CUP regionale, dal momento in cui la persona effettua una richiesta di prestazione presso il sistema, al momento in cui riceve la prestazione stessa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Come viene vissuto e quale comportamento genera nel paziente il tempo di attesa prospettato dal CUP anche in relazione all'epoca di insorgenza del bisogno di salute (si rassegna all'attesa, propone reclamo, rinuncia, si rivolge al privato, si reca fuori regione);</li> <li>• Qual è la percezione dell'utente rispetto alla modalità di relazione con l'operatore di sportello CUP e quanto questa influenza il comportamento e le decisioni conseguenti;</li> <li>• Quali sono le problematiche soggettivamente riscontrate e vissute dagli operatori sanitari coinvolti nel sistema di prenotazione e di erogazione delle prestazioni sanitarie (operatori di front-office e di back-office del CUP regionale e del Call Center Sanitario Regionale, medici, infermieri,) relativamente al tema dei tempi di attesa;</li> <li>• In considerazione della particolare struttura del territorio molisano (zone montane, aree interne) quanto la residenza in aree disagiate differenzia il comportamento rispetto all'attesa nella erogazione della prestazione sanitaria e genera disuguaglianza orizzontale tra cittadini rispetto alla tutela della salute della persona.</li> </ul> <p>Come è evidente, il problema delle liste di attesa si deve affrontare</p>

	<p>mettendo in campo azioni che da un lato permettano l'incremento dell'offerta e dall'altro riducano e razionalizzino la domanda.</p> <p>Per controllare la domanda si deve intervenire su percorsi di miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e di gestione delle priorità cliniche.</p> <p>Si tratta, in altre parole, di avviare un vero e proprio cambiamento culturale, che deve interessare tutte le componenti coinvolte nel sistema, dai pazienti ai medici prescrittori, dagli specialisti alle strutture erogatrici e agli apparati amministrativi delle Strutture sanitarie, oltre che i sistemi di prenotazione CUP.</p> <p>Devono quindi essere messe in atto misure in grado di garantire:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) L'accesso a tutte le informazioni sulla disponibilità delle prestazioni, nonché un più facile accesso alla prenotazione;</li> <li>b) L'ampliamento della capacità produttiva delle strutture sanitarie erogatrici, in particolare per quanto riguarda le visite/prestazioni necessarie ad emettere la diagnosi ("prime visite");</li> <li>c) La riduzione della domanda inappropriata.</li> </ul> <p>Le attività previste nella proposta progettuale, saranno attuate nelle seguenti fasi distinte:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Per conoscere la capacità di offrire prestazioni agli utenti da parte delle varie strutture erogatrici si provvederà, tramite l'informatizzazione del "sistema agende"(che devono essere tutte visibili al CUP) a monitorare l'utilizzo degli spazi ambulatoriali, delle varie apparecchiature e valutare il numero di prestazioni erogate, in tal modo si procede a razionalizzare l'offerta sul territorio cercando di rispondere alle varie esigenze degli utenti distribuiti su un territorio vasto e con diversa densità abitativa;</li> <li>2. Progettazione di un piano di ridistribuzione dei carichi di lavoro nelle strutture erogatrici delle prestazioni che presentano tempi di attesa elevati e che maggiormente sono richieste dalla popolazione;</li> <li>3. Progettazione di un piano di prenotazioni con il sistema dell' "overbooking" (sovraprenotazione);</li> <li>4. Controllo e monitoraggio del fenomeno del "drop out" con creazione di un servizio di chiamata dell'utente a casa per richiedere conferma della prenotazione (re-call) ovvero di richiamata degli utenti al fine di verificarne l'intenzione ad accedere alle prestazioni prenotate e per riprogrammare gli appuntamenti allo scopo di saturare le agende di prenotazione;</li> </ol> <p>per le agende con liste di attesa lunghe.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitoraggio continuo delle prestazioni con tempi di attesa critici con conseguente intervento correttivo</li> </ol>
--	--

	<p>temporaneo, mediante l'acquisto mirato delle prestazioni sia presso strutture accreditate, sia con il sistema di libera professione intramoenia, in modo da fronteggiare il problema controllando il conseguente eventuale aumento della domanda;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Per quanto riguarda le prenotazioni con apparecchiatura (es risonanza magnetica), creazione di un ambulatorio che ha il compito di valutazione e monitoraggio delle richieste sia del MMG sia dello specialista con il fine di dare una giusta priorità alle richieste in base al quadro clinico del paziente, in tal modo si governa la domanda in base all'offerta concordata con l'ospedale Cardarelli ed altre strutture accreditate;</li> <li>3. Dividere le agende delle "prime visite" da quelle degli esami di controllo. Queste ultime, autogestite dallo specialista, devono essere programmate e quantificate dalle Aziende sulla base delle necessità riscontrate (epidemiologia ed evidenze scientifiche), anche di intesa con i Responsabili di branca specialistica.</li> </ol>
OBIETTIVI	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promuovere e garantire a tutti i cittadini un servizio sanitario omogeneo in termini di quantità e qualità delle prestazioni erogate al fine di individuare un corretto livello di erogazione dei servizi resi a garanzia dei diritti fondamentali della persona, quali la tutela della salute e l'uguaglianza nell'accesso alle prestazioni sanitarie.</li> <li>• Promuovere attività di agevolazione e correzione del sistema erogante le prestazioni sanitarie attraverso politiche di ricerca ed informazione volte a ridistribuire le risorse sanitarie verso le aree geografiche a maggiore disagio sociale, in modo da eliminare le barriere improprie all'accesso a cure tempestive ed appropriate.</li> <li>• Attribuire ai vari operatori sanitari interessati al sistema di erogazione maggiore partecipazione alla programmazione, raccogliendo proposte operative volte al miglioramento della qualità del servizio.</li> <li>• Valutare quanto lo stato socio-economico e la residenza in aree interne e disagiate dell'utente incide sul comportamento e sulla decisione in relazione al tempo di attesa prospettato</li> <li>• Elaborare il concetto di tempo di attesa soggettivo dal punto di vista dell'utente portatore di un bisogno di salute, valutato dal momento dell'insorgenza del bisogno al momento dell'erogazione della prestazione richiesta.</li> </ul>
TEMPI DI ATTUAZIONE	12 mesi

(CRONOPROGRAMMA)	<p>Tre sono gli step previsti, cui corrisponde un cronoprogramma e un tempo limite di attuazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- il primo, “tempo 0” (T0), 3 mesi</li> <li>- il secondo, “tempo 1” (T1), 6 mesi</li> <li>- il terzo, “tempo 3” (T2). 3 mesi</li> </ul> <p>La prima fase “T0”, per abbattere le liste di attesa attraverso l'incremento dell'offerta, sia utilizzando le formule necessarie a prolungare l'orario del personale dipendente. L'obiettivo è eliminare le code dalle agende del Cup e consentire di avviare lo step successivo (“T1”).</p> <p>Con il T1, infatti, si entra nel vivo del progetto: questa fase, prevede di estendere il sistema dei criteri di priorità a tutte le prestazioni diagnostiche e alle visite, ma in relazione solo al primo accesso. Per quelli successivi, che dall'esame dei volumi di attività rappresentano la maggiore quantità di richieste, il progetto prevede agende specifiche e sistemi di presa in carico specialistica, che possono essere riassunti in:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- day service e percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA), in cui il paziente viene preso in carico dopo il primo accesso, secondo la complessità del caso che emerge dalla diagnosi, con accessi preferenziali che utilizzano il cup, ma con agende riservate che comprendono anche eventuali valutazioni di equipe e follow up;</li> <li>- nuove modalità di presa in carico che verranno sviluppate nello step denominato “T2”.</li> </ul> <p>È questa, infatti, la fase, in cui si concretizza la vera sfida per arrivare al superamento del tradizionale sistema di prenotazione, il Cup, e offrire ai cittadini un accesso più snello e più calibrato al bisogno assistenziale.</p>
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	<ul style="list-style-type: none"> <li>–N° di operatori sanitari che aderiscono ai focus groups / n° operatori invitati</li> <li>–N°di utenti che accettano i tempi di attesa prospettati / n°utenti totali monitorati</li> <li>–N° di utenti che rifiutano e si rivolgono al privato/ n°utenti totali monitorati</li> <li>–N° di utenti che rifiutano e si recano fuori regione / n°utenti totali monitorati</li> <li>–N° di utenti che espongono reclamo scritto / n°utenti totali monitorati</li> <li>–N°di utenti residenti in aree interne e disagiate / n° di utenti che accettano i tempi di attesa prospettati</li> <li>–N° di utenti appartenenti a classi socio-economiche disagiate / n°di utenti che accettano i tempi di attesa prospettati</li> <li>–N° di utenti appartenenti a classi socio-economiche medio-alte / n° di utenti che rifiutano e si rivolgono al privato</li> <li>–N° di utenti appartenenti a classi socio-economiche medio-alte / n° di utenti che rifiutano e si rivolgono fuori regione</li> <li>–Tempo di attesa prospettato / tempo di attesa soggettivo</li> </ul>
RISULTATI ATTESI	Report attività

## PROSPETTO ECONOMICO DELL'INTERVENTO N. 2

<i>DESCRIZIONE</i>	<i>TOTALE IMPEGNO ECONOMICO PRESUMIBILE (IN EURO)</i>
<b><u>Personale</u></b>	<b>€ 1.050.000,00</b>
Personale a contratto	€ 550.000,00
Altro personale	€ 500.000
<b><u>Missioni</u></b>	
Spese per missioni	
<b><u>Attrezzature e materiale di consumo</u></b>	
Apparecchiature e materiale di consumo	
<b><u>Altro</u></b>	
Altro specificare _____	

<i>DESCRIZIONE</i>	<i>TOTALE IMPEGNO ECONOMICO PRESUMIBILE (IN EURO)</i>
<b><u>Convenzione REGIONE MOLISE/UNIMOL</u></b>	<b>€60.000,00</b>
<b>TOTALE</b>	<b>€ 1.110.000,00</b>

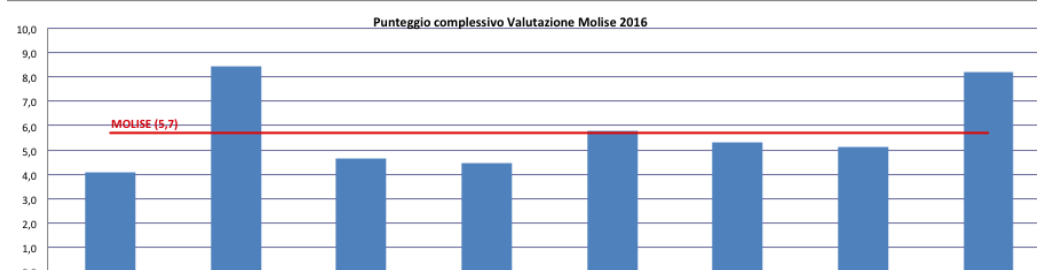
<b>ASPETTI GENERALI DEL PROGETTO</b>	
REGIONE PROPONENTE	Regione Molise
PROVVEDIMENTO REGIONALE (DATA E NUMERO)	Decreto del Commissario ad Acta n. __ del __/__/____
LINEA PROGETTUALE	<b>Linea n. 2- Sviluppo dei processi di umanizzazione all'interno dei percorsi assistenziali</b>
TITOLO DELL'INTERVENTO N. 1	Potenziamento del modello regionale di umanizzazione basato sulla valutazione, sulla formazione e su interventi specifici in ambito sanitario
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi
SOGGETTI ATTUATORI	INTERVENTO N. 1: Regione Molise- Direzione Generale per la Salute
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi

<b>ASPETTI FINANZIARI</b>	
COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	<b>€. 460.000,00</b>

<b>IL PROGETTO</b>	
<b>CONTESTO</b>	<p>La Regione Molise, in accordo con quanto previsto dalle attuali disposizioni normative, ha avviato un percorso d'attenzione e di continuità dei processi di umanizzazione all'interno dei percorsi assistenziali.</p> <p>Il tutto fatto a supporto di una riorganizzazione complessiva della rete dei Servizi sanitari regionali prevista con il Programma Operativo Straordinario, anche attraverso le risorse dell'Art. 1, comma 34 e 34 bis della legge 23 dicembre 1996 n. 662, dedicate al perseguimento degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale indicati nel Piano Sanitario Nazionale (risorse 2014/2015/2016), e più specificatamente sulla Linea Progettuale n. 2. Sviluppo dei processi di umanizzazione all'interno dei percorsi assistenziali.</p> <p>Nella moderna sanità, infatti, le policy di umanizzazione delle cure rappresentano un benchmark significativo nell'implementazione e nello sviluppo della pratica socio-sanitaria.</p> <p>La tendenza alla predominanza di temi quali la presa in carico globale del paziente, l'assistenza sanitaria in tutte le sue forme e la continuità assistenziale, sono variabili che le Regioni in generale, e il Molise nel particolare, non possono sottovalutare.</p> <p>L'integrazione dell'umanizzazione in questi complessi ambiti può determinare il raggiungimento di un sistema sanitario più appropriato in termini di risposta ai cittadini, efficiente e soprattutto più sostenibile, consentendo un ciclo virtuoso di risparmi e investimenti. Nei sistemi sanitari in cui si voglia porre al centro il paziente, il criterio guida è rappresentato dalle necessità, dalle preferenze e dai valori dei pazienti stessi, nelle decisioni di tutto il processo clinico.</p> <p>Il Molise sta attraversando un percorso di riorganizzazione nato da scelte radicali, necessarie e oramai improcrastinabili, con l'obiettivo di superare i limiti di un sistema sanitario regionale costruito su modelli organizzativi superati, con la precisa volontà di liberare risorse da reinvestire direttamente nei servizi di salute dei e per i molisani.</p> <p>A monte, c'è la predisposizione del Programma Operativo Straordinario regionale 2015-2018 (POS 2015-2018), validato d'intesa con i Ministeri e passato nell'agosto 2016 in Conferenza Stato-Regioni. Il POS è poi diventato legge dello Stato attraverso l'art. 34-bis L. 21 giugno 2017, n. 96.</p> <p>Anche per questo, in continuità con il Progetto approvato a valere sulle risorse 2016, come tra l'altro previsto dall'attuale Accordo (Rep. Atti n.181/CSR del 26 10 2017), la Regione Molise attraverso la Direzione Generale per la Salute, intende continuare a impegnarsi nel</p>



potenziamento dell'attuale modello, in funzione di una standardizzazione del grado d'umanizzazione delle strutture regionali, alimentando la discussione regionale sul tema dell'umanizzazione anche all'interno della più ampia rete nazionale per la rilevazione periodica delle strutture ospedaliere, territoriali e domiciliari.



**Figura 1 – Punteggio adjust Valutazione Umanizzazione 2016 Molise. Media regionale 8 strutture partecipanti, dato anonimizzato.**

La Direzione Generale per la Salute sta dando seguito a quanto previsto dal Documento programmatico in tema di umanizzazione delle strutture ospedaliere della Regione Molise 2015-2018 (Determina del Direttore Generale per la Salute n.123 del 02/07/2015) mediante anche la Consulta C.IVI.LE. (Determinazione del Direttore Generale n. 57 del 30-03-2016, avente ad oggetto "Determinazione Direttoriale n.123/2015. Costituzione "Consulta Civica Regionale per la Sanità: C.IVI.LE") che è l'organismo di riferimento regionale per l'umanizzazione, favorendo la partecipazione della cittadinanza e delle associazioni.

Tre sono le sezioni previste da questa proposta progettuale: Strumenti di valutazione, Cambiamento organizzativo e percorsi formativi, Interventi di Umanizzazione in ambito sanitario. Queste saranno dettagliate con precisione nella sezione successiva.

Quest'annualità prevede, inoltre, una sperimentazione specifica sull'assistenza domiciliare. Il focus verrà posto infatti, anche attraverso il supporto metodologico dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS), sulla creazione di uno strumento embrionale capace di "misurare" il grado di umanizzazione nei percorsi dedicati all'assistenza della persona a casa o nei luoghi in cui vive, che potrà coinvolgere direttamente pazienti, caregivers, cittadini e comunità locali. A conclusione, infatti, saranno definiti metodi e strumenti di valutazione partecipata del grado di umanizzazione che potranno essere messi a disposizione di tutte le altre Regioni d'Italia e che avranno lo scopo di misurare le attività dell'Assistenza Domiciliare Integrata.

L'Assistenza Domiciliare Integrata è l'insieme integrato di trattamenti sanitari e sociosanitari, erogati a casa della persona non autosufficiente, assicura l'erogazione coordinata e continuativa di prestazioni sanitarie al domicilio da parte di diverse figure professionali fra loro funzionalmente coordinate nell'ambito del Distretto. In quest'ottica il Servizio Sanitario garantisce alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità percorsi assistenziali direttamente nel proprio domicilio.

Il Molise, infatti, per via della situazione di contesto ed epidemiologica, si presta ad essere laboratorio per una sperimentazione innovativa di questo genere con caratteristiche di replicabilità. La popolazione anziana è giudicata, secondo le ultime stime, in una percentuale pari quasi al 24%, in costante e tendenziale aumento (si consideri che nel 2012 tale indicatore era di circa 2 punti inferiore).

Come si evince dalle tabelle successive, riferite agli anni 2015 e 2016, il dato dei pazienti trattati in Assistenza Domiciliare Integrata dall'Azienda Sanitaria regionale presso il domicilio degli utenti è in costante aumento. Si consideri inoltre l'effetto esponenziale che un trattamento domiciliare appropriato, anche sotto l'aspetto dei processi d'umanizzazione, può avere ricadute immediate sull'utente e sul nucleo familiare in cui vive.

2015	CAMPOBA SSO	ISERNI A	TERM OLI	TOTAL E
ADI 1° LIVELLO	1302	786	1020	3108
ADI 2° LIVELLO	7	11	12	30
ADI 3° LIVELLO	123	57	91	271
<b>Assistenza domiciliare integrata</b>	<b>1432</b>	<b>856</b>	<b>1125</b>	<b>3413</b>
Prevalenza a livello Aziendale	41,96%	25,08%	32,96%	
Assistenza domiciliare prestazionale	1540	2368	1244	5152
<b>TOTALE</b>	<b>2972</b>	<b>3224</b>	<b>2369</b>	<b>8565</b>

*Tabella 1 – Anno 2015, Assistiti Molise PAI in ADI*

2016	CAMPOBA SSO	ISERNI A	TERM OLI	TOTAL E
ADI 1° LIVELLO	1461	816	630	2907
ADI 2° LIVELLO	555	456	356	1367
ADI 3° LIVELLO	156	173	27	356
<b>Assistenza domiciliare integrata</b>	<b>2185</b>	<b>1451</b>	<b>1034</b>	<b>4670</b>
Prevalenza a livello Aziendale	46,79%	31,07%	22,14%	
Assistenza domiciliare prestazionale	1532	2683	1513	5728
<b>TOTALE</b>	<b>3717</b>	<b>4134</b>	<b>2547</b>	<b>10398</b>

*Tabella 2 – Anno 2016, Assistiti Molise PAI in ADI*

Le procedure e gli strumenti di valutazione potranno essere di utilità per aprire una discussione nazionale sul tema dell'umanizzazione dei percorsi non più solo ospedalieri, ma anche in quelli che investono il paziente/cittadino ed i suoi caregivers direttamente dove si sviluppano le attività quotidiane.

Ci si avvarrà dell'esperienza maturata nella valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero, promossa da AGENAS e realizzata anche in Molise, in cui sono state valutate 4 principali aree dell'umanizzazione:

- la cura della relazione con il paziente/cittadino;
- i processi assistenziali e organizzativi orientati al rispetto e alla specificità della persona;
- l'accesso alle informazioni, semplificazione e trasparenza;
- l'accessibilità fisica, vivibilità e comfort dei luoghi di cura.

L'umanizzazione, tuttavia, riconosce diverse modalità di implementazione a seconda del setting (ad es. reparto materno infantile, area terapia intensiva, ambito di cura dedicato all'anziano fragile), del modello/processo di cura, del grado di coinvolgimento dei professionisti sanitari. Gli elementi che possono influenzare significativamente l'umanizzazione sono il modello assistenziale, le relazioni interpersonali tra i componenti del team di cura e le regole stabilite dal servizio sanitario. Per tale motivo sarà necessario mettere a punto metodi e strumenti specificamente costruiti per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione nell'ambito dell'Assistenza Domiciliare integrata.

A tal fine, in un Sistema che prevede una ridefinizione su standard nazionali ed il progressivo allontanamento da un modello "ospedalecentrico" in favore di uno più a misura di cittadino, la

	<p>Direzione Generale per la Salute intende avviare questa sperimentazione avvalendosi anche del supporto metodologico dell'AGENAS.</p> <p>Attraverso la Linea progettuale n.2 s'intende, quindi, sviluppare metodi e strumenti specifici per l'ADI a partire da quelli già utilizzati nella valutazione delle strutture di ricovero per acuti al fine di valorizzare la prospettiva del paziente e promuovere il miglioramento della qualità del servizio assistenziale erogato.</p> <p>Il Molise ha adottato con DCA n.36 del 23 giugno 2017, in un percorso che condiviso con diversi attori istituzionali e quindi anche con la Consulta Civile, i quattro Manuali dell'accreditamento messi a punto da AGENAS. Lo strumento che si costruirà, quindi, avrà anche il compito di andare a valutare come, per il Fattore di Qualità Umanizzazione, le strutture e le organizzazioni regionali preposte all'assistenza domiciliare si rapportino ai requisiti previsti per l'ADI dai Manuali per l'accreditamento istituzionale delle strutture di assistenza territoriale extra-ospedaliera.</p>
<b>DESCRIZIONE</b>	<p>Quest'attività progettuale si riaggancia alla precedente della Linea 2 allo scopo di rafforzare, in continuità con il Progetto dell'annualità precedente (2016), un modello che produce effetti positivi nelle Strutture pubbliche e private preposte all'assistenza complessiva dei cittadini molisani, anche a supporto della globale riforma sanitaria regionale sopra descritta.</p> <p>Come già specificato nella precedente sezione, quindi, l'obiettivo è di alzare ancora di più il livello dell'attuale modello regionale di umanizzazione in modo da seguire nel percorso di progressivo superamento di quelle barriere fisiche, temporali e relazionali concretamente superabili, implementando il <i>value</i> dei processi di umanizzazione dei percorsi assistenziali strutturati sia a livello regionale che aziendale, sia ospedalieri, territoriali che di assistenza domiciliare. L'approdo progettuale è il potenziamento di un sistema di <i>public reporting</i> o <i>public accountability</i> che permetta di valutare e comparare la qualità assistenziale delle strutture sanitarie e socio-sanitarie non solo con gli indicatori delle prestazioni cliniche e mediche. Uno degli elementi qualificanti di questo progetto, che è una novità anche nel panorama nazionale, è rappresentata dall'allargamento del quadro anche all'assistenza domiciliare integrata, con un supporto metodologico ben strutturato e con l'ausilio di expertise mutate da esperienze locali speculari.</p> <p>La Regione Molise ha infatti partecipato alle due annualità del Progetto AGENAS Ricerca Corrente 2012 e 2015 "La valutazione della qualità delle strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino", costruendo un piccolo rapporto di dati sullo stato della qualità dell'assistenza ospedaliera da parte delle aziende e dei cittadini, secondo i principi della teoria dell'empowerment. Anche per provare ad incanalare le energie positive ed il grande interesse della cittadinanza e dell'associazionismo regionale sul tema, la Regione ha costruito il proprio modello di valutazione dell'assistenza sanitaria in condivisione con gli attori pubblici, privati accreditati e con le Associazioni.</p> <p>Il coinvolgimento del cittadino/utente e delle Associazioni è un rilevante traguardo anche per gli obiettivi che questo progetto si prefigge. I cittadini e le associazioni sono chiamati a svolgere un ruolo sempre più attivo, per incidere con efficacia sul miglioramento generale e per favorire un innalzamento della qualità complessiva dei servizi per la salute.</p> <p>In una linea temporale ben definita, tenute presenti anche le scorse sperimentazioni locali e nazionali, è importante che il sistema sanitario regionale continui a misurare le proprie performance "immateriali", avendo ben presente l'obiettivo dell'appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni in un sistema d'empowerment delle comunità, delle organizzazioni, dei professionisti e dei cittadini. Questa è una precisa strategia di sanità pubblica volta a rendere possibile che "le persone, le organizzazioni e le comunità acquisiscano competenza sulle proprie vite e possano cambiare il proprio ambiente sociale e politico per migliorare l'equità e la qualità di vita".</p> <p>Così quindi come i precedenti, il progetto si divide in tre sottosezioni verticali dedicate ognuna ad un aspetto diverso dell'umanizzazione, che seppur distinte, sono caratterizzate dal comune filo conduttore orizzontale e trasversale rappresentato dalla Cabina di regia regionale dedicata. Questo, insieme al contributo di spinte innovative (in ottica di bottom-up) che provengono dalle Aziende, dagli operatori e dai cittadini/utenti/pazienti che quotidianamente affrontano le difficoltà legate al mondo della sanità regionale e che più di ogni altro ne conoscono le criticità, dovrà supportare la Direzione Generale per la Salute nella realizzazione di quanto previsto.</p> <p>Trasversale alle tre sottosezioni è l'idea di mettere a disposizione della cittadinanza strumenti e dati capaci di individuare con celerità i punti di forza e le criticità di un sistema in continuo</p>

	<p>divenire, con il fine di sviluppare pratiche di umanizzazione e di <i>public reporting</i>, basate sul benchmarking tra le strutture presenti e valutate e sulla costituenda banca dati regionale, identificando le aree migliorabili con un processo alimentato costantemente in modo da contribuire al percorso di cambiamento organizzativo del SSR.</p> <p><b>Sezione 1. Strumenti di valutazione partecipata del grado di umanizzazione</b></p> <p>Come espresso in premessa, anche in ottemperanza a quanto previsto nel Patto per la Salute 2014-2016 sull'utilizzo sistematico e continuativo di strumenti di valutazione della qualità percepita che consentano l'avvio delle azioni di miglioramento nello specifico contesto dell'umanizzazione delle cure, questa proposta progettuale mira a costruire un pionieristico strumento per la valutazione del grado di umanizzazione dell'assistenza domiciliare.</p> <p>In considerazione dell'importanza di determinare quanto siano "umanizzati" i percorsi domiciliari, anche per il sempre crescente numero di utenti trattati in Molise (vedasi Tabella n.1 e n.2 nella sezione Contesto) e della complessità di percorsi con approcci integrati e multidisciplinari, si avvierà una sperimentazione per la costruzione di una checklist regionale per l'Assistenza Domiciliare Integrata.</p> <p>Questo strumento sarà importante anche in un'ottica di valutazione dei Servizi regionali "fuori dall'ospedale", per reperire dati e informazioni utili a misurare e fotografare il progressivo potenziamento del territorio condizionato dalle recenti modifiche apportate alla Rete dei servizi sanitari e socio-sanitari regionali, utili ad implementare il database regionale sull'umanizzazione.</p> <p>Il tutto sarà fatto per intervenire proattivamente su un Sistema, quello dell'ADI, che necessita di una particolare attenzione, visti i volumi prestazionali che raggiunge, anche tenendo ben presente il punto di vista dell'utente e dei suoi caregivers.</p> <p>Il Gruppo di lavoro costituito e di supporto alla Cabina di Regia potrà avvalersi dell'affiancamento e del qualificato supporto metodologico dell'AGENAS, Agenzia nazionale il cui obiettivo prioritario è lo svolgimento di attività di supporto tecnico-operativo alle politiche di governo dei sistemi sanitari di Stato e delle Regioni tramite attività di monitoraggio, di valutazione, di formazione e di ricerca orientate allo sviluppo del sistema salute.</p> <p>Nello specifico, si costituirà quindi un ulteriore gruppo di coordinamento interregionale tra la Direzione Generale per la Salute e l'AGENAS, che lavorerà nell'arco dell'annualità progettuale per individuare innanzitutto gli indicatori per la realizzazione dello strumento e le metodologie più opportune per eseguire la valutazione partecipata del grado di umanizzazione nei percorsi ADI.</p> <p>L'organizzazione pensata implementerà la metodologia applicativa uniforme già sperimentata per gli operatori sanitari all'interno delle strutture ospedaliere, garantendo un'omogeneità di trattamento per i pazienti/utenti indipendentemente dal Servizio che ne soddisfa il proprio bisogno di salute.</p> <p>Questo strumento sarà costruito anche perché sia funzionale ad un applicativo e-participation dedicato da realizzare, ad un link specifico sul sito della Direzione Generale per la Salute o dell'Azienda sanitaria. Consentirà quindi alle <i>Equipes</i> individuate la somministrazione direttamente da pc, tablet e dispositivi elettronici specificatamente formattati, così da ridurre al minimo gli errori e per consentire alla Regione di avere i risultati in tempi immediati.</p> <p>Una volta elaborati i dati, il Gruppo di lavoro della Direzione per la Salute elaborerà insieme ad AGENAS un report specifico sull'esperienza e lo diffonderà attraverso la i siti istituzionali ed i Video Soccorso già installati nelle strutture ospedaliere ed in quelle territoriali ed un evento di presentazione conclusivo. Le istanze che scaturiranno da questa sperimentazione andranno a modificare il Documento programmatico in tema di umanizzazione della Regione Molise.</p> <p>Resta salvo quanto previsto dal progetto 2016, ovvero che il Gruppo di lavoro dovrà raccordare la propria attività con la Direzione Generale per la Salute della Regione Molise, supportando e applicando anche quanto deciso in seno alla Cabina di Regia (individuata nell'attuale Consulta Civile regionale), favorendo e monitorando le iniziative in territorio molisano in tema di</p>
--	---

	<p>umanizzazione.</p> <p>Altri attori ormai consolidati e fondamentali sono le Equipes aziendali delle strutture dell'ospedale pubblica e privata accreditata, composte da operatori, da volontari delle associazioni e da organismi rappresentativi dell'empowerment.</p> <p>Sulla scorta delle precedenti esperienze regionali e nazionali verrà incrementato il set di indicatori tarato sulla realtà molisana, oltre quindi quelli dell'ADI, che consentirà di valutare e misurare il livello di umanizzazione delle strutture ospedaliere e territoriali regionali. Saranno quindi vagliate le proposte provenienti dai diversi attori della sanità regionale, così da potenziare il modello di valutazione che determina la specifica fotografia della situazione regionale. Il set d'indicatori da valutare e le Equipe aziendali saranno il modo per dotare le strutture ospedaliere e territoriali regionali di efficaci meccanismi di misurazione del servizio, d'informazione agli utenti e di controllo del raggiungimento degli obiettivi.</p> <p>L'obiettivo che si ripropone anche rispetto al Progetto 2016 è di continuare a garantire omogeneità di comportamento su tutto il territorio regionale. In quest'ottica, appunto, il set d'indicatori alimenterà un flusso informativo di tutte le strutture sanitarie coinvolte e 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>Attraverso il coordinamento della Direzione Generale per la Salute della Regione Molise e del Gruppo di lavoro individuato, si organizzerà l'implementazione dei già costituiti gruppi di lavoro aziendali (Equipe Aziendale) per consentire una più conforme disponibilità di operatori esperti sul tema ADI che dovranno poi somministrare lo strumento.</p> <p><b>Sezione 2. Percorsi formativi</b></p> <p>Saranno realizzate iniziative formative dedicate, come previsto dall'Allegato A dell'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome per la realizzazione di obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2017 (Rep. Atti n.181/CSR del 26 ottobre 2017), e cioè l'Area Critica, l'Oncologia, la Pediatria, la Comunicazione e l'Assistenza domiciliare anche in funzione dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie. In considerazione anche dell'innovativo strumento previsto dalla sezione precedente, quindi, saranno potenziati percorsi formativi ad hoc per l'Assistenza Domiciliare Integrata rivolti sia agli operatori che ai caregivers e ai familiari coinvolti nel percorso di cura dell'utente, incrementando i livelli di attenzione agli aspetti relazionali da parte di tutti i protagonisti della salute.</p> <p>Oltre quindi al potenziamento delle <i>capabilities</i> degli operatori, con questo progetto si vuole continuare nel percorso di istituzionalizzazione di percorsi formativi sui temi della salute e della sanità che coinvolgeranno direttamente i rappresentanti di associazioni di cittadini e pazienti, anche stimolando un forte cambiamento organizzativo.</p> <p><b>Sezione 3. Interventi di Umanizzazione in ambito sanitario e socio-sanitario</b></p> <p>La Regione Molise concluderà l'installazione dei Video Soccorso anche nelle nuove o riorganizzate strutture territoriali (UDI, Case della Salute, Ospedali di Comunità) previste dal Programma Operativo Straordinario.</p> <p>Per di più, verrà sperimentata sui Video Soccorso già collocati ed operativi nei Pronto Soccorso regionali una tecnologia in grado di seguire lo stato d'avanzamento del percorso del paziente preso in carico, dando a familiari e conoscenti informazioni in tempo reale sullo stato di avanzamento dello stesso percorso assistenziale fino alla sua conclusione al PS.</p> <p>Inoltre, attraverso questa sezione, si darà spazio agli interventi segnalati nei Piani di Miglioramento delle Equipes aziendali per la minimizzazione delle barriere logistiche, funzionali e relazionali, per l'ammodernamento di arredi e di materiale per miglioramento del comfort degli ambienti sanitari e socio-sanitari. Oltre a ciò, seguendo le indicazioni della Consulta Civile, si provvederà a stilare un piano di azioni di miglioramento basato sui risultati della valutazione partecipata sia dell'umanizzazione che dei percorsi dell'ADI.</p>
--	---

OBIETTIVI	<p><u>Obiettivi Qualitativi:</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ potenziare il 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 partecipata del grado di umanizzazione allargando il campo anche all’assistenza domiciliare;</li><li>➤ aumentare il <i>value</i> dei processi assistenziali e strutturare un sistema basato sul <i>public reporting</i> o <i>public accountability</i></li><li>➤ valutare e comparare la qualità assistenziale delle strutture sanitarie e sociosanitarie, non solo delle prestazioni sanitarie;</li><li>➤ favorire la mobilità sanitaria nell’ambito delle strutture sanitarie regionali;</li><li>➤ assicurare omogeneità di comportamento su tutto il territorio regionale anche nell’assistenza domiciliare;</li><li>➤ incoraggiare attraverso spunti, indicazioni e proposte basate sull’evidenza, la predisposizione della revisione dell’attuale legislazione regionale aggiornandoli costantemente sul tema dell’umanizzazione;</li><li>➤ fornire alle Aziende Sanitarie, Fondazioni e IRCSS, strutture private accreditate, in una logica di bottom up, proposte di redazione e/o aggiornamento delle Carte dei Servizi Aziendali e dei Piani di Miglioramento interni;</li><li>➤ sostenere il cambiamento organizzativo anche in funzione delle modifiche sistemiche previste dalla normativa di riferimento;</li><li>➤ migliorare la relazione tra i professionisti sanitari ed i pazienti;</li><li>➤ valutare il percorso assistenziale del paziente fragile assistito nel proprio ambito familiare, in modo da verificare se sia rispondente ai principi dell’umanizzazione delle cure;</li></ul> <p><u>Obiettivi Quantitativi:</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ supportare la strutturazione e l’istituzionalizzazione di gruppi di lavoro aziendale dedicati all’umanizzazione dei percorsi di cura nell’Azienda Sanitaria Regionale e negli altri attori della sanità privata accreditata;</li><li>➤ promuovere iniziative di formazione per professionisti sanitari, cittadini e per <i>caregivers</i>;</li><li>➤ semplificare l’accesso ai servizi, garantendo maggiore accesso alle informazioni all’utenza e agli operatori;</li><li>➤ realizzare interventi di umanizzazione in ambito sanitario e socio-sanitario volti a migliorare l’accessibilità fisica, la vivibilità ed i comfort nei luoghi di cura;</li><li>➤ costruzione di uno strumento standardizzato e replicabile per la valutazione del grado di umanizzazione dei percorsi di assistenza domiciliare;</li><li>➤ realizzazione checklist ADI</li><li>➤ numero di checklist somministrate ad utenti ADI;</li><li>➤ pubblicazione dei dati del monitoraggio;</li><li>➤ attivazione gruppo interregionale DGS-AGENAS;</li><li>➤ revisione Equipes aziendali;</li><li>➤ n. percorsi formativi avviati;</li><li>➤ installazione nei VideoSoccorso della tecnologia per seguire il percorso del paziente preso in carico nei PS;</li><li>➤ aggiornamento Documento regionale sull’Umanizzazione.</li></ul>																																																				
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	<table><tr><td></td><td colspan="12"><div><div>Azioni</div><div>Mesi</div></div></td></tr><tr><td colspan="13">Sezione 1.</td></tr><tr><td>Strumenti di valutazione partecipata del grado di umanizzazione</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>Verifica 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></table>		<div><div>Azioni</div><div>Mesi</div></div>												Sezione 1.													Strumenti di valutazione partecipata del grado di umanizzazione	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Verifica Cabina di Regia regionale												
	<div><div>Azioni</div><div>Mesi</div></div>																																																				
Sezione 1.																																																					
Strumenti di valutazione partecipata del grado di umanizzazione	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12																																									
Verifica Cabina di Regia regionale																																																					



	Costituzione gruppo di coordinamento interregionale DGS – AGENAS												
	Formulazione set di indicatori per ADI												
	Costruzione checklist per ADI												
	Implementazione Equipe Aziendali												
	Somministrazione checklist												
	Elaborazione risultati												
	Predisposizione, editing e realizzazione report												
	Convegno presentazione dati e risultati sperimentazione												
	Implementazione database regionale sull'umanizzazione												
	Revisione al Documento programmatico in tema di Umanizzazione della Regione Molise												
<b>Sezione 2.</b>													
<i>Percorsi formativi</i>													
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	Percorsi formativi a supporto del processo di umanizzazione delle cure e dell'appropriatezza delle prestazioni												
<b>Sezione 3.</b>													
<i>Interventi di Umanizzazione in ambito sanitario e socio-sanitario</i>													
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	Installazione Video-Soccorso (UDI, Case della Salute, Ospedali di Comunità), potenziamento sezione sito internet Direzione Generale per la Salute												
	Installazione tecnologia per seguire il percorso del paziente preso in carico nei PS												
	Piani di miglioramento umanizzazione												
	Piani di miglioramento umanizzazione ADI												
<b>INDICATORI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Implementazione del set di indicatori e del database regionale per la valutazione del grado di umanizzazione compresi quelli per l'ADI;</li> <li>verifica della Cabina di Regia regionale, del Gruppo di lavoro e delle Equipe Aziendali;</li> <li>costituzione gruppo di coordinamento interregionale DGS – AGENAS;</li> <li>video-soccorso e installazione tecnologia per seguire il paziente;</li> <li>numero di proposte di umanizzazione elaborate;</li> <li>realizzazione di attività rivolte alla valutazione e al miglioramento di qualità, partecipazione a comitati e gruppi di lavoro, effettuazione di audit, rilevazione di</li> </ul>												



	<p>indicatori a fini di valutazione e di piani di miglioramento;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• revisione Documento programmatico Regionale sull'Umanizzazione;</li> <li>• proposte di revisione formalizzate per redazione e/o aggiornamento delle Carte dei Servizi Aziendali;</li> <li>• realizzazione formazione regionale e cambiamento organizzativo;</li> <li>• gradimento positivo sui percorsi formativi e coinvolgimento nei percorsi formativi degli operatori selezionati e dei caregivers;</li> <li>• miglioramento della soddisfazione di operatori, utenti e familiari nei vari aspetti dell'assistenza, anche in quella domiciliare;</li> <li>• miglioramento delle condizioni di comfort nelle strutture sanitarie individuate;</li> </ul>
<b>RISULTATI ATTESI</b>	<p>Gli obiettivi sopra descritti sono esplicativi dei risultati attesi da questa attività progettuale. Quest'annualità rappresenta un ulteriore tassello che si aggiunge ai precedenti e che permetterà alla Regione Molise di disporre di un rinnovato e potenziato modello di umanizzazione, non più solo ospedaliero, che favorirà il progressivo superamento di quelle barriere fisiche, temporali e relazionali concretamente superabili, capace di implementare il <i>value</i> dei processi di umanizzazione dei percorsi assistenziali strutturati sia a livello regionale, aziendale e domiciliare. Questo modello garantirà inoltre un sistema di <i>public reporting</i> o <i>public accountability</i> in grado di valutare e comparare la qualità assistenziale delle strutture sanitarie e socio-sanitarie e di verificare ulteriormente lo stato d'avanzamento dei Fattori dell'accreditamento regionale per l'umanizzazione.</p> <p>Un ulteriore potenziamento, quindi, del sistema basato sul <i>benchmarking</i> tra le strutture sanitarie e sociosanitarie esistenti e congegnato 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 e sociosanitarie con un set di indicatori condiviso.</p> <p>Altro risultato atteso è sul cambiamento organizzativo e sulla formazione, non solo degli operatori ma anche dei caregivers, delle associazioni e dei cittadini.</p>

## ROSPETTO ECONOMICO DEL PROGETTO

<i>DESCRIZIONE</i>	<i>TOTALE IMPEGNO ECONOMICO PRESUMIBILE (IN EURO)</i>
<b><u>Personale</u></b>	<b>€ 400.000,00</b>
Personale a contratto	€ 400.000,00
<b><u>Missioni</u></b>	
Spese per missioni	
<b><u>Formazione</u></b>	<b>€25.000,00</b>
Percorsi formativi specifici	€ 25.000,00
<b><u>Attrezzature e materiale di consumo</u></b>	<b>€ 20.000,00</b>
Software, dispositivi (tablet, pc, stampanti)	€ 20.000,00
<b><u>Altro specificare:</u></b> specificare editing e stampa Report conclusive, convegno per presentazione dati	<b>€ 15.000,00</b>
Altro specificare: editing e stampa Report conclusive, convegno per presentazione dati	€ 15.000,00
<b>TOTALE</b>	<b>€ 460.000,00</b>

ASPETTI GENERALI DEL PROGETTO	
REGIONE PROPONENTE	Regione Molise
PROVVEDIMENTO REGIONALE (DATA E NUMERO)	Decreto del Commissario ad Acta n. ___ del __/__/__
LINEA PROGETTUALE	<b>Linea progettuale n. 3- Cure palliative e terapia del dolore</b>
TITOLO DELL'INTERVENTO N. 1	Estensione dall'Hospice al domicilio dell'Assistenza di Cure Palliative e Terapia del dolore.
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi
SOGGETTI ATTUATORI	INTERVENTO N. 1: ASReM

ASPETTI FINANZIARI	
COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	<b>€ 577.949,00</b>

IL PROGETTO	
<b>CONTESTO</b>	<p>Si definisce “fase terminale” la situazione di una persona affetta non solo da malattia neoplastica in fase avanzata e progressiva ma anche quella di paziente affetto da patologia cronico-degenerativa e quindi con prognosi infausta a breve e medio termine per la presenza di alterazioni irreversibili.</p> <p>Per le caratteristiche della malattia che lo affligge, il malato terminale non richiede più complessi accertamenti diagnostici ma l'esclusiva applicazione di cure palliative, intendendo con questo termine “l'insieme degli interventi terapeutici, diagnostici ed assistenziali, rivolti sia alla persona malata che al suo nucleo familiare, finalizzati alla cura attiva e globale dei pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da una inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici” (legge n.38 del 15.03.2010).</p> <p>Quando è raggiunto lo stato di inguaribilità, diventa infatti importante integrare le cure palliative e di supporto con una crescente attenzione alla dimensione psicologica e di tutela familiare.</p> <p>Si passa così dall'attenzione alla cura della malattia del paziente, al concetto del “prendersi cura” della persona.</p> <p>L'assistenza ai pazienti con malattia in fase avanzata e progressiva costituisce quindi un enorme problema di sanità pubblica e, più in generale della società, con profonde implicazioni cliniche, psicologiche e sociali.</p> <p>I principali fattori che rendono necessaria l'assistenza continua al paziente con malattia in fase avanzata e progressiva, sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Il dolore: è il sintomo che caratterizza molte malattie nella loro fase avanzata. Il portatore di cancro è fra tutti i pazienti quello che maggiormente soffre di dolore come conseguenza della malattia tanto che la parola "cancro" è diventata metafora di dolore.</li> <li>■ Altri grandi sintomi quali: anoressia, nausea, vomito, singhiozzo, tosse, dispnea, vertigini, etc.: ai sintomi collegati direttamente alla malattia si aggiungono altri. Ad esempio, in caso di neoplasia, si aggiungono quelli da patologie saprofitiche, quelli da patologie intercorrenti indipendenti dal tumore e quelli associati a trattamenti terapeutici.</li> <li>■ Gestione a lungo termine delle vie aeree: mediante tracheostomia ed eventuale</li> </ul>

	<p>ventilazione meccanica domiciliare;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Malnutrizione calorico-proteica: è presente nella quasi totalità dei pazienti con malattia in fase avanzata e si rende responsabile di una più veloce e grave progressione della malattia di base. Tale problema si pone in modo più evidente nei pazienti affetti da patologie degenerative del sistema nervoso, che sfociano inequivocabilmente in deficit della deglutizione. Si possono individuare inoltre bisogni inerenti la sfera della nutrizione clinica in generale da trattarsi a cura della stessa equipe di cure palliative nei vari setting assistenziali previsti.</li> <li>■ Compromissione delle funzioni: in questi pazienti possono essere compromesse le grandi funzioni viscerali, motorie e cognitive.</li> <li>■ Infezioni opportunistiche: particolarmente numerose e temibili, a causa della riduzione delle difese immunitarie e delle terapie necessarie.</li> <li>■ Coinvolgimento psicologico: la prostrazione e la depressione grave si instaurano in questi pazienti per la gravità delle condizioni cliniche, per la consapevolezza della morte imminente e delle sofferenze che la accompagnano, per le preoccupazioni di natura familiare, sociale ed economica.</li> </ul> <p>Le linee-guida per lo sviluppo della rete delle cure palliative in Molise hanno l'obiettivo di attivare una Rete regionale finalizzata a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ garantire il diritto di ogni persona che affronta la fase terminale della vita a ricevere cure palliative appropriate ed uniformi, in qualsiasi setting assistenziale e nell'intero territorio regionale;</li> <li>▪ promuovere l'attivazione della Rete di cure palliative, in grado di garantire tutti i livelli assistenziali necessari all'assistenza dei malati alla fine della vita;</li> <li>▪ garantire una continuità assistenziale che possa migliorare la qualità di vita dei malati e fornire adeguato supporto psicologico e spirituale e sociale ai familiari;</li> <li>▪ garantire la disponibilità di cure a domicilio di elevata qualità che permettano, a chi lo desidera, di essere assistito a casa fino alla morte, con una riduzione significativa dei ricoveri ospedalieri impropri.</li> </ul> <p>In particolare l' A.S.Re.M. garantisce l'offerta di cure palliative a livello sovradistrettuale attraverso l'Unità Operativa di Cure Palliative (UOCP) a cui afferiscono tutti i malati candidati a palliazione, verso i quali svolge attività di gestione e programmazione del percorso, garantendo la continuità assistenziale tra ospedale, le cure domiciliari e le strutture residenziali idonee, in particolare nell' Hospice regionale. All'interno dell'UOCP il personale lavora in equipe multidisciplinare tra Hospice, domicilio e gli altri setting assistenziali previsti, in maniera uniforme, su tutto il territorio regionale. L'equipe è composta da:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 direttore responsabile;</li> <li>- 5 medici;</li> <li>- 2 psicologi;</li> <li>- 2 assistenti sociali;</li> <li>- 2 fisioterapisti;</li> <li>- 1 assistente spirituale;</li> <li>- 26 infermieri;</li> <li>- 26 operatori socio sanitari;</li> </ul> <p>L'UO di Cure Palliative ha funzioni di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ attivazione e coordinamento della rete di cure palliative, specificatamente dedicata, che rappresenta una organizzazione funzionale composta da: medici di famiglia, medici palliativisti, infermieri, psicologi, medici di continuità assistenziale, assistenti sociali, terapisti della riabilitazione, operatori socio sanitari, assistenti spirituali, terapisti occupazionali ecc;</li> <li>▪ definizione ed implementazione dei percorsi assistenziali nello specifico ambito, provvedendo a garantire il coinvolgimento di tutte le competenze e delle strutture anche sviluppando un sistema di monitoraggio dei processi e degli esiti in ogni</li> </ul>
--	---

	<p>contesto di vita dell'assistito (ambulatoriale, domiciliare o residenziale);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>garanzia di una coerenza prescrittiva verso i farmaci a maggiore efficacia antalgica con particolare attenzione all'uso di oppioidi in ogni condizione di dolore.</li> </ul> <p><b>DEFINIZIONE DEI DESTINATARI DEL SERVIZIO</b></p> <p>I soggetti aventi diritto sono “malati affetti da una patologia ad andamento cronico ed evolutivo, per la quale non esistono terapie o, se esistono, sono inadeguate o sono risultate inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita” (legge n.38 del 15.03.2010).</p> <p>La stima effettuata dalla Regione Molise nelle linee guida citate valuta in n. 1300 i pazienti neoplastici che ogni anno decedono sul territorio della ASReM ; essi sono tutti potenziali fruitori dei servizi della Rete Cure Palliative che in ogni caso deve raggiungere il 65% degli stessi cioè n. 845 per raggiungere gli standard minimi secondo il D.M. del Ministero della salute n.47/2007. Agli 845 pazienti neoplastici vanno a sommarsi quelli che giungono al termine della vita per insufficienze di organo refrattarie a terapia attive e che si stima siano non inferiori al 50% dei neoplastici, quindi si può stimare siano ulteriori n. 420 pazienti potenziali fruitori dei servizi della Rete Cure Palliative.</p> <p>La nuova definizione di rete di cure palliative è presente nel documento d’Intesa presso la Conferenza per i Rapporti tra Stato e Regioni del 25 luglio 2012. Essa identifica la rete locale di cure palliative come una aggregazione funzionale e integrata delle attività di cure palliative erogate nei diversi setting assistenziali (ospedale, Hospice, domicilio e altre strutture residenziali) in un ambito territoriale definito a livello regionale, che soddisfa i seguenti requisiti:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><u>Strutture organizzative di erogazione e coordinamento della Rete locale di Cure Palliative.</u> Nell’azienda sanitaria, strutture specifiche garantiscono l’assistenza di Cure Palliative in Hospice, a domicilio e ove necessario in ospedale, al fine di garantire la reale operatività della rete.</li> <li><u>Cure palliative per qualunque patologia ad andamento cronico ed evolutivo per la quale non esistono terapie o, se esistono, sono inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita.</u> La rete locale di cure palliative definisce o concorre a definire i piani di intervento per poter garantire cure palliative per qualunque patologia evolutiva durante tutto il suo decorso, per ogni età ed in ogni luogo di cura. I piani devono coinvolgere in modo integrato tutte le risorse disponibili sul territorio, compreso il settore sociale degli Enti Locali.</li> <li><u>Operatività di equipe multi professionali dedicate.</u> Nella rete di cure palliative operano equipe multi professionali con personale dedicato. Di tale equipe è parte integrante il medico di medicina generale. La strutturazione di base dell’equipe multi professionale è costituita da medici e infermieri in possesso di adeguata formazione ed esperienza. Con l’equipe collaborano, in rapporto ai bisogni del malato e della famiglia, psicologi, assistenti sociali e altre figure professionali ritenute necessarie. Le equipe multi professionali adottano quale strumento di condivisione professionale periodica la riunione d’equipe.</li> <li><u>Unitarietà del percorso di cure domiciliari.</u> L’unitarietà del percorso di cure domiciliari è garantita dalla Unità di Cure Palliative Sovradistrettuale, che garantisce interventi di base e interventi di equipe specialistiche, tra loro interagenti, in funzione della complessità, che aumenta con l’avvicinarsi della fine della vita.</li> <li><u>Continuità delle cure.</u> E’ garantita la continuità delle cure attraverso l’integrazione dei diversi ambiti assistenziali (domiciliari, ambulatoriali, a ciclo diurno, di ricovero e nei vari setting di cura (casa, Hospice, ospedale, strutture residenziali). Tale integrazione, in un programma di cure individuali, è condizione essenziale per bisogni dei malati e dei loro familiari.</li> <li><u>Formazione continua degli operatori.</u></li> <li><u>Programmi di supporto psicologico dell’equipe</u> (prevenzione e trattamento del</li> </ol>
--	--

	<p>burn out per gli operatori che lavorano nella rete).</p> <p>h) <u>Misurazione della qualità di vita attraverso strumenti validati.</u></p> <p>i) <u>Cura attiva e globale e salvaguardia della dignità e autonomia del malato.</u> Adeguato controllo del dolore e degli altri sintomi fisici e psicologici che provocano sofferenza al malato, attraverso la valutazione multi professionale dei bisogni e l'utilizzo di procedure sul trattamento dei sintomi tratte da linee guida basate sull'evidenza. E' garantita una rilevazione costante e documentata del grado di informazione del malato e della famiglia rispetto alla patologia in atto. E' garantita l'esistenza e l'applicazione di protocolli per il riconoscimento dei malati che si avvicinano agli ultimi giorni o ore di vita, per la valutazione dei loro bisogni specifici, per una adeguata comunicazione con il malato e la famiglia e per l'applicazione di linee guida per il controllo dei sintomi.</p> <p>j) <u>Supporto sociale e spirituale a malati e familiari.</u></p> <p>k) <u>Programmi di supporto al lutto.</u></p> <p>l) <u>Dilemmi etici.</u> La rete locale di cure palliative stabilisce le procedure per la discussione e risoluzione dei dilemmi etici che si dovessero presentare, anche per quanto riguarda le procedure di segnalazione ad un comitato etico di riferimento.</p> <p>m) <u>Programmi di informazione alla popolazione sulle cure palliative e sulle modalità di accesso alla rete.</u></p> <p>n) <u>Programmi di valutazione della qualità delle cure mediante strumenti validati di valutazione della qualità percepita dal malato e dalla famiglia durante il periodo di assistenza palliativa.</u></p> <p><b>SETTING ASSISTENZIALI</b></p> <p>Le varie modalità assistenziali all'interno della rete devono essere strategicamente distribuite a livello regionale al fine di garantire l'uniformità delle cure su tutto il territorio e la continuità assistenziale al paziente in tutte le fasi della malattia.</p> <p><b><i>Nella rete vengono identificati i diversi setting assistenziali del servizio di cure:</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>ASSISTENZA OSPEDALIERA</b></li> <li>- <b>ASSISTENZA RESIDENZIALE IN HOSPICE</b></li> <li>- <b>ASSISTENZA IN ALTRE STRUTTURE RESIDENZIALI</b></li> <li>- <b>ASSISTENZA DOMICILIARE</b></li> </ul> <p><b>ASSISTENZA OSPEDALIERA</b></p> <p>Nell'ambito dell'assistenza ospedaliera, l'approccio palliativo è garantito per tutti i malati durante l'intero percorso di cura, in funzione dei bisogni e in integrazione con le specifiche fasi terapeutiche delle malattie croniche evolutive. Le cure palliative in ospedale, nell'ambito della rete, comprendono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- consulenza palliativa tramite richiesta rivolta all'unità di cure palliative facente capo all'HospiceE, assicurata da un'equipe multiprofessionale con specifica competenza ed esperienza. Fornisce un supporto specialistico ai malati nei diversi regimi di assistenza ospedaliera, al fine di un ottimale controllo dei sintomi, all'ottimizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutici, all'individuazione del percorso e del setting di cura più appropriato e di una corretta comunicazione con il malato e la famiglia, contribuendo ad assicurare continuità assistenziale durante tutto il percorso del malato;</li> </ul> <p><b>ASSISTENZA RESIDENZIALE IN HOSPICE</b></p> <p>Gli HospiceE sono strutture residenziali di cure continue ad alta complessità assistenziale che si prendono cura dei pazienti in fase terminale quando, per una molteplicità di condizioni cliniche o sociali, il domicilio diventa inadeguato. Gli HospiceE sono qualificanti articolazioni della rete dei servizi territoriali.</p> <p>La principale finalità degli HospiceE è la presa in carico del paziente per l'instaurarsi di</p>
--	---

	<p>una situazione critica dal punto di vista:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ sanitario (situazioni di aggravamento, scompenso del dolore e/o della patologia di base);</li> <li>■ sociale (abitazione inadeguata, assenza di rete di sostegno, esigenza di offrire sollievo e aiuto alla famiglia);</li> <li>■ familiare (la famiglia non riesce più a farsi carico della criticità del proprio congiunto e dei complessi problemi che questa situazione comporta).</li> </ul> <p>Quindi l'HospiceE costituisce un'alternativa al domicilio quando questo non è, temporaneamente o definitivamente, idoneo ad accogliere la persona malata nella fase terminale della sua vita, permettendo di proseguire così le cure in un ambiente protetto, con trattamento assistenziale continuativo nelle 24 ore, 7 giorni su 7.</p> <p>Allo stato attuale è attivo nell'ASReM un unico HospiceE, dotato di 16 posti letto e 2 posti di day HospiceE sito nell'edificio del cosiddetto vecchio ospedale di Larino nella zona Piano San Leonardo.</p> <p>Tali valori sono approssimativamente in linea con il rapporto di 1 posto letto ogni 56 deceduti a causa di tumore, individuato dal Decreto di febbraio 2007, n 43, Regolamento recante "Definizione degli standard relativi all'assistenza ai malati terminali in trattamento palliativo in attuazione dell'art. 1, comma 169 della Legge 30/12/2004, n. 311.</p> <p><b>ASSISTENZA IN STRUTTURE RESIDENZIALI</b></p> <p>Le strutture residenziali per anziani o disabili garantiscono le Cure Palliative ai propri ospiti avvalendosi del supporto della Unità di Cure Palliative Sovradistrettuale.</p> <p><b>PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO DIURNO</b> o comunque erogate in modalità alternative previste all'interno del sistema organizzativo regionale. Garantisce l'erogazione di prestazioni terapeutiche di particolare complessità, non eseguibili nelle altre strutture della rete.</p> <p><b>ATTIVITA' AMBULATORIALE</b></p> <p>Garantisce prestazioni per pazienti autosufficienti che necessitano di valutazione multidimensionale specialistica per il controllo ottimale dei sintomi, ivi compreso il dolore, e per il supporto alla famiglia;</p> <p><b>ASSISTENZA DOMICILIARE</b></p> <p>Le linee guida del sistema delle cure domiciliari definisce 3 livelli assistenziali domiciliari, in base all'entità degli interventi integrati, espressa nel CIA (<i>coefficiente di intensità assistenziale: rapporto tra le giornate di effettiva assistenza e le giornate complessive di cure</i>), <math>CIA = GEA</math> (<i>giornate di effettiva assistenza</i>)/<math>GDC</math> (<i>giornate complessive di cura</i>) ovvero:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 1- CD Prestazionali (Occasionali o cicliche programmate);</li> <li>■ 2A- CD Integrate di Primo Livello;</li> <li>■ 2B- CD Integrate di Secondo Livello;</li> <li>■ 3A- CD Integrate di Terzo Livello;</li> <li>■ 3B- Cure Palliative ai malati terminali.</li> </ul> <p>In tale ambito con l'Intesa del 25 luglio 2012 ha approvato uno specifico documento finalizzato ad assicurare una omogeneità di prestazioni su tutto il territorio nazionale rispondendo a criteri di equità e accessibilità, in conformità con le indicazioni della normativa.</p> <p>A tale scopo si rende necessario migliorare il sistema di cure palliative regionali rispetto alle seguenti priorità:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- garantire uniformità della presa in carico del paziente con bisogni di cure palliative;</li> <li>- perseguire l'individuazione precoce dei pazienti con bisogni di cure palliative, utilizzando modelli di valutazione del paziente scientificamente validati per l'accesso e l'erogazione delle cure in setting domiciliari;</li> </ul>
--	--



	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ampliare l'offerta di cure palliative domiciliari anche a pazienti non oncologici;</li> <li>- assicurare la diversificazione tra assistenza palliativa domiciliare di base e specialistica;</li> <li>- potenziare l'assistenza domiciliare palliativa garantendo al paziente in carico la continuità assistenziale tra hospice e domicilio e tra ospedale e domicilio.</li> </ul>
<b>DESCRIZIONE</b>	<p>L'iniziativa concorre a implementare e migliorare, nell'ambito del nuovo modello organizzativo della Rete di Cure Palliative della Regione Molise, l'attività domiciliare per le cure palliative garantendo una efficace ed efficiente assistenza al paziente affetto da patologia cronica non guaribile ed alla sua famiglia.</p> <p>Le linee guida prevedono, dunque, un livello assistenziale per le cure palliative domiciliari per gli stati di terminalità (oncologica e non), con il supporto di specifiche équipe.</p> <p>Nella definizione della Rete delle Cure Palliative viene specificato come le cure palliative domiciliari costituiscono un complesso integrato di prestazioni sanitarie professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e psicologico, oltre che da prestazioni sociali e tutelari, nonché di sostegno spirituale, a favore di persone affette da una patologia ad andamento cronico ed evolutivo, per la quale non esistono terapie o, se esse esistono, sono inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita.</p> <p>Tali cure vengono erogate a domicilio e comprendono sia gli interventi di base, sia interventi di équipe specialistiche tra loro interagenti in funzione del 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> <p>Le cure palliative domiciliari sono costituite da un complesso integrato di prestazioni sanitarie di tipo medico, infermieristico, riabilitativo, psicologico, sociale, tutelare, nonché di sostegno spirituale a favore di persone affette da patologia cronica ed evolutiva, per le quali non esistono terapie o, se esistono, sono inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita.</p> <p>Vengono erogate dall' Unità di Cure Palliative Sovradistrettuali che garantiscono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <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;</li> <li>- <u>interventi di équipe specialistiche multiprofessionali dedicate.</u> Queste cure sono rivolte a malati con bisogni complessi, per i quali 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, 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'équipe professionale e la definizione di un "piano di cure personalizzato".</li> </ul> <p><u>Il Documento di Intesa cui si fa riferimento afferma inoltre che:</u> <u>"Ai fini della definizione di percorsi assistenziali è necessario distinguere le Cure Palliative Domiciliari di base dalle Cure Palliative Domiciliari Specialistiche."</u></p>

	<p>A tale scopo il progetto si prefigge di potenziare tale modello di intervento secondo le seguenti indicazioni operative.</p> <p>- <b>Individuazione di specifici criteri di arruolamento</b></p> <p><b>Criteri generali di eleggibilità (CGE)</b> che devono essere contemporaneamente presenti, sono i seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• presenza di neoplasia o altra malattia in fase evolutiva irreversibile (criterio diagnostico);</li> <li>• assenza o esaurimento di trattamenti elettivi specifici - chirurgici, chemioterapici e/o radioterapici (criterio terapeutico);</li> <li>• sopravvivenza stimata non superiore a 1 anno (criterio prognostico);</li> <li>• riduzione delle performance con indice di Karnofsky = o &lt;50 (criterio funzionale).</li> </ul> <p><b>Criteri specifici di eleggibilità (CSE)</b> in regime di assistenza domiciliare in cure palliative</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• i criteri generali di eleggibilità</li> <li>• famiglia o rete di sostegno informale presente e garante della presenza vicino al paziente</li> <li>• idoneità logistico-strutturale del domicilio</li> <li>• intensità assistenziale necessaria erogabile a domicilio</li> <li>• espresso desiderio del paziente a restare al proprio domicilio</li> </ul> <p>- <b>Presa in carico del paziente suscettibile di cure palliative</b></p> <p>La presa in carico del paziente con patologia neoplastica terminale o con insufficienza d'organo refrattaria nella Rete di Cure Palliative avviene quando la prognosi sull'aspettativa di vita del paziente, effettuata dal medico (sia esso ambulatoriale, ospedaliero, di RSA o il medico di medicina generale), risulta inferiore ad un anno. Nella rete di Cure Palliative è garantito l'accesso e la continuità delle cure attraverso un unico punto di accesso alla rete (l'Hospice del Molise – Larino) strumento fondamentale per raggiungere sia l'obiettivo dell'accesso equo sia l'obiettivo della continuità.</p> <p>In particolare il medico che rileva per primo tale necessità, compila la “<b>scheda di segnalazione all'inserimento nella Rete di Cure Palliative</b>” ed invia la scheda all'HospiceE tramite fax (0874820377 o e-mail all'indirizzo <a href="mailto:hospice@asrem.org">hospice@asrem.org</a>) insieme ad eventuale documentazione ritenuta utile ai fini della valutazione del paziente.</p> <p>La segnalazione viene gestita dal Direttore, responsabile della Unità Operativa di Cure Palliative a valenza dipartimentale che provvede a contattare il Medico che ha effettuato la segnalazione ed il Medico di Medicina Generale e la famiglia per verificare i bisogni assistenziali e la documentazione ricevuta. L'Unità multidisciplinare di Cure Palliative effettuerà una valutazione globale, individuando in quale livello di base o specialistico, il paziente può trovare riposta più adeguata ai suoi bisogni clinico-assistenziali. L'UCPD si integra nel modello organizzativo ADI e garantisce sia il livello base che quello specialistico. Successivamente il responsabile della Unità di Cure Palliative può ritenere necessario contattare il paziente e/o i famigliari per programmare un colloquio per ulteriori valutazioni.</p> <p>La valutazione si prefigge i seguenti scopi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ raccogliere i dati socio-anagrafici, l'indagine socio-familiare e quella abitativa;</li> <li>▪ raccogliere dati riguardanti la patologia specifica ed eventuali comorbidità, il quadro clinico complessivo del paziente sia in termini anamnestici, sia in relazione alle condizioni cliniche attuali e sia infine sulla prevedibile evoluzione clinica;</li> <li>▪ verificare l'eleggibilità del paziente all'assistenza in rete cure palliative secondo i criteri generali di ammissione, sopra esposti;</li> <li>▪ fornire informazioni sulle caratteristiche del servizio che viene offerto</li> </ul>
--	--

	<p>descrivendo l'iniziale piano di assistenza;</p> <p>■ <i>non idoneità all'inserimento nella Rete delle Cure Palliative</i>: in tal caso il paziente è riaffidato al medico proponente accompagnato da una breve relazione del responsabile dell'Unità di Cure Palliative;</p> <p>■ <i>idoneità all'inserimento nella Rete delle Cure Palliative</i>: si verificano i criteri di eleggibilità generali e si propone l'assegnazione del paziente ad una delle modalità assistenziali (ambulatoriale, domiciliare, Hospice e ospedaliera).</p> <p>In caso di idoneità l'Unità di Cure Palliative, di concerto con il Medico di Medicina generale, individua la modalità assistenziale più appropriata e il percorso di cura del paziente.</p> <p>Quanto emerso dal colloquio viene riportato sulla <b>“Scheda di Prima valutazione nella Rete di Cure Palliative”</b>).</p> <p>In essa devono quindi essere riportati:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>i dati socio-anagrafici;</li> <li>il quadro clinico;</li> <li>la patologia e le comorbidità;</li> <li>le notizie sulla realtà di informazione, sulla realtà sociale ed ambientale del paziente;</li> <li>il percorso avviato all'interno della Rete delle Cure Palliative ed il setting assistenziale proposto.</li> </ol> <p>Tale scheda, insieme alla scheda di segnalazione, entrerà, come parte integrante, nella cartella clinica specialistica che la Unità di Cure Palliative Sovradistrettuale allestirà per ogni paziente eleggibile ad una delle modalità assistenziali. Il Responsabile dell'Unità di Cure Palliative acquisisce dal paziente il Consenso specifico alle cure palliative ed il Consenso al trattamento dei dati personali.</p>
--	--

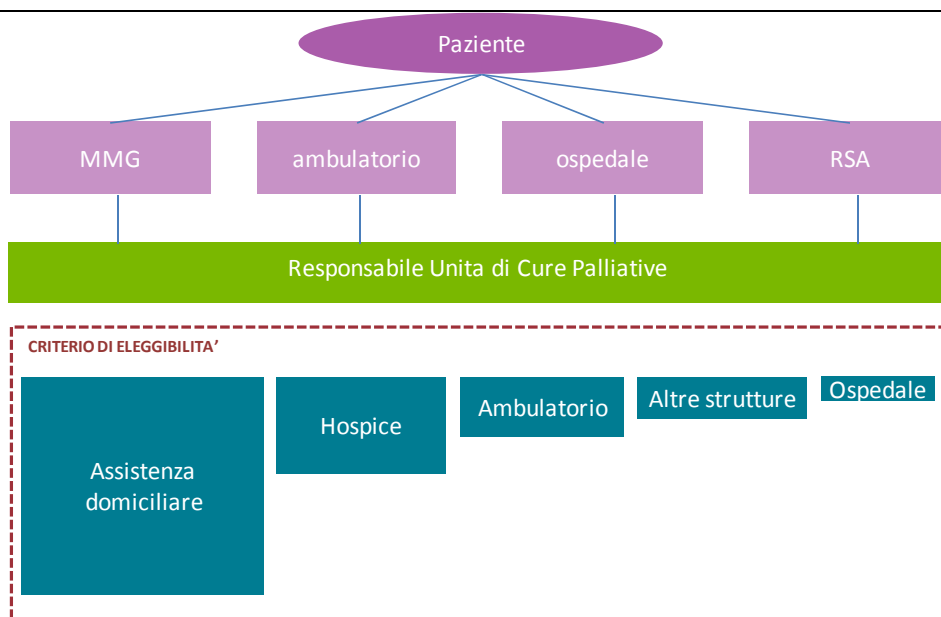


Tabella 1 - Flusso per arruolamento

- **Inserimento nelle cure domiciliari**

**Percorso**

Il medico Palliativista, di concerto con il Medico di Medicina Generale stabilisce l'appropriatezza delle cure domiciliari, in base ai seguenti criteri di eleggibilità:

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

espreso desiderio del paziente a restare al domicilio proprio

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.

Nella medesima valutazione il Medico Palliativista ed il Medico di Medicina generale, in relazione alla intensità assistenziale richiesta e quantificata attraverso una stima del C.I.A. , inquadreranno le Cure Palliative Domiciliari da effettuare come:

-*interventi di base* (C.I.A.  $\leq 0,4$ ): 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.

-*interventi specialistici multidisciplinari* (C.I.A.  $\geq 0,5$ ): 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

Il paziente sarà visitato a domicilio entro 48 ore.

La *prima visita domiciliare* viene effettuata dalla equipe multi professionale di Cure Palliative (medico, infermiere, psicologo, assistente sociale ed eventuali altre figure ritenute necessarie dal responsabile dell'Unità di CP) che prenderà in carico il paziente sempre insieme al MMG. In questa occasione vengono rivalutate le condizioni di eleggibilità ed avviene in modo formale la presa in carico che è conseguente a tutti gli effetti alla valutazione clinica del paziente. Nel corso della visita si procede a:

- raccogliere ulteriori informazioni utili
- effettuare una valutazione medico infermieristica con particolare riferimento a sintomi presenti che compromettono la qualità della vita
- valutare i bisogni assistenziali espressi dal paziente e/o i suoi familiari
- valutare la eventuale necessità di ausili e presidi

	<ul style="list-style-type: none"> <li>o educare il care-giver riguardo alle modalità di assistenza del paziente</li> <li>o consegnare al care-giver materiale informativo e di supporto per la gestione del paziente</li> <li>o redigere un piano terapeutico indicando per iscritto le modalità di assunzione somministrazione dei farmaci</li> <li>o fornire alla famiglia informazioni utili sulle modalità per mettersi in contatto con il servizio negli orari di attività ed in quelli di reperibilità</li> <li>o consegnare la documentazione al care-giver che resta al domicilio per permettere una continuità assistenziale con altre figure sanitarie che potrebbero essere contattate dal paziente o dalla famiglia</li> <li>o compilare il diario clinico</li> <li>o pianificare gli interventi successivi La equipe multi professionale redigerà una relazione clinica con Piano Assistenziale. Copia della relazione clinica con Piano Assistenziale redatto dall'equipe multi professionale sarà allegata alla cartella clinica ADI di cui diventa parte integrante.</li> </ul> <p>L'equipe multiprofessionale al termine della visita fissa il cronoprogramma assistenziale e la data del successivo controllo a seguito del quale si procederà alla conferma o alla revisione del Piano Assistenziale; Nella sede territoriale dell'Unità Cure Palliative saranno conservati gli originali della Scheda di segnalazione per l'accesso alla Rete Cure Palliative, della Scheda di prima valutazione nella Rete cure Palliative e di tutte le relazioni cliniche con relativi Piani Assistenziali redatti nel corso delle visite domiciliari. Al paziente ed ai familiari verranno inoltre rilasciati i riferimenti per mantenere un contatto h24 per ogni eventuale necessità.</p> <p><b>Dimissione dal percorso e/o sospensione</b> :la dimissione dal percorso di cure palliative domiciliari può avvenire secondo tre diverse modalità:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o volontà esplicita del paziente</li> <li>o decesso al domicilio</li> <li>o decisione condivisa tra equipe dell'Unità di CP, paziente e familiari di trasferire il paziente ad altra modalità assistenziale della rete.</li> </ul> <p>Il trasferimento di un paziente dal domicilio o dall'ospedale all'Hospice e viceversa è valutato dal Responsabile dell'Unità di CP, con la presenza del medico di cure palliative competente per territorio e del MMG.</p> <p><b>Valutazione della intensità assistenziale</b> La programmazione della assistenza settimanale secondo intensità assistenziale prevede la personalizzazione per ogni singolo paziente del processo di cura in base ai bisogni specifici ed alla gravità della situazione clinica. La valutazione definisce se il paziente debba ritenersi a bassa, media o alta intensità indicativamente secondo una griglia di valutazione che si riporta di seguito (tabella 2),</p>
--	--

Rilievo	Valutazione	SCORE
DOLORE	0-4	0
	5-6	1
	7-10	2
DISPNEA	0-4	0
	5-6	1
	7-10	2
ALTRI SINTOMI SITUAZIONI CLINICHE COMPROMETTENTI	assenti	0
	presenti	2
ANSIA/AGITAZIONE	assente	0
	episodica	1
	continua	2
FAMIGLIA FRAGILE DIFFICOLTA' ASSISTENZIALE	assenti	0
	modesti	1
	gravi	2

Tabella 2 : Griglia di valutazione intensità assistenziale.

Sulla base del livello di gravità del paziente dedotto indicativamente dalla somma di punteggi si definisce il numero degli accessi domiciliari da riportare nel PAI:

Tabella 3: griglia del numero di accessi settimanali

Somma score	Intensità assistenziale	Numero di accessi settimanali
0-1	Bassa	2
2-3	Media	3-4
>=4	Alta	>4

Tabella 3: numero di accessi settimanali.

Un livello assistenziale più elevato potrà individuarsi in relazione alla presenza di una o più delle seguenti problematiche:

1.SINTOMI

a. vomito incoercibile

b. sintomi ad elevato impatto sulla qualità della vita (singhiozzo, prurito, disfagia, tosse neoplastica)

2.QUADRI CLINICI

a. Versamenti che possono richiedere manovre invasive

b. Stati occlusivi viscerali

c. Metastasi ossee a rischio di frattura

d. Rischio di crisi comiziali

e. Instabilità del quadro clinico che richiede aggiustamenti terapeutico assistenziali

f. Rischio di complicanze emorragiche

g. Lesioni da decubito gravi e plurime

h. Infezioni di gravi lesioni cutanee neoplastiche

i. Difficoltà di gestione stomie

j. Condizioni neurologiche critiche (coma, stato soporoso, delirium)

	<p>l. Ipertensione endocranica m. Sindrome mediastinica n. Grave insufficienza d'organo a rapida evoluzione</p> <p><b>TRATTAMENTI SPECIALISTICI</b> A. Gestione di cateteri venosi centrali (CVC) utilizzati b. Gestione di sistemi infusionali sottocutanei, endovenosi, per cateteri spinali o sistemi di neuromodulazione del dolore.</p> <p><b>Fornitura farmaci, ausili e presidi</b> <i>Farmaci</i> I farmaci prescritti dal Medico Cure Palliative (MCP) nella relazione clinica vengono richiesti dallo stesso specialista sul ricettario SSN . Tutti i farmaci prescrivibili ed esitabili vengono prelevati, presso la farmacia esterna, dagli operatori delle cure domiciliari e consegnati a casa del paziente oppure prelevati dal care-giver; allo stesso modo si procede per i prodotti necessari alla nutrizione artificiale prelevati con le stesse modalità adottate dall'ADI.</p> <p><i>Ausili e presidi</i> La necessità di utilizzo di specifici ausili o presidi viene valutata dal medico dell'Unità di CP in relazione ai bisogni ed alle necessità cliniche del paziente. L'autorizzazione alla fornitura dei presidi verrà concessa dal Distretto di residenza del paziente previa richiesta presentata al PUA dal care-giver secondo quanto previsto dalla normativa di riferimento.</p> <p><b>Inserimento in HospicE</b> L'accoglimento in HospicE è vincolato al soddisfacimento simultaneo dei criteri generali di eleggibilità di cui al punto 5 e dei seguenti criteri specifici e vincolanti di eleggibilità: necessità di trattamenti che non richiedano un ricovero in ospedale prevalenti problemi di tipo sanitario, che necessitano di protezione e assistenza continuativa, temporanea o permanente; assenza o non idoneità della famiglia inadeguatezza della casa a trattamenti domiciliari impossibilità di controllo adeguato a domicilio dei sintomi gravi paziente con aspettativa di vita superiore a 7 giorni paziente con aspettativa di vita non superiore a 90 giorni Il medico palliativista che ha valutato e inserito nella Rete delle cure palliative il paziente eleggibile, deve anche valutare il setting assistenziale più adeguato per il paziente. In particolare, il medico indirizza il paziente verso l'assistenza in HospicE sulla base della corrispondenza delle condizioni di eleggibilità sia generali che specifici e oggettivi sopra esposti. Il ricorrere di criteri specifici per il ricovero in HospicE sarà completato da una quantificazione di diversi parametri ai quali verrà assegnato un punteggio in base al quale verrà stabilita la priorità d'ingresso nell'HospicE (Allegato C). Nel caso di completa occupazione dei posti letto in HospicE, sulla scorta dei parametri riportati sulla Scheda di Ammissione in HospicE, sarà redatta una lista di attesa a cura del Responsabile della Unità di Cure Palliative, lista che sarà aggiornata quotidianamente. Il paziente da ricoverare in HospicE sarà trasferito dalla sede di provenienza all'HospicE con spese a carico dell'Azienda Sanitaria di competenza, se trasferito da Ospedale Pubblico della stessa azienda, o a cura dell'utente se trasferito dalle Cure Palliative Domiciliari, Cure Primarie, RSA o altra provenienza.</p> <p><b>PERCORSO</b> <b>Prima visita in HospicE:</b> viene effettuata dalla équipe multidisciplinare che prenderà in carico il paziente. In questa occasione vengono rivalutate le condizioni di eleggibilità già valutate al momento della ammissione alla Rete Cure Palliative e successivamente all'HospicE. Avviene così in modo formale la presa in carico che è conseguente a tutti gli effetti alla</p>
--	---



	<p>valutazione clinica del paziente. Nel corso della visita si procede a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– raccogliere ulteriori informazioni utili</li> <li>– effettuare una valutazione medico infermieristica con particolare riferimento a sintomi presenti che compromettono la qualità della vita</li> <li>– valutare i bisogni assistenziali espressi dal paziente e/o i suoi familiari</li> <li>– valutare l'eventuale necessità di ausili e presidi</li> <li>– redigere un piano terapeutico indicando per iscritto le modalità di assunzione e somministrazione dei farmaci</li> <li>– fornire alla famiglia informazioni utili sulle modalità per mettersi in contatto con il servizio</li> <li>– compilare la cartella assistenziale</li> <li>– pianificare gli interventi successivi</li> </ul> <p>All'inquadramento clinico va associata sempre un'analisi della personalità del paziente sotto il profilo sociale, culturale, psicologico esistenziale. Ogni paziente assistito in HospiceE avrà una cartella clinico-assistenziale che lo accompagnerà durante la degenza. Gli interventi assistenziali comprendono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ terapia antalgica mediante somministrazione di farmaci, ma anche con interventi di tipo anestesilogico e fisioterapico;</li> <li>○ terapia sintomatica per il sollievo dei maggiori sintomi;</li> <li>○ nutrizione clinica mediante personalizzazione ed integrazione della dieta; nutrizione artificiale solo se efficace in termini diminuzione delle complicanze e miglioramento della qualità di vita;</li> <li>○ terapia di tipo medico-chirurgico e strumentale tesa alla riattivazione di funzioni compromesse;</li> <li>○ terapia riabilitativa;</li> <li>○ terapie di supporto;</li> <li>○ terapie antibiotiche per infezioni causate dalla malattia e/o da deficit immunitari;</li> <li>○ terapia delle piaghe da decubito;</li> <li>○ terapie per patologie associate non dipendenti dalla malattia;</li> <li>○ assistenza psicologica;</li> <li>○ assistenza sociale;</li> <li>○ estensione dell'assistenza alle famiglie;</li> <li>○ assistenza alle persone più vicine al paziente nel periodo di elaborazione del lutto;</li> <li>○ arte terapia, musicoterapia, terapia occupazionale;</li> <li>○ assistenza spirituale.</li> </ul> <p><b>Inserimento in Ospedale</b> (in regime ordinario o DH)</p> <p>Il principale criterio per la eleggibilità a cure palliative ospedaliere è: presenza di episodio acuto che necessita di interventi e indagini strumentali altrimenti non effettuabili.</p> <p><b>PERCORSO</b></p> <p>Tale livello di assistenza si rende necessario per controllare episodi acuti suscettibili di guarigione, sintomi e funzioni compromesse di maggiore gravità (ad es. trattamenti radianti a scopo antalgico, trattamenti chirurgici palliativi, etc.)</p> <p>L'erogazione delle cure palliative a livello ospedaliero può avvenire in regime di ricovero ordinario e di D.H.</p> <p>Il paziente inserito nella Rete Cure Palliative anche durante il ricovero in una U.O. ospedaliera potrà giovare della consulenza di Cure Palliative, previa richiesta da parte del Dirigente Medico della U.O. ospedaliera su modulistica interna della U.O. richiedente. La richiesta va inviata via all'Unità di Cure Palliative Sovradistrettuale.</p>
--	---

	<p>A tale proposito si ribadisce il ruolo chiave rivestito dall'integrazione territorio-ospedale, che si concretizza in azioni sinergiche messe in atto dalle professionalità coinvolte attraverso lo strumento della dimissione protetta, che realizza la presa in carico del paziente da parte della rete territoriale (domiciliare e residenziale) mantenendo i necessari raccordi con l'ospedale, al fine di garantire la continuità dell'assistenza.</p> <p>Viceversa il passaggio al ricovero ospedaliero si concretizza a partire dal domicilio o dalla struttura sanitaria per pazienti terminali previo raccordo con lo specialista ospedaliero da parte del medico di famiglia e/o da parte del responsabile delle cure palliative.</p> <p><b>Inserimento in regime ambulatoriale</b> Il principale criterio per la eleggibilità a cure palliative in regime ambulatoriale è: grado di autonomia che permetta l'accesso sistematico ai servizi ambulatoriali (criterio funzionale).</p> <p><b>Percorso</b> I pazienti ricevono prestazioni erogabili ambulatorialmente in HospicE o in day-HospicE come: prima visita medica di cure palliative, visite di controllo programmate di cure palliative, rilevazione test, scale di valutazione del dolore, della autonomia, compilazione di un diario contenente la pianificazione dei bisogni attuali e prevedibili, prescrizione terapeutica; analoghe prestazioni sono erogabili dal personale infermieristico per quanto di competenza.</p> <p>Il paziente che accede a questa modalità assistenziale è a tutti gli effetti inserito nella Rete di Cure Palliative. Nella sede dove l'utente riceve le prestazioni sarà conservata la Scheda di prima valutazione nella Rete Cure Palliative.</p> <p>L'ambulatorio ed il day-HospicE sono ubicati presso l' HospicE e sono dotati di requisiti strutturali, di attrezzature e presidi medico chirurgici in relazione alla attività svolta.</p> <p>Le richieste di consulenza di cure palliative può essere richiesta dal Medico di Medicina Generale su ricettario SSN, prenotata direttamente presso l'HospicE, anche tramite telefono e successivamente con accesso diretto all' Ambulatorio di Cure Palliative.</p>
<b>OBIETTIVI</b>	<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". 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. Tali cure domiciliari garantiscono, sempre coordinati dal Responsabile dell'Unità di Cure Palliative, sia gli interventi di base, sia interventi di équipe specialistiche tra loro interagenti in funzione al livello di complessità, legato anche all'instabilità clinica e ai sintomi di difficile controllo, per garantire la continuità assistenziale, interventi programmati ed articolati sui sette giorni, definiti dal progetto di assistenza individuale, nonché la pronta disponibilità medica sulle 24 ore, anche per la necessità di fornire supporto alla famiglia e/o al care-giver.</p>
<b>TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)</b>	<p>Attuazione del Progetto: 12 mesi</p>
<b>INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Numero di malati deceduti a causa di tumore (Istat ICD9 Cod. 140-208) assistiti dalla Rete di cure palliative a domicilio e/o in HospicE / numero di deceduti per malattia oncologica: <math>\geq 65\%</math></li> <li>○ Numero posti letto in HospicE: <math>\geq 1</math> ogni 56 deceduti a causa di tumore (1,8%)</li> <li>○ Numero di HospicE in possesso dei requisiti di cui al d.P.C.M. 20 gennaio 2000 e degli eventuali specifici requisiti fissati a livello regionale / numero totale di HospicE: = 100%.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per malati deceduti a causa di tumore (ISTAT ICD9 Cod. 140-208): <math>\geq 55</math> giorni x (valore standard n. 01 - 20%)</li> <li>○ . Numero di malati nei quali il tempo massimo di attesa fra la segnalazione del caso e l'inizio della presa in carico domiciliare da parte della Rete è inferiore o uguale ai 3 giorni / numero dei malati presi in carico a domicilio dalla Rete e con assistenza conclusa: <math>\geq 80\%</math>.</li> <li>○ .Numero di malati nei quali il tempo massimo di attesa fra la segnalazione del caso e il ricovero in Hospice da parte della Rete è inferiore o uguale a 3 giorni / numero di malati ricoverati e con assistenza conclusa: <math>\geq 40\%</math>..</li> <li>○ . Numero di ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica nei quali il periodo di ricovero è inferiore o uguale a 7 giorni / numero di ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica: <math>\leq 20\%</math>...</li> <li>○ Numero di ricoveri di malati con patologia oncologica nei quali il periodo di ricovero in Hospice è superiore o uguale a 30 giorni / numero di ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica: <math>\leq 25\%</math>..</li> </ul> <p>Altri indicatori che oltre ai suddetti minimi richiesti dal Ministero della Salute sono da considerarsi sono i seguenti:</p> <p><b>Indicatori di qualità</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Elaborazione ed attuazione di specifici protocolli formalizzati per tutte le fasi del trattamento in cure palliative, dai presupposti etici, al trattamento dei sintomi clinici fino alla elaborazione del lutto da parte dei familiari</li> <li>○ Programmi formalizzati per la formazione del personale, dei care giver domiciliari</li> <li>○ Programmi finalizzati alla comunicazione ed alla informazione in Cure palliative.</li> <li>○ La fruibilità del servizio in termini di accessibilità alla rete di cure palliative;</li> <li>○ La buona integrazione della rete intesa come funzionalità della rete stessa;</li> <li>○ La soddisfazione dei pazienti e dei familiari nell'ambito di valutazione della qualità percepita; questo dato sarà acquisito mediante la somministrazione ai pazienti ed ai familiari di appositi questionari.</li> </ul>
<b>RISULTATI ATTESI</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. il miglioramento della qualità della vita dei pazienti terminali, oncologici e non, attraverso una azione diretta medica, infermieristica, di supporto psicologico e riabilitativo;</li> <li>2. il miglioramento della qualità della vita dei pazienti terminali, oncologici e non, attraverso una azione indiretta tramite la formazione dei familiari "care giver".</li> <li>3. La copertura più capillare del territorio con la possibilità di assistenza al domicilio di casi che, per motivi logistici, possono sfuggire alla rete di assistenza.</li> </ol>

## PROSPETTO ECONOMICO DEL PROGETTO

<i>DESCRIZIONE</i>	<i>TOTALE IMPEGNO ECONOMICO PRESUMIBILE (IN EURO)</i>
<b><u>Personale</u></b>	<b>€565.000,00</b>
Personale a contratto	€ 565.000,00
<b><u>Missioni</u></b>	
Spese per missioni	
<b><u>Formazione</u></b>	
Percorsi formativi specifici	
<b><u>Attrezzature e materiale di consumo</u></b>	<b>€12.949,00</b>
Apparecchiature e materiale di consumo	€12.949,00
<b><u>Altro</u></b>	
Altro specificare _____	
<b>TOTALE</b>	<b>€577.949,00</b>

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

ASPETTI FINANZIARI	
COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	Per la linea progettuale n. 4 Piano Nazionale della Prevenzione l'importo totale è di € 1.387.078,00 di cui € <b>6.935,00</b> è dedicata al progetto "Supporto al Piano Regionale della Prevenzione della Regione Molise approvato con decreto del Commissario ad Acta n. 44 del 30 giugno 2016".

IL PROGETTO	
<b>PREMESSA</b>	<p>Con decreto del Commissario ad Acta n. 44 del 30 giugno 2016 è stato approvato il Piano regionale della Prevenzione 2014-2018 della Regione Molise dove sono stati inclusi programmi articolati in diversi interventi.</p> <p>In particolare si riporta quanto previsto nel <b>PROGRAMMA I «SCREENING ONCOLOGICI»</b>:</p> <p>A. <i>Screening della mammella</i> per il quale sono declinati i seguenti obiettivi specifici regionali:  <i>Obiettivo specifico 1): Attivazione di un centro unico regionale di rilevamento dei soggetti a rischio eredo- familiare per tumore della mammella e delle possibili patologie correlate e implementazione di percorsi diagnostico-terapeutici dedicati;</i>  <i>Obiettivo specifico 2): Attivazione di un ambulatorio regionale di riferimento per la patologia oncologica mammaria eredo familiare con sistema di sorveglianza e di supporto (counselling familiare, psiconcologia, valutazione genetica, ecc.);</i></p> <p>B. <i>Screening del colon retto</i> con il quale si perseguono i seguenti obiettivi:  1) <i>Incrementare la percentuale di persone in età target che eseguono il test di primo livello;</i>  2) <i>Incrementare la percentuale di pazienti positivi al FOBT-test che eseguono le indagini endoscopiche di II livello.</i></p> <p>C. <i>Screening della cervice uterina</i> con i seguenti obiettivi specifici regionali:  1) <i>Promozione della c.d. "reingegnerizzazione" attraverso la messa in rete di tutti i Centri di prenotazione regionali (Cup- pass) con il Call-Center dei Programmi di Screening e l'informatizzazione degli ambulatori ginecologici dedicati allo screening, al fine di:</i>  a. <i>incrementare la percentuale di persone che ricevono l'invito a partecipare al programma di screening, recuperando le c.d. "spontanee" dai cup – pass per reinserirle nel percorso di screening;</i></p>

	<p>b. <i>incrementare la percentuale di persone in età target che eseguono il test di primo livello;</i></p> <p>2) <i>Pianificazione di un nuovo sistema di screening della cervice uterina con test HPV-DNA;</i></p> <p>3) <i>Miglioramento dell'appropriatezza clinica e della qualità dell'intervento di prevenzione ed utilizzo efficiente delle risorse;</i></p> <p>Si riportano inoltre anche gli interventi previsti negli altri programmi:</p> <p><b>PROGRAMMA II</b> «LA PREVENZIONE DELLE MALATTIE CRONICHE NON TRASMISSIBILI E LE AZIONI IN FAVORE DEI MALATI CRONICI»: "Comunicazione per la salute" - "Formazione per il cambiamento" - "Sanità in salute" – "Vita SiCura" - "Non mi fermo" - L'allattamento al seno nella Regione Molise: dal rilievo del dato epidemiologico alla promozione</p> <p><b>PROGRAMMA III</b> «SCREENING NEONATALI»: Screening audiologico neonatale - Screening oftalmologico neonatale</p> <p><b>PROGRAMMI : IV</b> «SCUOLA, SALUTE E BENESSERE» e <b>V</b> «PREVENZIONE DELLE DIPENDENZE»: Scuola, Salute e Benessere: ambiti di intervento e azioni</p> <p><b>PROGRAMMI VI</b> «PREVENZIONE DEGLI INCIDENTI STRADALI»: Strada sicura - Il problema OSAS (Sindrome delle Apnee Ostruttive nel Sonno) - Attività e obiettivi specifici</p> <p><b>PROGRAMMA VII</b> «PREVENZIONE DEGLI INCIDENTI DOMESTICI»: Casa sicura</p> <p><b>PROGRAMMA VIII</b> «INFORTUNI SUL LAVORO E MALATTIE PROFESSIONALI».</p> <p><b>PROGRAMMA IX</b> «SALUTE E AMBIENTE»: Monitoraggio della qualità dell'aria - Il problema amianto nella Regione Molise - Il ruolo del C.O.R. - La rete "Salute-Ambiente" nella Regione Molise - Percorsi formativi ed informativi integrati in tema di Ambiente e Salute - I controlli in base ai regolamenti "REACH" e "CLP" - Regolamenti "REACH" e "CLP": La formazione - L'Edilizia eco-compatibile: il rischio "radon" - I rischi da CEM e raggi UV</p> <p><b>PROGRAMMA X</b> «PREVENZIONE E SORVEGLIANZA DELLE MALATTIE INFETTIVE NELLA REGIONE MOLISE»: La sorveglianza epidemiologica regionale: ritardi e prospettive - I sistemi di sorveglianza regionale delle malattie infettive prioritarie - L'informatizzazione della sorveglianza delle malattie infettive - Il potenziamento della segnalazione delle malattie infettive da parte degli operatori sanitari - Le malattie croniche o di lunga durata: tubercolosi (TBC) e HIV - L'Anagrafe vaccinale informatizzata: interoperabilità - Coperture vaccinali e adesione consapevole alle vaccinazioni - La corretta informazione sulle vaccinazioni - Piani per il contrasto delle emergenze infettive - SORVEGLIANZA, GESTIONE E PREVENZIONE DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA E DELLE ANTIBIOTICO-RESISTENZE (Azione 1: La sorveglianza delle infezioni invasive da enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE) - Azione 2: Il monitoraggio del consumo di antibiotici - Azione 3: Informare per migliorare l'uso di antibiotici - Azione 4: La sorveglianza e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza)</p> <p><b>PROGRAMMA XI</b> « SICUREZZA ALIMENTARE E SANITÀ PUBBLICA VETERINARIA»: Ricetta veterinaria elettronica: Verso la «dematerializzazione» dell'intera gestione del farmaco veterinario - Piani di controllo e monitoraggio integrati per la gestione del rischio nelle matrici alimentari: 1) Integrazione tra Sanità pubblica, Ambiente e Agricoltura - Piani di controllo e monitoraggio integrati per la gestione del rischio nelle matrici alimentari: 2) Le attività della rete dei laboratori - Piani di controllo e monitoraggio integrati per la gestione del rischio nelle matrici alimentari: 3) Gli audit previsti dall'articolo 4 paragrafo 6 del Regolamento CE 882/2004 - La rete dei laboratori: Protocolli per la collaborazione nel settore alimentare e veterinario - Le Anagrafi del settore veterinario: Implementazione dell'anagrafe degli operatori del settore mangimi; Adeguamento delle anagrafiche gestite dalle Autorità competenti alla "Masterlist" del Regolamento (CE)</p>
--	--

	<p>852/2004 - La gestione delle emergenze veterinarie e di sicurezza alimentare - La sorveglianza della fauna selvatica: la prevenzione delle malattie infettive e diffuse di interesse veterinario trasmissibili tramite vettori animali - Tecniche e organizzazione del controllo ufficiale: Aspetti relativi alla formazione e agli audit - Celiachia, allergie e intolleranze alimentari: Linee guida ed iniziative per tutelare il consumatore, assicurando una produzione sicura di alimenti, confezionati e non, idonei alla sua patologia - Sale: "poco e iodato". Iniziative della Regione Molise per ridurre i disordini da carenza iodica</p> <p><b>PROGRAMMA XII «PREVENZIONE DEL RANDAGISMO»:</b> La prevenzione del randagismo e delle malattie zoonosiche legate agli animali d'affezione - A) Promozione del possesso responsabile di animali d'affezione - B) Iniziative per favorire l'iscrizione all'anagrafe degli animali di proprietà - Controlli sanitari sulle strutture di ricovero dei cani</p>
<b>CONTESTO</b>	<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. Costituiscono un intervento di sanità pubblica su popolazione apparentemente 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. 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). Presupposto fondamentale di queste due strutture è che possano disporre di dati di alta qualità, in tempi adeguati che per gli screening assurgono a livello di indicatori di performance.</p> <p>Nella Regione Molise gli screening oncologici sono operanti sin dall'ottobre del 2002 mentre il registro tumori è operativo dal 1° giugno 2014 e si accinge a chiudere la raccolta dei dati del biennio 2010-2011.</p> <p>Ovunque è ormai in atto una interazione continua e costante tra Screening e Registri Tumori in cui questi ultimi operano come uno strumento di monitoraggio sull'efficacia quali-quantitativa dei programmi di screening oncologici.</p> <p>Nella nostra regione una delle criticità più importanti è la dinamica del flusso dei dati dalla lettera d'invito all'inizio dei trattamenti (medici e chirurgici), ai dati di sopravvivenza.</p>
<b>DESCRIZIONE</b>	<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>



<b>OBIETTIVI</b>	<p>Obiettivi qualitativi del progetto sono:</p> <p>a) Selezione degli indicatori di valutazione dei flussi;</p> <p>b) Definizione scheda intervista;</p> <p>c) Definizione del campione da intervistare;</p> <p>d) Valutazione del peso dei fattori interni al sistema screening che determinano perdita di dati (es.: mancata registrazione esami effettuati);</p> <p>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);</p> <p>f) Rilevazione e analisi delle criticità;</p> <p>g) Adeguamenti e correttivi;</p> <p>Obiettivi quantitativi del progetto sono:</p> <p>a) Individuazione di almeno 2 indicatori per screening;</p> <p>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;</p> <p>c) Misurazione del numero di soggetti positivi allo screening di cui si perde traccia (proseguono al di fuori del percorso screening);</p> <p>d) Correzione di almeno il 75% delle criticità rilevate dagli indicatori selezionati.</p>		
<b>TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)</b>	12 mesi (vedi crono programma)		
<b>INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Stato attuale</b>	<b>Al 31.12.2018</b>
	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

## PROSPETTO ECONOMICO DEL PROGETTO

DESCRIZIONE	TOTALE
Definizione indicatori	
Incontro formativo	€ 2.000,00
Interviste, valutazione questionario, realizzazione reportistica	€ 3.000,00
Spese cancelleria e stampa questionari	€ 935,00
Editing report	€ 1.000,00
<b>TOTALE</b>	<b>€ 6.935,00</b>

<b>ASPETTI GENERALI DEL PROGETTO</b>	
REGIONE PROPONENTE	Regione Molise
PROVVEDIMENTO REGIONALE (DATA E NUMERO)	Decreto del Commissario ad Acta n. __ del __/__/__
LINEA PROGETTUALE	<b>Linea n. 5 – Gestione della Cronicità</b>
TITOLO DELL'INTERVENTO N. 1	Strategie ed interventi per potenziare la diagnosi precoce, della Malattia Celiaca e nonché informazione e comunicazione agli operatori.
TITOLO DELL'INTERVENTO N. 2	Promozione della Salute Mentale nelle scuole superiori di primo grado
TITOLO DELL'INTERVENTO N. 3	Corretti stili di vita attraverso un modello integrato nella gestione della cronicità: Disabilità Intellettiva e interventi di sostegno a soggetti fragili
TITOLO DELL'INTERVENTO N. 4	Attivazione di un Network regionale per la prevenzione droga e alcol correlati
TITOLO DELL'INTERVENTO N. 5	Programmazione orientata all'equità dei servizi territoriali al fine di assicurare un livello omogeneo di accessibilità alle prestazioni
TITOLO DELL'INTERVENTO N. 6	Riorganizzazione sanitaria e riequilibrio territoriale dell'offerta riabilitativa
TITOLO DELL'INTERVENTO N. 7	"QuotidianaMente" Percorsi volti alla presa in carico del paziente con disabilità intellettiva.
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi
SOGGETTI ATTUATORI	INTERVENTO N. 1: ASReM
	INTERVENTO N. 2: ASReM
	INTERVENTO N. 3: ASReM
	INTERVENTO N. 4: ASReM
	INTERVENTO N. 5: ASReM
	INTERVENTO N. 6: ASReM
	INTERVENTO N. 7: ASReM

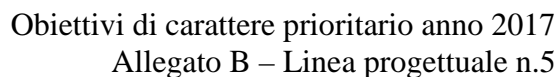
<b>ASPETTI FINANZIARI</b>	
COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	<b>€ 814.000,00</b>

<b>INTERVENTO N.1</b> <b>Strategie ed interventi per potenziare la diagnosi precoce, della Malattia Celiaca nonché informazione e comunicazione agli operatori.</b>
--

<b>CONTESTO</b>	<p>La celiachia o Malattia Celiaca (MC) è una intolleranza permanente al glutine su base genetica, riconosciuta come malattia sociale.</p> <p>La celiachia è una patologia che, nei soggetti geneticamente predisposti, colpisce primariamente l'intestino ed è causata dal glutine, principale frazione proteica del frumento e di altri cereali. E' una delle patologie croniche più frequenti in assoluto, riguarda circa l'1% della popolazione generale in Italia e la sua frequenza appare</p>
-----------------	--

	<p>essere in aumento nel corso delle ultime decadi. L' espressione clinica della celiachia è molto variabile: nei casi tipici si manifesta precocemente con sintomi intestinali quali diarrea cronica, inappetenza, addome globoso e calo di peso. Più spesso tuttavia si tratta di forme atipiche nelle quali predominano sintomi meno eclatanti, di tipo extra-intestinale (anemia, stanchezza cronica, ritardo puberale), oppure la sintomatologia è del tutto assente, configurandosi il quadro delle forme silenti. A causa della variabilità del quadro clinico, la maggior parte dei casi di celiachia sfuggono per molto tempo alla diagnosi e rimangono pertanto esposti al rischio di complicanze tardive, anche gravi.</p> <p>Da malattia rara e limitata alla prima infanzia si è trasformata in pochi anni in una condizione di frequente riscontro, con possibile insorgenza in ogni età della vita, inclusa quella geriatrica, a volte diagnosticata in soggetti con sintomi appena sfumati o del tutto asintomatici sul piano clinico.</p> <p>Sebbene negli ultimi anni il numero delle diagnosi sia letteralmente raddoppiato, purtroppo risulta ancora sommerso il complessivo numero di diagnosi, con meno di 100.000 pazienti diagnosticati a fronte degli oltre 500.000 attesi nella popolazione italiana.</p> <p>Pertanto, dato che solo una piccola parte (20-25%) dei casi di celiachia presenti nella popolazione sono adeguatamente riconosciuti e curati prima che si instaurino nell'organismo complicanze.</p> <p>Un ruolo fondamentale rispetto all'azione diagnostica è sicuramente ricoperto dai medici di medicina generale che sono sempre più rivolgono attenzione all'intolleranza al glutine. In tal senso tutti gli esperti del settore sottolineano l'importanza di un intervento di prevenzione secondaria mirato ad una diagnosi tempestiva di malattia celiaca. L'approccio più corretto per l'individuazione dei casi "sommersi" di celiachia è considerato lo screening della popolazione nell'età evolutiva, senza dubbio più efficace, seppur complesso per varie motivazioni.</p> <p>L'impatto di questa patologia risulta a livello regionale rilevante nel 2014 sono censiti 853 casi e nel 2015 circa 898 (cfr. Relazione annuale al Parlamento anno 2015-Ministero della Salute).</p> <p>La Regione Molise è intervenuta a livello normativo con la legge regionale del 1 dicembre 2016, n. 16 disciplinando le azioni e gli interventi finalizzati, tra l'altro, a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- migliorare le modalità di presa in carico delle strutture sanitarie e dell'accesso alle cure nel territorio regionale dei cittadini molisani celiaci, individuando un centro di riferimento regionale e una rete assistenziale che assicurino al paziente celiaco in età pediatrica o adulta la diagnosi precoce, il <i>follow up</i> e la prevenzione delle complicanze;</li> <li>- incentivare la formazione e l'aggiornamento professionale degli operatori coinvolti, predisponendo anche gli opportuni strumenti con la collaborazione di professionisti della Associazione Italiana Celiachia;</li> <li>- istituire il Registro molisano dei celiaci;</li> <li>- favorire l'educazione sanitaria del cittadino celiaco, della sua famiglia e dell'intera popolazione regionale;</li> <li>- definire modalità di erogazione del contributo previsto dalla normativa in materia nell'ambito della quota di finanziamento destinata all'ASReM.</li> </ul> <p>La norma regionale struttura, peraltro, le modalità assistenziali per la diagnosi e la presa in carico dei pazienti sia in età pediatrica che adulta.</p> <p>In particolare, è istituito un centro regionale di riferimento, integrato alla unità operativa di Endoscopia digestiva dell'ospedale di Campobasso, cui affidare il percorso diagnostico per l'adulto e il raccordo con le pediatrie. I pazienti in età pediatrica sono seguiti presso le unità operative di pediatria degli ospedali di Campobasso, Termoli ed Isernia fino all'età di 16 anni. Presso il centro di riferimento sono effettuati gli esami endoscopici per gli adulti e, limitatamente ai casi richiesti dalle pediatrie di riferimento, le endoscopie pediatriche avvalendosi della collaborazione di un pediatra endoscopista esperto, anche</p>
--	--

	<p>utilizzando protocolli di intesa con strutture sanitarie extraregionali. Ai centri pediatrici e al centro di riferimento è affidata l'attività di certificazione di malattia necessaria agli adempimenti successivi alla diagnosi.</p> <p>La norma regionale prevede, inoltre, che gli accertamenti diagnostici relativi ai pazienti e ai parenti di primo grado nonché le indagini relative alla diagnosi di malattia e alla identificazione delle complicanze sono erogati secondo i criteri stabiliti dalla disciplina statale e regionale di settore nonché nel rispetto di provvedimenti amministrativi regionali sulla materia.</p> <p>A livello nazionale con il DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 12 gennaio 2017 <i>“Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”</i>, la celiachia è annoverata tra le patologie croniche prevedendo, tra l'altro, l'erogazione a carico del servizio sanitario degli alimenti senza glutine specificamente formulati per celiaci o per persone intolleranti al glutine.</p>
<b>DESCRIZIONE</b>	<p>La MC rappresenta, dunque, una malattia di ampia rilevanza sociale che, se non diagnosticata precocemente o non diagnosticata affatto, comporta nel tempo un peggioramento delle condizioni generali di salute e di vita dei celiaci e la comparsa di complicanze con conseguenti costi a carico del SSN.</p> <p>Il fatto che la MC sia così diffusa e che possa compromettere la salute del soggetto, probabilmente in modo proporzionale al tempo di esposizione di glutine (mentre l'allontanamento dal glutine virtualmente ripristina la normalità), impone una diagnosi precoce e puntuale al fine di evitare le complicanze. Grazie alla diagnosi precoce si avrà l'opportunità di assicurare una maggiore di prevenzione, e quindi garantire salute e benessere di lunga durata ai cittadini molisani, nonché un risultato in ordine ad un risparmio della spesa sanitaria.</p> <p>In tale conteso la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, in data 30 luglio 2015 ha regolamentato, con emissione di linee guida, il percorso diagnostico della malattia celiaca al fine di uniformare il comportamento diagnostico e l'atteggiamento dei medici nei confronti della patologia e delle sue complicanze.</p> <p>Il progetto che si intende realizzare è volto, quindi, ad assicurare da una parte <b>un intervento di prevenzione secondaria mirato ad una diagnosi tempestiva di malattia celiaca e dall'altra ad azioni di formazione ed informazione agli operatori delle mense scolastiche nella manipolazione e preparazione dei cibi nonché ai malati e ai familiari rispetto ad abitudini alimentari “speciali”</b>.</p> <p><b><u>Intervento 1- Screening della popolazione della Regione Molise in età evolutiva.</u></b> Rispetto al primo intervento si intende procedere ad effettuare uno screening della popolazione della Regione Molise nell'età evolutiva che mira essenzialmente all'individuazione di casi misconosciuti di malattia celiaca, reclutati nella popolazione scolastica dei primi anni della Scuola Primaria.</p> <p>L'intervento di screening prevede che tutti i bambini nei primi due anni della scuola primaria siano sottoposti ad uno screening di primo livello mediante ricerca di tipo genetico su goccia di sangue prelevato da micropuntura sul dito. I bambini negativi a tale test non saranno ulteriormente esaminati e per loro non ci sarà più alcuna necessità futura di effettuare indagini inerenti alla celiachia, non essendo predisposti a tale malattia. I positivi saranno richiamati per eseguire prelievo venoso per la determinazione di anticorpi antiglutine. Nei casi con celiachia sospetta sulla base degli esami del sangue, sarà proposto un completamento diagnostico presso il locale Centri pediatrici di riferimento previsti dalla L.R. n. 16/2016.</p> <p><b><u>Intervento. 2 azioni di formazione per gli operatori delle mense scolastiche.</u></b></p>

48

	<div>Intervento 2.</div>												
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	Formazione per operatori mense scolastiche												
	Azioni informative a celiaci e famigliari												
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	<div><div>- Numero di bambini sottoposti a test;</div><div>- Numero di bambini nei quali viene effettuata la diagnosi di celiachia;</div><div>- Numero di corsi tecnico pratici per operatori delle mense scolastiche;</div><div>- Numero di incontri con celiaci e familiari.</div></div>												
RISULTATI ATTESI	<div>Con il presente progetto si ritiene possa essere operata una corretta diagnosi di celiachia limitando il numero di casi misconosciuti in regione e delle complicanze derivanti dalla diagnosi tardiva della patologia.</div> <div>Inoltre, grazie a tale progetto si ritiene di poter operare corretti interventi di educazione alimentare mirati a soggetti interessati direttamente dalla tipologia di intolleranza al glutine.</div>												

## PROSPETTO ECONOMICO DELL'INTERVENTO N. 1

<i>DESCRIZIONE</i>	<i>TOTALE IMPEGNO ECONOMICO PRESUMIBILE (IN EURO)</i>
<b><u>Personale</u></b>	<b>€ 60.000,00</b>
Personale a contratto	€ 60.000,00
<b><u>Missioni</u></b>	
Spese per missioni	
<b><u>Formazione</u></b>	<b>€20.000,00</b>
Percorsi formativi specifici eventi divulgativi	€ 20.000,00
<b><u>Attrezzature e materiale di consumo</u></b>	<b>€120.000,00</b>
Apparecchiature e materiale di consumo	€120.000,00
<b><u>Altro specificare:</u></b> Pubblicazioni di opuscoli/brochure, report, articoli scientifici, materiali interattivi e multimediali	<b>€5.000,00</b>
Altro specificare - Pubblicazioni di opuscoli/brochure, report, articoli scientifici, materiali interattivi e multimediali	€5.000,00
<b>TOTALE</b>	<b>€ 205.000,00</b>



**INTERVENTO N.2 Promozione della Salute Mentale nelle scuole superiori di primo grado**

<b>CONTESTO</b>	<p>Il rapporto Istat “Noi Italia 2015” ha rilevato nel Molise un fattore accertato di vulnerabilità di disagio, e, tra l’altro l’uso di sostanze stupefacenti. Infatti tra le 4 regioni dove più alta è la diffusione di cannabis vi sono Molise, Lazio, Sardegna e Marche (32%). Inoltre il Molise e Marche vedono i ragazzi preferire stimolanti ed eroina. Non dissimile è l’indicatore di abuso dell’alcol dove grazie ad una ricerca dell’ISS del 2015 è stato rilevato che tra gli studenti compresi tra gli 11 e i 15 anni, hanno bevuto il 13.6% con il fenomeno delle “abbuffate alcoliche” pari al 17,9% tra i maschi, con il solo Friuli ad avere dati peggiori. L’area dell’intervento riguarda sia le città dove sono segnalati i peggior trend del binge-eating e anche quelli dell’area periferica. Secondo i recenti dati appena diffusi della sorveglianza HBSC Italia, che fotografa, nell’ambiente scolastico, lo stile di vita degli adolescenti per individuare i comportamenti a rischio che possono avere effetti sulla salute, tra gli adolescenti italiani si è osservato un leggero miglioramento nelle abitudini salutari a tavola, ma un aumento del bullismo, del gioco d’azzardo e del consumo di tabacco. Ci sono ormai evidenze consolidate che i trattamenti più efficaci per le condotte antisociali riguardano lo sviluppo di competenze emotive e relazionali attraverso attività scolastiche curriculari. Lo studio PRISMA (Progetto Italiano Salute Mentale Adolescenti) condotto in Italia su oltre 3000 minori ha mostrato che circa l’8% di essi presentava un disturbo d’ansia o dell’umore, o un disturbo della condotta o un disturbo dell’attenzione e iperattività o un disturbo oppositivo-provocatorio. La probabilità di sviluppare un disturbo d’ansia o dell’umore sembra associata all’essere stato vittima di comportamenti antisociali. Tali comportamenti hanno origine prevalentemente in ambito scolastico e individuano nella maggior parte dei casi le loro vittime nella cosiddetta ‘diversità’. Diversi studi indicano anche un’associazione fra essere stato vittima di atti di ‘bullismo’ e abbandono scolastico, bassa autostima, aumento del rischio di depressione, comportamenti di autolesionismo.</p>
<b>DESCRIZIONE</b>	<p>Il progetto propone di realizzare un programma di promozione della salute mentale con un focus particolare sulla promozione dell’integrazione, del benessere psicofisico e dell’intelligenza emotiva rivolto agli studenti di età 12-15 anni. Il programma sarà articolato nelle seguenti azioni:</p> <p><b>Setting.</b> Il programma interesserà un campione di scuole di differenti realtà regionali, selezionate sulla base della loro volontaria partecipazione. Le evidenze mostrano che i programmi più efficaci per la promozione della salute mentale e sociale sono quelli condotti nell’ambito di attività scolastiche curriculari che inizino il più precocemente possibile ovvero in età pre-adolescenziale e promuovano la cosiddetta “<i>salute mentale positiva</i>” (capacità di autoregolazione delle emozioni, controllo dell’aggressività, resilienza, autostima, benessere psicologico, soddisfazione per la vita) e l’<i>empowerment</i> degli studenti mediante la definizione di obiettivi personali e capacità di soluzione di problemi personali e relazionali.</p> <p><b>Materiali e Metodi.</b> Nel 2009, il reparto Salute Mentale dell’Istituto Superiore di Sanità ha messo a punto un programma di promozione della salute mentale, di provata efficacia sperimentale basato sul Manuale di auto-mutuo-aiuto ‘<i>Definizione di obiettivi e soluzione di problemi</i>’ (<a href="http://www.ccm-network.it/documenti/Ccm/prg_area5/2005-manuale-scuola-depressione.pdf">http://www.ccm-network.it/documenti/Ccm/prg_area5/2005-manuale-scuola-depressione.pdf</a>) per studenti di scuola media superiore sulla formazione sociale, cognitiva ed emotiva delle <i>Life Skills</i> indicate dall’OMS e sulla definizione di obiettivi personali e conquista dell’autodisciplina. Questo programma è stato ampiamente attuato e</p>

	<p>valutato in Regione Molise a Campobasso con la rielaborazione del manuale <i>“Intervento Psicoeducativo per migliorare il Benessere Psicologico e l’Intelligenza Emotiva nelle Scuole”</i>, di cui esiste una versione stampata a cura di Gigantesco dell’Istituto Superiore di Sanità di Roma e del Dr Veltro del Centro di Salute Mentale di Campobasso. Viene fornito anche il notebook per le esercitazioni a casa. Il manuale viene letto dagli studenti in classe ed è composto di 16 capitoli. Ogni capitolo (eccetto il primo) include una scheda per valutare anonimamente il gradimento e l’utilità del capitolo stesso: è strutturata su 2 item con una scala di risposta a 5 livelli (1=pochissimo, 2=poco, 3=abbastanza, 4=molto, 5=moltissimo).</p> <p>Sulla base dei risultati molto promettenti ottenuti e pubblicato sulle riviste internazionali e nazionali di settore, indicizzate in medline, con Impact Factor, per rispondere all’esigenza diffusa di promuovere la salute mentale nelle scuole, ci si propone qui di realizzare un programma, i cui contenuti saranno maggiormente imperniati sull’insegnamento delle competenze pro-sociali, in particolare delle capacità di controllo degli impulsi, empatia e gestione dei conflitti.</p> <p>Saranno realizzati <i>Gruppi di Discussione</i> composti dagli studenti e coordinati prevalentemente da psicologi esperti con la collaborazione di tecnici della riabilitazione psichiatrici, che seguiranno la corretta implementazione della metodologia della ricerca qualitativa applicata ai focus-group. Verranno inoltre sensibilizzati al programma i genitori per un sostegno attivo e interattivo con i ragazzi e coinvolti gli insegnanti per il tutoraggio (insegnanti tutor). Il programma che si propone, sarà basato su un manuale rivolto agli studenti, dove verranno illustrati, con linguaggio semplice e con esempi adatti all’età e alla cultura giovanile, i principi e gli strumenti pertinenti agli obiettivi, verranno suggerite esercitazioni a due, a tre e in piccolo gruppo e raccomandato ai partecipanti di commentare in modo costruttivo le prestazioni di chi più si espone nelle esercitazioni. L’implementazione del programma verrà realizzata in 16 sessioni di lavoro settimanali di 60-90 minuti ciascuna, per un periodo di 4 mesi e ricalcherà nella struttura i contenuti presenti nel manuale: presentazione del programma, definizione di obiettivi, comunicazione efficace, comprensione e gestione degli stati d’animo negativi e positivi, miglioramento personale (accettazione di sé, pensieri funzionali, esercizio del problem-solving) e sociale (controllo degli impulsi, empatia e capacità di gestione dei conflitti).</p> <p><i>Fattibilità /criticità delle soluzioni proposte</i></p> <p>Non ci sono criticità per la realizzazione dei <i>Gruppo di Discussione</i> e per l’implementazione del programma poiché ci si potrà avvalere della collaborazione di scuole motivate. Inoltre la fattibilità del progetto è basata soprattutto sulle esperienze consolidate pluriennali del Dipartimento di Salute Mentale di Campobasso.</p> <p><b>Valutazione di efficacia nella pratica del programma</b></p> <p>Si propone l’applicazione sperimentale del programma in un campione di scuole con valutazione controllata dell’impatto.</p> <p>In particolare si intende valutare la capacità dell’intervento di raggiungere gli obiettivi di miglioramento delle abilità di comunicazione, di cooperazione, di definizione e raggiungimento di obiettivi, di soluzione dei problemi, di controllo degli impulsi e di empatia degli studenti partecipanti.</p> <p>Saranno selezionate 40 classi del primo biennio della scuola secondaria superiore di primo grado, in istituti frequentati da studenti di diversa estrazione sociale. Le classi verranno suddivise in 2 gruppi secondo il seguente schema:</p> <p><u>Classi “trattate”</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Primo gruppo: 20 classi scelte tra gli istituti selezionati delle città di Campobasso (10 classi), Isernia (5 classi) e Termoli (5 classi). Almeno il 20% delle classi devono appartenere alle aree periferiche delle città sopra menzionate.</li> </ul>
--	--

	<p><u>Classi “di controllo”</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>Secondo gruppo: 20 classi scelte tra gli istituti selezionati delle città di Campobasso (10 classi), Isernia (5 classi) e Termoli (5 classi). Almeno il 20% delle classi devono appartenere alle aree periferiche delle città sopra menzionate.</li></ul> <p>La valutazione sarà effettuata tramite:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>SCALE DI AUTOEFFICACIA PERCEPITA APEN/G e APEP/G (Caprara, 2004);</li><li>IDEA INVENTORY TR (Di Pietro, 1992);</li><li>QUESTIONARIO HBSC Italia (ISS-Reparto Salute Mentale, 2010);</li><li>SCALA DI RYFF (CESPS-ISS, 2005);</li><li>QUESTIONARIO DI APPRENDIMENTO DEL MANUALE (Veltro, 2011);</li><li>QUESTIONARIO DI SODDISFAZIONE DEL PROGRAMMA (Veltro, 2013);</li><li>INDEX di INTELLIGENZA EMOTIVA (Veltro et al., 2016)</li><li>SCALA Valutazione Rapida Stress (Tarsitani e Biondi, 1999)</li><li>INDICE dell’ATMOSFERA di CLASSE (Veltro et al., 2015)</li></ul> <p>Seguirà l’analisi statistica dei risultati tra classi “trattate” e “di controllo” (paradigma prima/dopo).</p>																																																								
OBIETTIVI	<p>Apprendimento delle abilità descritte nel manuale.</p> <p>Aumento del benessere psicofisico, diminuzione dello stress e delle convinzioni disfunzionali.</p> <p>Aumento dell’autoefficacia percepita e dell’Indice dell’Intelligenza Emotiva.</p> <p>Diminuzione dei comportamenti a rischio (sigarette, alcol, risse).</p>																																																								
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	<table><tr><td></td><td colspan="6">Mesi</td></tr><tr><td></td><td>1</td><td>2</td><td>3-9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td></tr><tr><td>Individuazione Istituti, classi</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Formazione personale e Presentazione Programma</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Valutazione studenti</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Attuazione programma</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Elaborazione dati</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Elaborazione report finale, lavori scientifici e presentazione pubblica dei dati</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>		Mesi							1	2	3-9	10	11	12	Individuazione Istituti, classi							Formazione personale e Presentazione Programma							Valutazione studenti							Attuazione programma							Elaborazione dati							Elaborazione report finale, lavori scientifici e presentazione pubblica dei dati						
	Mesi																																																								
	1	2	3-9	10	11	12																																																			
Individuazione Istituti, classi																																																									
Formazione personale e Presentazione Programma																																																									
Valutazione studenti																																																									
Attuazione programma																																																									
Elaborazione dati																																																									
Elaborazione report finale, lavori scientifici e presentazione pubblica dei dati																																																									
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	<ul style="list-style-type: none"><li>- Numero partecipanti per gruppo sperimentale e di controllo</li><li>- Numero di drop-out</li><li>- Percentuale soggetti soddisfatti per il programma</li><li>- Percentuale soggetti che hanno appreso le abilità prima vs dopo l’intervento</li><li>- Percentuale di soggetti che hanno migliorato l’autoefficacia percepita prima vs</li></ul>																																																								

	<p>dopo l'intervento e tra i due gruppo (con significatività statistica)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Percentuale di soggetti che hanno migliorato il benessere psicofisico prima vs dopo l'intervento e tra i due gruppo (con significatività statistica)</li> <li>- Percentuale di soggetti che hanno migliorato l'indice di intelligenza emotiva nel confronto prima vs dopo l'intervento e tra i due gruppo (con significatività statistica)</li> <li>- Percentuale di soggetti che hanno diminuito le proprie convinzioni disfunzionali prima vs dopo l'intervento e tra i due gruppo (con significatività statistica)</li> <li>- Percentuale di soggetti che hanno diminuito il livello di stress prima vs dopo l'intervento e tra i due gruppo (con significatività statistica)</li> <li>- Percentuale di soggetti che hanno diminuito i comportamenti a rischio prima vs dopo l'intervento e tra i due gruppo (con significatività statistica)</li> <li>- Miglioramento della soglia dell'Atmosfera di classe prima vs dopo l'intervento e tra i due gruppo (con significatività statistica)</li> </ul>
<b>RISULTATI ATTESI</b>	<p>Grazie alle azioni progettuali programmate sarà possibile contribuire alla creazione di una cultura della promozione della salute e dei comportamenti prosociali per la riduzione del disagio psichico individuale nel breve, medio e lungo periodo. A conclusione del Progetto, la Regione Molise disporrà di un modello regionale di promozione della salute mentale nelle scuole che si sta diffondendo lentamente in Italia (a differenze dei paesi di cultura anglosassone) e potrà quindi proporsi anche come riferimento per le altre realtà nazionali. Sulla realtà locale inoltre i risultati e la diffusione degli stessi tramite report, iniziative di dibattito pubblico, stimoleranno l'interesse generale e su scala regionale di tale intervento da parte delle scuole che potranno in futuro anche adottarlo con le associazioni non a scopo di lucro.</p>

## PROSPETTO ECONOMICO DELL'INTERVENTO N.2

<i>DESCRIZIONE</i>	<i>TOTALE IMPEGNO ECONOMICO PRESUMIBILE (IN EURO)</i>
<b><u>Personale</u></b>	<b>€80.000,00</b>
Personale a contratto:	€ 80.000,00
<b><u>Missioni</u></b>	
Spese per missioni	
<b><u>Formazione</u></b>	<b>€5.000,00</b>
Percorsi formativi specifici	€ 5.000,00
<b><u>Attrezzature e materiale di consumo</u></b>	
Apparecchiature e materiale di consumo	
<b><u>Altro</u></b>	<b>€5.000,00</b>
Altro specificare	€5.000,00
<b>TOTALE</b>	<b>€ 90.000,00</b>

**INTERVENTO N.3 Corretti stili di vita attraverso un modello integrato nella gestione della cronicità: Disabilità Intellettiva e interventi di sostegno a soggetti fragili**

<p><b>CONTESTO</b></p>	<p>La Disabilità Intellettiva è una disabilità permanente (emerge durante l'infanzia e dura per tutta la vita) che pervade tutte le sfere evolutive, ma non le compromette mai allo stesso modo, delineando quindi ogni volta un quadro diverso che caratterizza l'individualità del soggetto. Alla base della disabilità intellettiva vi è sempre un malfunzionamento del Sistema Nervoso Centrale. In base al DSM V (Manuale Statistico e Diagnostico dei Disturbi Mentali), la disabilità intellettiva è intesa come disturbo dello sviluppo intellettuale e richiede che siano soddisfatti i seguenti criteri:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. deficit nelle funzioni intellettuali, come il ragionamento, problemsolving, pianificazione, il pensiero astratto, il giudizio, l'apprendimento scolastico, e imparare dall'esperienza, confermata sia da valutazione clinica e individualizzato sia da test di intelligenza standardizzati.</li> <li>B. deficit del funzionamento adattivo che provoca mancato adattamento rispetto agli standard di sviluppo e socioculturali per l'indipendenza personale e la responsabilità sociale. Senza supporto continuo, il deficit adattivo limita il funzionamento in una o più attività della vita quotidiana, come la comunicazione, la partecipazione sociale e la vita indipendente, in più ambienti, come casa, scuola, lavoro, e la comunità.</li> <li>C. L'insorgenza di deficit intellettivi e di adattamento emergono durante il periodo di sviluppo.</li> </ul> <p>Ai fini diagnostici viene data molta rilevanza al funzionamento adattivo che comporta ragionamento adattivo in tre domini:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. <u>Concettuale</u>: Il dominio concettuale coinvolge competenze nella memoria, linguaggio, lettura, scrittura, matematica, ragionamento, acquisizione di conoscenze pratiche, problemsolving, e giudizio in situazioni nuove.</li> <li>2. <u>Sociale</u>: Il dominio sociale implica la consapevolezza dei pensieri, sentimenti ed esperienze altrui; empatia; capacità di comunicazione interpersonale; amicizia; e il giudizio sociale.</li> <li>3. <u>Pratico</u>: Il dominio pratico prevede l'apprendimento in diversi ambienti di vita, tra cui la cura personale, le responsabilità al lavoro, gestione del denaro, ricreazione, auto-gestione del comportamento, la scuola e organizzazione dei compiti del lavoro.</li> </ul> <p>Il funzionamento adattivo è influenzato dalla capacità intellettuale, dall'istruzione, dalla motivazione, dalla socializzazione, dalle caratteristiche di personalità, dalle opportunità professionali, dall'esperienza culturale, e dalle coesistenti condizioni mediche generali o disturbi mentali.</p> <p>Ai fini di un potenziamento delle capacità adattive è dunque fondamentale prevedere interventi integrati a carattere socio-sanitario in ambiti di vita quotidiani.</p> <p>A tale scopo si rende necessario intervenire tanto con azioni di sostegno e di inclusione tanto in età evolutiva quanto rispetto a soggetti adulti.</p> <p>Nel primo caso è necessario prevedere nel territorio regionale la realizzazione di un progetto condiviso tra la Direzione Regionale Scolastica, le Scuole secondarie di 1° grado e di 2° grado, l'U.O.S. a V.D. di NPI e Riabilitazione dell'età evolutiva, le Associazioni Sportive presenti sul territorio ai fini di predisporre percorsi che attraverso le attività sportive, possano garantire una maggiore inclusione.</p> <p>La scelta di effettuare il Progetto nella fascia pre e adolescenziale nasce dalla constatazione che in tale fase di sviluppo il processo identitario è più fragile, ed espone tutti i ragazzi a rischi che investono il versante psico-affettivo.</p> <p>La predisposizione di percorsi sportivi, che coinvolgano ragazzi con Disabilità Intellettiva e non, porta alla formazione di gruppi di pre-adolescenti o adolescenti. Il</p>
------------------------	--

	<p>gruppo rappresenta nella fase adolescenziale un momento di alta integrazione sociale, ma può divenire anche contesto a rischio, pertanto il contesto sportivo è luogo d'elezione per implementare corretti stili di relazione e comunicazione fra pari.</p> <p>Altrettanto importante è individuare azioni di inclusione lavorativa per soggetti adulti, che grazie all'impegno ed al coinvolgimento in attività pratiche avranno la possibilità di sviluppare le proprie capacità adattive e sentirsi coinvolti in gruppi di attività.</p>
<b>DESCRIZIONE</b>	<p><b>La metodologia è articolata in più fasi, sotto specificate:</b>  <b>VALUTAZIONE DIAGNOSTICA MULTIFUNZIONALE:</b>  la valutazione dovrà essere condotta secondo le più aggiornate metodologie e i più aggiornati strumenti valutativi, con utilizzazione degli strumenti metodologici mirata al singolo caso:</p> <p><b>a)</b> Valutazione delle funzioni adattive (Scala Vineland); è importante considerare il profilo evolutive delle singole competenze adattive;</p> <p><b>b)</b> Valutazione delle funzioni neuropsicologiche con batterie specifiche, da utilizzare in modo mirato a seconda del caso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- per le competenze percettive visuo-spaziali (Progressive Matrices di Raven 47 e 38) e visuo-motorie grafo-spaziali (test di Hilda Santucci e Bender Santucci, test di Frostig, Figura complessa di Rey);</li> <li>- per le abilità di memoria: uditiva (Span di cifre [digit span test], memoria di parole e di frasi [listening span test]) e visiva (test di Corsi, Figura complessa di Rey);</li> <li>- per le capacità di attenzione (prova delle Campanelle, MFCPR);</li> <li>- per abilità motorie e motorie-prassiche (Scala di Oseretzki; Movement ABC);</li> <li>- per la dominanza laterale: prove di Zazzo, di Oldfield;</li> <li>- per le capacità comunicative: valutazione del linguaggio, di Cianchetti e Sannio Fancello, Edizioni Erikson; prove di valutazione della comprensione linguistica, Rustioni, Metz, Lancaster;</li> <li>- per capacità di pianificazione (Labirinti di Porteus, Torre di Londra, Winsconsin Card Test);</li> </ul> <p><b>c)</b> Valutazione dell'organizzazione emotivo-relazionale:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- colloqui con i soggetti e i familiari, osservazione del comportamento;</li> <li>- Scale di valutazione per disturbi psicopatologici specifici: per inquadramento dei sintomi (Child Behaviour Check List, CBCL), per disturbo da deficit di attenzione e iperattività (SDAI e SDAG, Scala Conners), per depressione (Child Depression Inventory CDI di Kovacs per autosomministrazione).</li> </ul> <p><b>Valutazione pediatrica</b> mirata alla valutazione delle condizioni generali <b>Una fase successiva</b> è rivolta alla definizione di percorsi integrati tra Scuola- U.O.S. a V.D. di NPI e Riabilitazione dell'età evolutiva- Famiglie- Associazioni Sportive al fine di creare attività sportive che vedano la partecipazione condivisa fra ragazzi con Disabilità intellettiva e non.</p> <p>Il lavoro in gruppo rappresenta un utile approccio metodologico per i ragazzi perché possano confrontarsi con le singole difficoltà, attuando in modo cooperativo, le più efficaci e opportune strategie di compenso. Di conseguenza il ruolo dell'adulto diventa di guida e supervisione indiretta. Ciò rafforza il senso identitario e l'autostima dei singoli ragazzi, riducendo il rischio di insorgenza di disturbi psicopatologici secondari.</p> <p>Per quanto attiene agli interventi di inclusione di soggetti adulti si prevede di attivare percorsi di coinvolgimento in attività pratiche mirate alla implementazione delle capacità sociali ed adattative dei soggetti individuati.</p>
<b>OBIETTIVI</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. attivare percorsi integrati scuola-famiglia- servizio sanitario-associazioni sportive al fine di mettere in atto corretti stili di comunicazione e di relazione, evitando l'insorgenza di rischi psicopatologici secondari;</li> <li>2. attivare attività sportive in gruppo per promuovere un maggiore senso di</li> </ol>



	<p>efficacia individuale, una maggiore autonomia operativa, e il potenziamento delle abilità cognitive e adattive.</p> <p>3. definizione di un Protocollo d'Intesa fra MIUR, ASREM e Associazioni Sportive.</p> <p>4. Attivazione di percorsi operativi per l'inclusione sociale dei soggetti fragili.</p>
<b>TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)</b>	<p>12 mesi</p> <p>Sono previste due distinte azioni:</p> <p>La prima mirata ad un campione di soggetti in età evolutiva residenti in regione Molise, con individuazione delle Associazioni Sportive operanti nel territorio.</p> <p>Il secondo intervento coinvolgerà un campione di soggetti adulti con disagio mentale e difficoltà relazionale per attività pratiche di inserimento e con il coinvolgimento del mondo imprenditoriale regionale.</p> <p>Il progetto prevede una verifica a 6 mesi attraverso valutazioni degli esiti, attraverso strumenti appropriati.</p>
<b>INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• il numero di scuole e/o istituti coinvolti.</li> <li>• la appropriatezza del percorso di intervento integrato</li> <li>• implementazione delle attività sportive;</li> <li>• definizione e sottoscrizione del Protocollo d'Intesa fra MIUR, ASREM e Associazioni Sportive.</li> <li>• convenzioni con realtà imprenditoriali regionali.</li> </ul>
<b>RISULTATI ATTESI</b>	<p>La valutazione del progetto riguarderà la validità dei processi sull'impatto generale, costruendo una rete specifica fra i diversi operatori nel territorio regionale con il fine di promuovere e mantenere il più alto livello possibile della Qualità di vita del soggetto con Disabilità Intellettiva.</p> <p><b>Indicatori</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• il numero di soggetti coinvolti</li> <li>• la appropriatezza del percorso socio-sanitario integrato</li> <li>• Numero di attività attuate per i soggetti interessati.</li> </ul>

### PROSPETTO ECONOMICO DELL'INTERVENTO N. 3

<i>DESCRIZIONE</i>	<i>TOTALE IMPEGNO ECONOMICO PRESUMIBILE (IN EURO)</i>
<b><u>Attivazione percorsi di integrazione</u></b>	<b>€ 230.000,00</b>
Attivazione percorsi di integrazione	€230.000,00
<b><u>Missioni</u></b>	
Spese per missioni	
<b><u>Formazione</u></b>	<b>€ 15.000,00</b>
Percorsi formativi specifici - Organizzazione di incontri e corsi di formazione, seminari, campagne di informazione, divulgazione scientifica	€ 15.000,00
<b><u>Attrezzature e materiale di consumo</u></b>	<b>€ 30.000,00</b>
Apparecchiature e materiale di consumo	€ 30.000,00
<b><u>Altro specificare:</u></b> Pubblicazioni di opuscoli/brochure, report, articoli scientifici, materiali interattivi e multimediali e convegno.	<b>€ 5.000,00</b>
Altro specificare - Pubblicazioni di opuscoli/brochure, report, articoli scientifici, materiali interattivi e multimediali e convegno.	€ 5.000,00
<b>TOTALE</b>	<b>€ 280.000,00</b>

**INTERVENTO N.4 Attivazione di un Network regionale per la prevenzione droga e alcol correlati**

<p><b>CONTESTO</b></p>	<p>Negli ultimi anni il mondo delle tossicodipendenze ha conosciuto una massiccia diffusione di sostanze psicostimolanti (droghe sintetiche o “nuove droghe”) e nuove forme di assunzione di alcol, che ha prodotto una emergente e peculiare figura di consumatore.</p> <p>Dal punto di vista dell’uso tale fenomeno si estrinseca con l’assunzione (spesso congiunta) di alcool, cannabis, ecstasy e, in misura minore, cocaina, amfetamine, allucinogeni.</p> <p>La visione “pulita” e il carattere ricreazionale delle droghe hanno spinto al loro uso abituale giovani apparentemente “sani”, caratterizzati da una normale integrazione sociale, aprendo la grande strada del consumo che “non fa paura”.</p> <p>Pertanto al giorno d’oggi la droga non deve essere più solo identificata con l’eroina, su cui erano riversati i significati classici di pericolosità, disagio ed emarginazione, ma con un fenomeno più nascosto e altrettanto temibile su cui intervenire.</p> <p>Anche per l’assunzione di bevande alcoliche il fenomeno è in crescita in particolare negli adolescenti; ci sono nuove forme come il “binge drinking” consumo concentrato in un’unica occasione di bicchieri di bevande alcoliche.</p> <p>I fattori di rischio prioritari sono riferiti in particolare a danni psicologici correlati all’uso ed abuso di sostanze e di bevande. Essi sono variabili in relazione ad alcuni elementi: la dose e la frequenza d’uso, gli effetti a breve e lungo termine, le caratteristiche individuali e gli aspetti ambientali.</p> <p>Altro fattore di rischio è l’incidentalità stradale causata dall’uso di alcol e delle sostanze stupefacenti che oltre a mettere a rischio la persona stessa può danneggiare altre persone. L’alcol e l’uso di droghe è la causa prevalente negli incidenti stradali per una percentuale compresa tra il 30 e il 50 % ed è la prima causa di morte per i giovani in età compresa tra i 18 e i 24 anni.</p> <p>La possibilità effettiva di prevenzione, e nell’eventualità di controllo, può essere realizzata in varie forme, quali la frequenza all’uso, le informazioni sugli effetti a breve e lungo termine e agli aspetti ambientali dei luoghi informali o formali di aggregazione giovanile, gli eventi musicali e popolari, le discoteche, i pubs.</p> <p>Nel lavoro di strada importanti sono i modelli di intervento emersi nella pratica sul territorio a volte molto avanzata, che si sono evidenziati in questi anni recenti e sono tre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Il modello di riduzione del danno (bassa soglia);</li> <li>• Il modello dell’educativa di strada (operatore di strada);</li> <li>• Il modello dello sviluppo di comunità (promozione all’agio).</li> </ul> <p>Un quarto modello di intervento è la prevenzione all’incidentalità stradale con forme di controllo direttamente su strada quali alcol test e drug test.</p> <p>L’obiettivo primario dell’operatività di strada è la prevenzione.</p> <p>L’intervento svolto da più di un decennio dagli operatori di strada dell’Ambito Territoriale Sociale di Campobasso, nei Comuni appartenenti all’Ambito Territoriale Sociale di Campobasso è stato strutturato, in parte, sui modelli precedentemente descritti (escluso il primo in quanto non abbiamo una Unità Mobile attrezzata per la bassa soglia quali, il preservativo, le siringhe sterili),</p>
------------------------	--

	<p>al fine di realizzare un programma il cui obiettivo principale era di costruire contatti e conoscenza dei gruppi di aggregazione informale presenti sul territorio (in particolare la città di Campobasso), negli eventi estivi e nelle discoteche, ai quali veniva data una buona informazione e un'opera di prevenzione sui temi focali come le nuove droghe, l'alcool. I modelli di intervento attuati sono stati quello dell'educativa di strada (operatore di strada) e dello sviluppo della comunità (promozione all'agio) con pochi strumenti e mezzi in dotazione. In riferimento al quarto modello, con il Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri, dal 2011 al 2014 sono stati effettuati interventi notturni insieme alle forze dell'Ordine per il controllo dei conducenti sull'uso di sostanze stupefacenti in collaborazione con la ASREM Molise.</p> <p>Il fenomeno dell'uso di alcol e sostanze nella realtà molisana è abbastanza presente e sta coinvolgendo anche adolescenti al di sotto dei 12 anni. L'alcol è la sostanza più usata dalla popolazione giovanile. L'abuso dell'alcol si verifica prevalentemente nei fine settimana e durante le varie manifestazioni estive che si realizzano nei Comuni Molisani.</p> <p>Anche l'uso delle sostanze è presente nella nostra realtà in maniera rilevante; la sostanza più usata è il cannabinoide, mentre le altre sostanze quali eroina o cocaina sono usate ma in forma più contenuta.</p> <p>L'uso di queste sostanze e l'alcol è presente anche nella popolazione adulta. Nell'esperienza avuta con le Forze dell'ordine l'intervento notturno degli operatori della prevenzione ed il presidio ospedaliero a fianco delle stesse ha permesso che il controllo sul territorio è stato capillare e le Forze dell'ordine non hanno abbandonato il territorio per accompagnare i conducenti presso il presidio ospedaliero ma si sono avvalse del nostro servizio, continuando il controllo su strada.</p> <p>L'intervento congiunto tra forze dell'ordine e personale socio-sanitario ha dato esito positivo anche se devono essere perfezionate alcune funzioni per rendere più efficace l'intervento.</p>
<b>DESCRIZIONE</b>	<p><b>La metodologia è articolata in più fasi , sotto specificate :</b></p> <p><b>1) Diffusione del protocollo formando adeguatamente il personale</b></p> <p>Momento formativo dovrà prevedere la compartecipazione sia di esperti dell'ambito socio-sanitario che esperti di Polizia Giudiziaria</p> <p>Ciascuna parte dovrà sviluppare le tematiche di cui è competente: gli aspetti dei controlli clinico-tossicologici saranno trattati da medici; gli aspetti all'azione e coordinamento dal personale delle Forze dell'Ordine e da personale della procura della Repubblica; gli aspetti sociali e relazionali dal personale sociale ( sociologo).</p> <p>Il percorso formativo fornirà le informazioni necessarie per comprendere le norme relative ai conducenti che vengono fermati e sottoposti agli accertamenti, ciò che è previsto dal Codice di procedura Penale, ciò che può comportare l'uso/abuso di alcol e droghe.</p> <p><b>2) Incrementare il numero dei controlli sul territorio con accertamenti socio-sanitari clinico tossicologici</b></p> <p>L'attività di controllo su strada dovrà essere condotta da un gruppo interforze,</p>

	<p>costituito da agenti delle Forze dell'Ordine, da figure sanitarie e figure sociali competenti.</p> <p>Si creerà un tavolo di concertazione permanente per l'individuazione delle aree di intervento e la definizione degli aspetti organizzativi correlate.</p> <p><b>3) Creazione di un effetto deterrente sul territorio soggetto all'intervento mediante campagna di comunicazione sensibilizzazione.</b></p> <p>La campagna di comunicazione dovrà essere orientata da una parte alla diffusione di un messaggio deterrente e dall'altra nel dare risalto alla funzione sanitaria e sociale di prevenzione dell'intervento.</p> <p>Tutto il materiale che verrà elaborato e realizzato deve suscitare nel destinatario una reazione di tipo emotiva al fine di indurlo a non assumere comportamenti rischiosi alla guida.</p> <p>Il messaggio dovrà essere chiaro e semplice comprensibile dalla maggior parte delle persone.</p> <p><b>4) Incontri di sensibilizzazione nelle scuole primarie e secondarie</b></p> <p>Verranno contattate le scuole che vogliono aderire all'iniziativa e scelte le classi sia di scuola media inferiore che di scuola media superiore .</p> <p>In questo contesto gli alunni potranno, tramite l'utilizzo di strumenti operativi comprendere il significato dell'uso di sostanze stupefacenti ed alcol (<b>Percorso ebbrezza</b>).</p> <p><b>5) Monitorare l'andamento del fenomeno</b></p> <p>I dati relativi agli interventi notturni in collaborazione con le forze dell'ordine dovranno essere trasmessi alla Prefettura.</p>
<b>OBIETTIVI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informare sui pericoli connessi alla guida sotto gli effetti di alcool e nuove droghe organizzando manifestazioni, tavole rotonde e partecipando agli eventi musicali estivi, discoteche, pub e piazze; lo slogan è “ Divertimento Responsabile ”;</li> <li>- Informare sui servizi specializzati cui potersi rivolgere in caso di bisogno conseguente alle problematiche suddette;</li> <li>- Acquisire dal mondo giovanile richieste di iniziative da poter avviare per la promozione all'agio.</li> </ul> <p>Informare gli studenti delle scuole medie inferiori sui rischi dell'uso di sostanze ed alcol,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Presenza notturna, in particolare nei fine settimana, di una Unità Mobile socio sanitaria affiancata alle Forze dell'Ordine, per il controllo su strada di conducenti che possono aver assunto sostanze stupefacenti, permettendo un maggiore controllo delle forze dell'Ordine sulle strade e prevenendo l'incidentalità stradale causata dall'uso di alcol e droghe.</li> </ul> <p><b>Obiettivi specifici del progetto:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diffusione del protocollo mediante adeguata formazione del personale ;</li> <li>2. Incrementare il numero dei controlli sul territorio con accertamenti socio-sanitari clinico tossicologici;</li> </ol>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Creazione di un effetto deterrente sul territorio soggetto all'intervento mediante campagna di comunicazione e sensibilizzazione ;</li> <li>4. Incontri di sensibilizzazione nelle scuole primarie e secondarie;</li> <li>5. Monitorare l'andamento del fenomeno;</li> <li>6. Organizzazione di manifestazioni per sensibilizzare la popolazione;</li> <li>7. Operatività delle Unità di strada;</li> <li>8. Presenza davanti alle discoteche, discobar e nelle manifestazioni musicali</li> </ol>
<b>TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)</b>	<p>Il progetto prevede un periodo di uno/due anni con verifica semestrale.</p> <p><b>1. Fase Formativa</b> Formazione di un gruppo di lavoro interdisciplinare tra forze dell'Ordine, Unità Sanitaria, Servizio sociale di Prevenzione Droghe A.T.S. e Associazioni di Volontariato presso Prefettura o altra sede da definire. Periodo 2 settimane</p> <p><b>2. Fase Organizzativa</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Individuazione aree da sottoporre a controllo;</li> <li>▪ Individuazione servizi sanitari coinvolti;</li> <li>▪ individuazione dei Servizi Sociali e associazioni di volontariato coinvolti;</li> <li>▪ Individuazione Scuole;</li> <li>▪ Organizzazione di eventi e presidi di fronte ai luoghi di divertimento notturno.</li> </ul> <p>Periodo 8 settimane</p> <p><b>3. Fase Esecutiva</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Realizzazione controlli su strada</li> <li>▪ Presidi serali o notturni presso manifestazioni musicali e luoghi di divertimento notturno</li> <li>▪ eventi di sensibilizzazione.</li> <li>▪ Incontri con gli alunni delle scuole scelte.</li> </ul> <p>Periodo 6 mesi.</p> <p><b>4. Monitoraggio e raccolta dati</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Monitoraggio nel tempo dei dati raccolti durante i controlli.</li> </ul> <p>Diffusione dei dati raccolti.</p> <p><b>5. Interventi educativi correlati</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Organizzazione di corsi formativi nelle scuole</li> <li>• Diffusione materiale informativo</li> <li>• misurazione tasso alcolemico nei luoghi di divertimento notturno e manifestazioni musicali o eventi.</li> </ul> <p>Periodo 8 mesi. contestuale</p>
<b>INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)</b>	<p><b>1) Formazione del personale coinvolto</b> Effettuare n. 2 incontri per la formazione per personale coinvolto: operatori sociali e volontari, infermieri, medici, forze dell'ordine.</p>

	<p><b>2) Controlli sul territorio ed accertamenti socio sanitari</b> Numero posti di blocco, numero. di persone fermate, numero. di persone che accettano di sottoporsi al test, numero di alcolimetri utilizzati, numero di precursori acquistati per drug-test, numero di test di reattività acquistati.</p> <p><b>3) Effetti deterrenti sul territorio e campagne di comunicazione.</b> numero di mezzi di comunicazione coinvolti ( web, TV, radio e giornali locali), numero di incontri di sensibilizzazione ed informazione presso i Comuni prevalentemente nel periodo estivo partecipando a manifestazioni locali, dove verranno effettuate prove alcolemiche e percorsi ebbrezza.</p> <p><b>4) Incontri di sensibilizzazione nelle scuole primarie e secondarie.</b> numero di scuole coinvolte classi medie inferiori e superiori sul territorio regionale numero di materiale informativo diffuso.</p> <p><b>5) Organizzazione delle manifestazioni per sensibilizzare la popolazione</b> numero di incontri di sensibilizzazione ed informazione presso i Comuni prevalentemente nel periodo estivo partecipando a manifestazioni locali, dove verranno effettuate prove alcolemiche e percorsi ebbrezza.</p> <p><b>6) Presenza davanti a discoteche, discobar e manifestazioni musicali</b> numero presenze discoteche ed altri luoghi di divertimento.</p> <p><b>7) Monitoraggio andamento del fenomeno.</b> Riepilogo numero controlli su strada, numero di report trasmessi, numero di controlli nelle manifestazioni, discoteche e luoghi di divertimento, numero di incontri con le scuole, n di incontri con la popolazione.</p>
<b>RISULTATI ATTESI</b>	<p>La valutazione del progetto riguarderà gli esiti specifici dei singoli interventi e la validità dei processi sull'impatto generale, costruendo una rete specifica e interattiva fra gli operatori del territorio e gli altri servizi presenti sul territorio regionale.</p>



## PROSPETTO ECONOMICO DELL'INTERVENTO N. 4

<i>DESCRIZIONE</i>	<i>TOTALE IMPEGNO ECONOMICO PRESUMIBILE (IN EURO)</i>
<b><u>Personale</u></b>	
Personale a contratto	
<b><u>Missioni</u></b>	
Spese per missioni	
<b><u>Formazione</u></b>	<b>€ 10.000,00</b>
Percorsi formativi specifici - Organizzazione di incontri e corsi di formazione, seminari, campagne di informazione, divulgazione scientifica	€ 10.000,00
<b><u>Attrezzature e materiale di consumo</u></b>	<b>€ 40.000,00</b>
Apparecchiature e materiale di consumo	€ 40.000,00
<b><u>Altro specificare:</u></b> Pubblicazioni di opuscoli/brochure, report, articoli scientifici, materiali interattivi e multimediali e convegno.	<b>€ 10.000,00</b>
Altro specificare - Pubblicazioni di opuscoli/brochure, report, articoli scientifici, materiali interattivi e multimediali e convegno.	€ 10.000,00
<b>TOTALE</b>	<b>€ 60.000,00</b>

**INTERVENTO N.5 Programmazione orientata all'equità dei servizi territoriali al fine di assicurare un livello omogeneo di accessibilità alle prestazioni**

<p><b>CONTESTO</b></p>	<p>La necessità di aprire un ambulatorio destinato alle specifiche esigenze degli adolescenti scaturisce dalla crescente richiesta di visite e cure da parte della giovane utenza.</p> <p><b>Cisti ovariche, irregolarità mestruali e infezioni vulvo-vaginali</b> sono i motivi più comuni di richiesta di visita. <b>Le prime due</b> condizioni possono considerarsi prevalentemente frutto di anomalie nella regolare funzionalità ormonale, tipica dell'età. Soprattutto <b>le cisti ovariche</b>, di cui è aumentata la diagnosi grazie all'utilizzazione sempre più diffusa dell'ecografia, devono essere sempre valutate con particolare attenzione: solo una minima parte necessita, in questa fascia d'età, di un trattamento chirurgico, trattandosi di problemi funzionali che nel giro di breve tempo scompaiono spontaneamente. Ma <b>tutte e due</b> le condizioni sono <b>da tenere sotto controllo</b>, da monitorare, <b>perché nei grandi numeri</b> ci sono anche quelle che non derivano da un'eccessiva stimolazione ovarica.</p> <p>Con la comparsa dei flussi mestruali spesso compare una sintomatologia dolorosa importante (<b>Dismenorrea</b>) che spesso porta ad assenze mensili sia in ambito scolastico che lavorativo. Oggi con nuove metodiche strumentali si è potuto constatare che può essere dovuta <b>all'Endometriosi</b> la quale può portare anche all'Infertilità.</p> <p>Uno dei compiti più difficili è proprio quello di <b>essere tempestivi nella diagnosi</b>, ma anche sufficientemente <b>rassicuranti</b> con le famiglie e contemporaneamente <b>non diminuire la soglia di attenzione</b> in situazioni in cui spesso la sola attesa è sufficiente per la risoluzione del problema. Nota piuttosto preoccupante sono i <b>Disturbi del comportamento alimentare</b> che secondo gli ultimi lavori esordiscono in <b>età sempre più precoce (13-19 anni)</b> e sono la <b>Seconda causa di morte più comune in adolescenza dopo incidenti stradali</b>.</p> <p><b>Lo sviluppo corporeo con la maturazione sessuale</b> comporta l'inizio dei rapporti sessuali (<b>14-16 anni</b>) e questo porta alla necessità di parlare e consigliare non solo un <b>metodo contraccettivo idoneo</b> ma anche protettivo per evitare sia gravidanze indesiderate che <b>Malattie sessualmente Trasmesse (MST)</b>, tra queste non solo AIDS ed infezioni da HPV ma anche infezioni da <b>Chlamidia, Gonorrea, Sifilide</b>. Di queste si parla poco ma purtroppo sono aumentate notevolmente e a parte la sintomatologia e gli <b>esiti a breve termine</b> sono importanti gli <b>esiti tardivi</b> tra cui <b>l'Infiammazione pelvica cronica e l'infertilità</b>.</p>
<p><b>DESCRIZIONE</b></p>	<p><b>Il progetto consiste anche nel poter svolgere tale attività in una sede di facile e discreto accesso dove l'adolescente possa non incontrare persone adulte per sentirsi maggiormente a suo agio.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Offrire uno screening gratuito per malattie sessualmente trasmesse (Escludendo l'AIDS ed HPV test) a giovani donne e uomini tra i 15 e i 24 anni con test per Chlamidia su urine, di facile esecuzione, risposta in brevissimo tempo, costo contenuto ed un prelievo ematico per la sifilide</li> <li>2) Realizzazione di un registro Molisano delle Malattie sessualmente trasmesse per la realizzazione di uno Studio epidemiologico di queste.</li> <li>3) Ciò prevede l'attivazione di vie preferenziali con le strutture ospedaliere per l'espletamento di indagini strumentali, microbiologici ed ematochimici</li> <li>4) Utilizzo di un ecografo, computer con stampanti, materiale divulgativo.</li> <li>5) Due corsi annuali di aggiornamento per il personale coinvolto nel progetto, mirati alla conoscenza, aggiornamento in tema di diagnosi, terapia ed approccio con l'adolescente.</li> </ol> <p>Inoltre molto Importante è la collaborazione con i medici di base e delle strutture Ospedaliere mediante incontri programmati.</p> <p>6) Facilitare l'ingresso all'ambulatorio con Ticket "agevolato"</p>

<b>OBIETTIVI</b>	<p>Offrire un ambiente idoneo logistico di riferimento, e professionisti con competenze specifiche sia per problematiche sanitarie che psico-sociali per questa sfera d'età.</p> <p>Individuazione precoce di disfunzioni endocrine.</p> <p>Individuazione precoce di patologie ginecologiche.</p> <p>Prevenire e ridurre le complicanze correlate alle MST.</p> <p>Costituire un gruppo di professionisti per i Disturbi del comportamento alimentare di I-II livello.</p> <p>Un ginecologo dedicato</p> <p>Uno psichiatra</p> <p>Uno psicologo</p> <p>Un'ostetrica</p> <p>Un nutrizionista</p> <p>Un'assistente sociale</p> <p>Un operatore per gestione dati</p>
<b>TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)</b>	<p>Il progetto sarà attuato in un arco temporale di 12 mesi.</p> <p>Riunioni informative con medici di base e nelle scuole e Incontri Territorio – Ospedale ogni 3 mesi</p> <p>Individuazione delle figure mediche, psicologo, ass.sociale, nutrizionista, ostetrica, operatore gestione dati ( 1 mese )</p> <p>Report annuale</p>
<b>INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)</b>	<p>Numero di personale addetto al progetto.</p> <p>Numero ore lavorative nell'ambulatorio dedicato.</p> <p>Numero di donne fra i 15 e i 24 afferenti.</p> <p>Numero di test per Chlamydia e prelievi per Sifilide effettuati.</p> <p>Numero di patologie ginecologiche afferenti.</p> <p>Identificazione delle patologie ginecologiche afferenti .</p> <p>Numero utenti con disfunzioni endocrine.</p> <p>Numero utenti con endometriosi.</p> <p>Numero utenti che presentano DCA.</p>
<b>RISULTATI ATTESI</b>	<p>Dai dati raccolti si potrà evincere , per anno solare</p> <p>1) La prevalenza e l'incidenza nella popolazione adolescenziale molisana di alcune malattie sessualmente trasmesse, quindi individuazione sia utenza femminile che maschile.</p> <p>2) Quanti adolescenti presentano disturbi del comportamento alimentare</p> <p>3) Quanti adolescenti presentano disturbi della sfera ormonale ginecologica.</p> <p>4 ) Quantificare il numero di adolescenti con endometriosi.</p> <p>Realizzazione di un Centro giovani per la tutela della salute psico-fisica degli adolescenti permanente.</p>

## PROSPETTO ECONOMICO DELL'INTERVENTO N. 5

<i>DESCRIZIONE</i>	<i>TOTALE IMPEGNO ECONOMICO PRESUMIBILE (IN EURO)</i>
<b><u>Personale</u></b>	
Personale a contratto	
<b><u>Missioni</u></b>	
Spese per missioni	
<b><u>Formazione</u></b>	<b>€ 10.000,00</b>
Percorsi formativi specifici	€ 10.000,00
<b><u>Attrezzature e materiale di consumo</u></b>	<b>€ 20.000,00</b>
Acquisto materiale e attrezzature	€ 20.000,00
<b><u>Altro specificare:</u></b> Pubblicazioni di opuscoli/brochure, report, articoli scientifici, materiali interattivi e multimediali e convegno.	
Altro specificare Pubblicazioni di opuscoli/brochure, report, articoli scientifici, materiali interattivi e multimediali e convegno.	
<b>TOTALE</b>	<b>€ 30.000,00</b>

**INTERVENTO N.6 Riorganizzazione sanitaria e riequilibrio territoriale dell'offerta riabilitativa**

<p><b>CONTESTO</b></p>	<p>La necessità di garantire l'opportuna presa in carico del paziente non autosufficiente assume obiettivo prioritario nell'ambito della programmazione degli interventi sanitari in ambito regionale.</p> <p>Le persone non autosufficienti sono coloro che hanno subito la perdita permanente, totale o parziale, delle abilità fisiche, psichiche e sensoriali.</p> <p>In tale contesto un ruolo prioritario assume sicuramente la necessità di garantire idonea assistenza a pazienti in età evolutiva affetti da disabilità fisiche.</p> <p>A tal fine si rende necessario individuare percorsi dedicati che garantiscano la presenza di personale qualificato e soprattutto la possibilità di avere tempi di accesso ai percorsi medesimi celeri.</p> <p>Lo strumento prioritario di accesso al percorso è sicuramente da identificarsi nella Porta Unica di Accesso PUA che deve essere pertanto implementata nelle strutture Distrettuali territoriali.</p> <p>Grazie alla presa in carico del paziente mediante la PUA e, alla definizione del PAI da parte dell'Unità di valutazione multidimensionale è possibile garantire al paziente fragile in età evolutiva il <i>setting</i> assistenziale più appropriato rispetto al singolo paziente.</p>
<p><b>DESCRIZIONE</b></p>	<p>Il presente progetto nasce con lo specifico intento di assicurare la copertura riabilitativa su tutto il territorio regionale in modo da offrire agli utenti in età evolutiva, affetti da disabilità fisiche per esiti di paralisi cerebrale infantile e di traumi cranio-encefalici, per sindromi dismorfiche, per distrofie muscolari e neuromuscolari, per disabilità psico-mentali per danni encefalici stabilizzati o evolutivi, per malattia epilettica, per disturbi intellettivi sensoriali, per disturbi emozionali e di relazione e per disturbi della comunicazione, assistenza riabilitativa il più vicino possibile al proprio domicilio ed evitare migrazioni presso Centri extra-regionali</p> <p>Nell'attuazione della specifica progettualità ci si occuperà delle prime due fasi dell'età evolutiva, approfondendo l'arco temporale compreso tra la nascita ed i 18 anni di età. È questo il periodo che permette di osservare l'acquisizione, l'aggiustamento ed una relativa stabilità, delle caratteristiche fisiche e psichiche. Inoltre, conferendo l'accento prevalentemente sugli aspetti motori, si può ritenere la prima parte dell'età evolutiva quella più complessa, ma anche più delicata, sia per l'approccio di tipo fisico (su un soggetto che non ha piena maturità articolare ed organica generale), sia da un punto di vista psichico.</p> <p><b>PRESA IN CARICO:</b> SEDE: ambulatoriale distrettuale in locali dedicati, o, in caso di indisponibilità di spazi, mediante utilizzazione degli ambulatori di fisiatria degli ospedali ricadenti nell'ambito territoriale distrettuale.</p> <p><b>PERSONALE:</b> Logopedisti, psicomotricisti, terapisti cui verrà conferito incarico di collaborazione continuativa. Il coordinamento delle attività sarà a cura degli specialisti fisiatri o degli specialisti in neuropsichiatria infantile di struttura pubblica, operanti nel territorio di riferimento, individuati dal Direttore del DSB, i cui nominativi dovranno essere comunicati formalmente al Responsabile scientifico del progetto.</p> <p>Il numero di operatori necessari per trattare i pazienti che già sono stati presi in carico nelle precedenti esperienze progettuali può essere così determinato:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 5 fisioterapisti,</li> <li>• 6 logopedisti,</li> <li>• 3 neuro-psico-motricisti della età evolutiva.</li> </ul> <p><b>UTENZA PRESA IN CARICO:</b> soggetti in età evolutiva affetti da disabilità fisiche per esiti di paralisi cerebrale infantile e di traumi cranico-encefalici, per sindromi dismorfiche, per distrofie muscolari e neuromuscolari, per disabilità psico-mentali per danni encefalici stabilizzati o evolutivi, per malattia epilettica, per disturbi intellettivi settoriali, per disturbi</p>

	<p>emozionali e di relazione quando configurano rischio psico-patologico, per disturbi della comunicazione di origine centrale.</p> <p><b>PROCEDURA:</b></p> <p>-istanza di arruolamento da parte del genitore/esercente patria potestà del minore presentata alla PUA, con allegata impegnativa del medico curante (MMG-PLS) per visita specialistica del neuropsichiatra infantile o del fisiatra ( l'impegnativa va preventivamente registrata al CUP/PASS , con pagamento ticket come da normativa, con procedura IAUT . Sulla stessa va precisato “ progetto età evolutiva”)</p> <p>-trasmissione impegnativa allo specialista, che, con la collaborazione del personale dedicato al progetto, disporrà per la visita e per la redazione del programma terapeutico riabilitativo.</p> <p>Il programma terapeutico riabilitativo (PRI-Progetto Riabilitativo Individuale) dovrà definire la prognosi, gli interventi, i tempi, le modalità di erogazione degli interventi stessi le singole prestazioni, gli operatori coinvolti, l'indicazione del relativo impegno, la formulazione degli obiettivi, le modalità di verifica dei risultati, nonché le aspettative e le priorità del paziente.</p> <p>Il programma dovrà essere sottoscritto dal genitore e dovrà essere acquisito il consenso informato per i trattamenti da effettuare.</p> <p>-Lo specialista che redige il PRI dovrà predisporre le impegnative relative alle prestazioni da effettuare e consegnarle al genitore</p> <p>-Dopo la registrazione delle impegnative al CUP/Pass e pagamento ticket, se dovuto, il genitore dovrà consegnarle al personale dedicato all'ambulatorio progettuale che programmerà le diverse sedute per le prestazioni da effettuarsi</p> <p>-Nell'ambulatorio (se attivo in sede distrettuale) o nell'ambulatorio ospedaliero utilizzato dovrà essere tenuto dal personale dedicato apposito registro ambulatoriale riportante tutte le informazioni in ordine all'attività eseguita.</p> <p>-al termine del ciclo di prestazioni, l'operatore impegnato richiederà ai genitori la compilazione, non obbligatoria, di una scheda di valutazione della qualità erogata e percepita .</p>
<b>OBIETTIVI</b>	<p>Offrire un ambiente idoneo logistico di riferimento, e professionisti con competenze specifiche per lo svolgimento di trattamenti riabilitativi specifici per pazienti in età evolutiva .</p> <p>Individuazione di percorsi dedicati ai pazienti .</p> <p>Prevenire e ridurre i tempi di attesa .</p> <p>Costituire un gruppo di professionisti qualificati.</p>
<b>TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)</b>	<p>Il progetto sarà attuato in un arco temporale di 12 mesi.</p> <p>Individuazione delle figure mediche, di riferimento (entro 1 mese dall'avvio)</p> <p>Individuazioni delle sedi di riferimento (entro 2 mesi dall'avvio)</p> <p>Formazione del personale dedicato (entro 4 mesi dall'avvio)</p> <p>Attivazione del percorso per la presa in carico del paziente (entro 6 mesi dall'Avvio)</p>
<b>INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)</b>	<p>Numero di personale addetto al progetto.</p> <p>Numero ore lavorative nell'ambulatorio dedicato.</p> <p>Numero di pazienti presi in carico</p> <p>.</p>



Obiettivi di carattere prioritario anno 2017  
Allegato B – Linea progettuale n.5

<b>RISULTATI ATTESI</b>	<p>Attraverso i percorsi specificatamente attivati sarà possibile garantire l'idoneo trattamento dei pazienti in età evolutiva affetti da da disabilità fisiche per esiti di paralisi cerebrale infantile e di traumi cranio-encefalici, per sindromi dismorfiche, per distrofie muscolari e neuromuscolari, per disabilità psico-mentali per danni encefalici stabilizzati o evolutivi, per malattia epilettica, per disturbi intellettivi sensoriali, per disturbi emozionali e di relazione e per disturbi della comunicazione.</p> <p>Tali trattamenti saranno assicurati da personale qualificato, evitando lo spostamento verso centri extra regionali e soprattutto saranno garantiti congrui tempi di attesa.</p>
-----------------------------	---



## PROSPETTO ECONOMICO DELL'INTERVENTO N. 6

<i>DESCRIZIONE</i>	<i>TOTALE IMPEGNO ECONOMICO PRESUMIBILE (IN EURO)</i>
<b><u>Personale</u></b>	<b>€ 60.000,00</b>
Personale a contratto	€ 60.000,00
<b><u>Missioni</u></b>	
Spese per missioni	
<b><u>Formazione</u></b>	
Percorsi formativi specifici	
<b><u>Attrezzature e materiale di consumo</u></b>	<b>€ 40.000,00</b>
Acquisto materiale e attrezzature	€ 40.000,00
<b><u>Altro specificare:</u></b> Pubblicazioni di opuscoli/brochure, report, articoli scientifici, materiali interattivi e multimediali e convegno.	
Altro specificare Pubblicazioni di opuscoli/brochure, report, articoli scientifici, materiali interattivi e multimediali e convegno.	
<b>TOTALE</b>	<b>€ 100.000,00</b>

**INTERVENTO N.7 “QuotidianaMente” Percorsi volti alla presa in carico del paziente con disabilità intellettiva.**

<b>CONTESTO</b>	<p>La disabilità intellettiva è una condizione di salute irreversibile. Le cause possono essere di natura genetica o non genetica. Si parla di cause genetiche, qualora siano presenti anomalie in un singolo gene oppure anomalie strutturali dei cromosomi. Tra le cause genetiche maggiormente conosciute vi è ad esempio la sindrome di Down. Per poter pensare una buon sanità e un buon welfare innanzitutto la parola chiave deve essere coinvolgimento, partecipazione</p> <p>Si è cercato dunque di leggere la disabilità come risorsa per lo sviluppo di competenze relazionali, sociali, emotive, di supportare le azioni per accorciare le distanze tra disabilità e sapere teorico, valorizzare il singolo, individuare punti di incontro, cercare risposte mirate a bisogni educativi e formativi speciali.</p> <p>La Regione Molise prova a delineare linee d’indirizzo per la promozione e il miglioramento della qualità e dell’appropriatezza degli interventi sanitari, sociosanitari e sociali per le persone minori, adolescenti e adulte affette dai disturbi dello spettro autistico, disturbi del comportamento e disabilità intellettiva e relazionale anche individuando e declinando forme di collaborazione con i soggetti con cui costruire la rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario in sintonia con il Governo, le Regioni i Comuni e le ASL, per la promozione ed il miglioramento delle qualità e dell’appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore dei DSA e dei Disturbi pervasivi dello sviluppo (DPS disturbi del comportamento e disabilità intellettiva e relazionale), come riportato nella Conferenza Stato Regioni e Unificata del 22 novembre 2012 (Rep. Atti n.132 22/11/2012) e altresì con la “Linea guida sul trattamento dei disturbi dello spettro autistico nei bambini e negli adolescenti,” n.21 dell’anno 2016 elaborata dall’Istituto superiore di sanità.</p>
<b>DESCRIZIONE</b>	<p>La Regione Molise, individuando e declinando, nel rispetto del principio di sussidiarietà e della legislazione nazionale e regionale vigente, i compiti delle istituzioni e dei servizi regionali, nonché le forme di collaborazione con i soggetti con cui costruire la rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario in sintonia con il Governo, le Regioni i Comuni e le ASL, per la promozione ed il miglioramento delle qualità e dell’appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore dei DSA e dei Disturbi pervasivi dello sviluppo (DPS), legge regionale 16/2017 ha definito altresì specifiche linee d’indirizzo per la promozione e il miglioramento della qualità e dell’appropriatezza degli interventi sanitari, sociosanitari e sociali e, in particolare, definisce le forme, le modalità di accesso e di presa in carico, le metodologie degli interventi di diagnosi precoce, intensità della cura, l’abilitazione e la riabilitazione delle persone minori, adolescenti e adulte affette dai disturbi pervasivi dello sviluppo e degli interventi di sostegno alle loro famiglie.</p> <p>L’intervento de quo dunque si basa sull’approccio alla <i>Continuità Assistenziale</i> considerata come continuità di percorso (presa in carico) in cui si garantiscono continuità gestionale, continuità relazionale (Case manager, Caregiver) e continuità informativa (condivisione dei database dei pazienti tra tutti gli operatori della filiera assistenziale). Tutti i Percorsi si devono basare su network formali e informali presenti in tutte le organizzazioni sanitarie e sociali.</p> <p>Fondamentale sarà quindi avvalersi nel percorso di strumenti per la realtà virtuale, utili a simulare i vari scenari possibili, siano essi casa, una strada, un seggio elettorale.</p> <p>Un esercizio importante se si considera che la persona portatrice di disabilità</p>

	<p>deve essere avviata ad azioni di autonomia che vanno dal saper avere cura di se, a cucinare, a fare la spesa, o anche a votare da sola (la legge non prevede infatti, a meno di gravi limitazioni fisiche, che l'operazione di voto venga espletata con il supporto di un <i>caregiver</i>).</p> <p>Per questo motivo, attraverso la tecnologia della realtà virtuale sarà possibile simulare il comportamento in due scenari interattivi, uno preparato all'interno delle mura domestiche e l'altro in ambiente aperto. L'utente indossando un apposito visore sarà proiettato in uno spazio virtuale nel quale potrà muoversi ed essere guidato nell'eseguire le azioni nel modo corretto. L'interazione avverrà mediante uso di <i>device</i> che consentiranno di simulare l'uso delle mani e l'esecuzione di azioni che saranno state appositamente identificate per il raggiungimento degli obiettivi della sperimentazione.</p> <p>In ambiente domestico, l'utente potrà simulare il proprio spostamento da una stanza all'altra, ed in particolare in cucina sarà guidato a compiere le azioni corrette per la preparazione del pasto mediante utilizzo degli elettrodomestici</p> <p>Come ambiente all'aperto sarà realizzata la simulazione di un percorso per andare da casa al posto di lavoro o di studio (scuola o università), che preveda quindi la guida all'attraversamento stradale, il corretto riconoscimento di un semaforo, l'utilizzo di un mezzo di trasporto pubblico (salita e discesa con prenotazione della fermata)</p> <p>Ciò sarà possibile mediante l'utilizzo di strumenti tecnologici innovativi, che nascono per un utilizzo in ambito <i>entertainment</i> ma che sempre più si stanno rivelando utili per finalità educative e di supporto alla disabilità. Fra le tecnologie attualmente disponibili, possiamo citare la piattaforma HTC Vive, che consente all'utente di interagire nello spazio virtuale tramite un visore, delle telecamere a infrarossi e dei controller per gestire i movimenti manuali, e Samsung Gear VR, dove il visore viene integrato con uno smartphone. In particolare per il progetto di sperimentazione saranno previste quattro postazioni anche mobili.</p> <p>Lo scopo del progetto è, in conclusione, quello di incentivare forme sempre maggiori di autonomia che portino ad un atteggiamento di apertura di tutta la comunità. E' una progettualità innovativa che risponde ai bisogni educativi, con iniziative basate sul "fare", esaminando i bisogni quotidiani della persona con disabilità intellettiva come individuo, convinti che non è così difficile aiutare a rendere migliore la vita di un disabile mentale, basta rendergli il quotidiano più comodo e semplice.</p> <p>Da ultimo, includeremo anche un progetto di educazione civica: i dati raccolti rivelano che la maggior parte delle persone con disabilità intellettive - pur avendo diritto a esprimere il proprio voto - non si reca alle urne. Di fatto coloro che presentano una disabilità intellettiva non esercitano a pieno questo diritto per carenza di informazione ed educazione al voto, scarsa consapevolezza dei loro familiari, amici e operatori di riferimento. Mancano inoltre interventi per facilitare l'esercizio del diritto di voto da parte delle pubbliche istituzioni. Per questo il progetto QuotidianaMente verrà integrato con un percorso dedicato al voto consapevole, implementato con la creazione della piattaforma online "Quote Bianche": una piattaforma di e-learning gratuita (collegata a un'app per smartphone e tablet Android) su cui vengono organizzate lezioni virtuali di educazione civica e di diritto pubblico. L'obiettivo, come per le lezioni "in classe", è quello di tradurre i programmi politici in un linguaggio ad alta comprensibilità, seguendo le regole di <i>Easy Reading</i> condivise a livello internazionale e di avvicinare così i disabili all'esercizio dell'elettorato attivo.</p>
<b>OBIETTIVI</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. individuare adolescenti ed adulti con disturbi cognitivi sul territorio regionale</li> <li>2. attivare percorso di screening</li> <li>3. attivare percorsi formativi ed informativi al fine di mettere in atto modalità congrue nell'apprendimento della gestione delle sostanziali</li> </ol>

	<p>forme di autonomia e di indipendenza.</p> <p>4. attivare attività abilitative in gruppo e in chiave laboratoriale anche multimediale per promuovere l'autonomia operativa e il recupero delle difficoltà rilevate nel quotidiano</p>																		
<b>TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)</b>	<p>Il piano attività prevede a livello macro la seguente tempistica:</p> <table><tr><th>Attività</th><th>DA</th><th>A</th></tr><tr><td>Avvio del progetto</td><td>T<sub>0</sub></td><td>T<sub>0</sub></td></tr><tr><td>Definizione degli scenari reali da riprodurre in ambiente virtuale</td><td>T<sub>0</sub></td><td>T<sub>0</sub>+3 mesi</td></tr><tr><td>Realizzazione e messa a disposizione degli ambienti virtuali</td><td>T<sub>0</sub>+2 mesi</td><td>T<sub>0</sub>+6 mesi</td></tr><tr><td>Sperimentazione</td><td>T<sub>0</sub>+6 mesi</td><td>T<sub>0</sub>+12 mesi</td></tr><tr><td>Valutazione e conclusioni</td><td>T<sub>0</sub>+11 mesi</td><td>T<sub>0</sub>+12 mesi</td></tr></table>	Attività	DA	A	Avvio del progetto	T <sub>0</sub>	T <sub>0</sub>	Definizione degli scenari reali da riprodurre in ambiente virtuale	T <sub>0</sub>	T <sub>0</sub> +3 mesi	Realizzazione e messa a disposizione degli ambienti virtuali	T <sub>0</sub> +2 mesi	T <sub>0</sub> +6 mesi	Sperimentazione	T <sub>0</sub> +6 mesi	T <sub>0</sub> +12 mesi	Valutazione e conclusioni	T <sub>0</sub> +11 mesi	T <sub>0</sub> +12 mesi
Attività	DA	A																	
Avvio del progetto	T <sub>0</sub>	T <sub>0</sub>																	
Definizione degli scenari reali da riprodurre in ambiente virtuale	T <sub>0</sub>	T <sub>0</sub> +3 mesi																	
Realizzazione e messa a disposizione degli ambienti virtuali	T <sub>0</sub> +2 mesi	T <sub>0</sub> +6 mesi																	
Sperimentazione	T <sub>0</sub> +6 mesi	T <sub>0</sub> +12 mesi																	
Valutazione e conclusioni	T <sub>0</sub> +11 mesi	T <sub>0</sub> +12 mesi																	
<b>INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>il numero di persone coinvolte</li><li>la appropriatezza del percorso diagnostico confrontata con evidenze scientifiche attuali</li><li>Implementazione di un'attività laboratoriale multimediale</li></ul>																		
<b>RISULTATI ATTESI</b>	<p>La valutazione del progetto riguarderà gli esiti specifici dei singoli interventi e la validità dei processi sull'impatto generale:il golden standard dell'indicazione di buon esito generale sono la promozione e il mantenimento del più alto livello possibile della Qualità di vita del soggetto con disabilità nell'ambito dell'esercizio delle azioni quotidiane che lo portino ad un alto livello di gestione di vita indipendente e di consapevolezza civica.</p>																		

## PROSPETTO ECONOMICO DELL'INTERVENTO N. 7

<i>DESCRIZIONE</i>	<i>TOTALE IMPEGNO ECONOMICO PRESUMIBILE (IN EURO)</i>
<b><u>Personale</u></b>	
Personale a contratto	
<b><u>Missioni</u></b>	
Spese per missioni	
<b><u>Formazione</u></b>	
Percorsi formativi specifici	
<b><u>Attrezzature e materiale di consumo</u></b>	<b>€ 39.000,00</b>
Acquisto materiale di consumo	€ 39.000,00
<b><u>Altro specificare:</u></b> Pubblicazioni di opuscoli/brochure, report, articoli scientifici, materiali interattivi e multimediali e convegno.	<b>€ 10.000,00</b>
Altro specificare Pubblicazioni di opuscoli/brochure, report, articoli scientifici, materiali interattivi e multimediali e convegno.	€ 10.000,00
<b>TOTALE</b>	<b>€ 49.000,00</b>

<b>ASPETTI GENERALI DEL PROGETTO</b>	
REGIONE PROPONENTE	Regione Molise
PROVVEDIMENTO REGIONALE (DATA E NUMERO)	Decreto del Commissario ad Acta n. ___ del __/__/__
LINEA PROGETTUALE	<b>Linea progettuale n. 6- Reti Oncologiche</b>
TITOLO DELL'INTERVENTO N. 1	Progettazione e realizzazione della rete oncologica regionale
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi
SOGGETTI ATTUATORI	INTERVENTO N. 1: Regione Molise- Direzione Generale per la Salute

<b>ASPETTI FINANZIARI</b>	
COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	<b>€440.000,00</b>

<b>IL PROGETTO</b>	
<b>CONTESTO</b>	<p>Il cancro costituisce in tutti i paesi occidentali una delle due principali cause di mortalità, insieme alle malattie cardiovascolari.</p> <p>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.</p> <p>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>In tale contesto la Regione Molise con il DCA n. 25 dell'11.04.2017 ha recepito l'Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente il "Documento <i>tecnico di indirizzo per ridurre il burden del cancro – Anni 2014-2016</i>" (Rep. N. 144/CSR del 30 ottobre 2014) che detta linee di indirizzo specifiche alle regioni per la costruzione delle reti oncologiche. Le stesse devono basarsi, infatti, tra l'altro un approccio Multidisciplinare che assicuri l'integrazione tra le diverse professionalità nonché l'accessibilità a cure di qualità per tutti i pazienti residenti in una certa area geografica.</p> <p>La normativa di riferimento detta, dunque, specifici obiettivi che devono ispirare l'azione di programmazione e di gestione delle reti oncologiche ed in particolare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dare risposta ai bisogni del paziente;</li> <li>- Potenziare e strutturare le collaborazioni inter-istituzionali;</li> <li>- Ottimizzare gli investimenti in alta specializzazione;</li> <li>- Aumentare la capacità di fornire informazioni al paziente e ai suoi familiari;</li> <li>- Perseguire la sostenibilità istituzionale delle reti;</li> <li>- Perseguire la sostenibilità economica delle reti;</li> </ul>

	<p>La stessa normativa stabilisce le caratteristiche indispensabili perché si possa definire presente in una regione una rete oncologica prevedendo in particolare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la presenza di una autorità centrale regionale in grado di governare i collegamenti tra le diverse strutture, la pianificazione dell'uso delle risorse, la definizione e valutazione dei pazienti per le diverse patologie neoplastiche;</li> <li>- la diffusione nel territorio di centri di accesso alla rete oncologica in grado di prendere in carico il singolo caso assicurando la regia dell'intero percorso;</li> <li>- l'esistenza di un modello organizzativo che preveda l'integrazione multiprofessionale con la costituzione di gruppi tumore-specifici che adottano il modo condiviso percorsi di cura per tutti i professionisti impegnati;</li> <li>- l'individuazione delle strutture di riferimento per il trattamento dei diversi tumori in base alla loro incidenza/prevalenza epidemiologica, alla comprovata efficacia della numerosità dei casi trattati con appropriatezza, alla presenza delle necessarie tecnologie e all'expertise dei professionisti;</li> <li>- il coinvolgimento dei servizi territoriali per le azioni di promozione della salute/prevenzione, adesione agli screening, tempestività diagnostica, equità di accesso, integrazione dei percorsi di cura, programmazione del follow up, interventi riabilitativi e facilitanti il reinserimento sociale, cure palliative;</li> <li>- la partecipazione e corresponsabilizzazione dei distretti sanitari e dei medici di medicina generale;</li> <li>- la promozione di rapporti con i pazienti e le loro associazioni per una presenza attiva nei momenti delle scelte di programmazione e per una valutazione della qualità percepita;</li> <li>- l'informatizzazione che consenta a tutti i nodi della rete di accedere alle principali informazioni caratterizzanti la storia del paziente e assicuri attraverso un sistema dedicato di prenotazioni la regia dei diversi momenti del percorso;</li> <li>- la facilitazione della ricerca clinica con la semplificazione e condivisioni delle procedure e l'istituzione di un servizio di data-management con una piattaforma informatica unificata per la raccolta dei dati;</li> <li>- la nascita di infrastrutture di sistema quale il laboratorio per le indagini di patologia molecolare e la ricerca delle mutazioni genomiche con una piattaforma per la gestione di tali dati;</li> <li>- la previsione di progetti di comunicazione per presentare ai cittadini le opportunità fornite dalla rete e renderli in grado di decidere consapevolmente sui diversi aspetti del loro percorso di cura;</li> <li>- la definizione di un programma di formazione e aggiornamento per tutti gli operatori della rete su problemi clinici organizzativi relazionali;</li> <li>- la definizione degli indicatori di struttura, processo e risultato per ciascuno dei percorsi diagnostico terapeutico assistenziali previsti e audit periodici per l'adozione di eventuali provvedimenti correttivi.</li> </ul> <p>Il POS 2015-2018 recepito con il DCA n. 52/2016 nonché l'Atto aziendale dell'A.S.Re.M. recepito ed approvato dall'Amministrazione Regionale con il DCA n. 16/2017 adottano il modello organizzativo HUB&amp;Spoke nell'ambito dell'assetto complessivo dell'SSR.</p> <p>La rete oncologica, organizzata secondo il modello menzionato, prevede strutture di primo livello (SPOKE) collegate manageralmente a centri sopra ordinati di maggiore specializzazione diagnostica o terapeutica (HUB).</p> <p>La regione Molise sta procedendo in attuazione alle previsioni del POS 2015-2018 alla riorganizzazione della rete oncologica regionale con il coinvolgimento delle diverse strutture di riferimento. Con la Determinazione del Direttore Generale per la Salute n434</p>
--	--



	<p>del 31.10.2017 è stato istituito un gruppo di lavoro con la finalità di intervenire in tale ambito provvedendo, altresì, all’aggiornamento progressivo dei PDTA oncologici.</p> <p>. Nella programmazione della rete occorre quindi strutturare coordinamento 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 &amp; spoke, siano strettamente integrate</p> <p>In regione esistono competenze e figure professionali altamente qualificate, che offrono un servizio di qualità all’utenza.</p> <p>L’obiettivo della rete è assicurare che queste competenze svolgano un’azione coordinata e coerente, al fine di assicurare ai pazienti oncologici molisani, ovunque risiedano sul territorio regionale, prestazioni e cure efficaci ed eque.</p>
<b>DESCRIZIONE</b>	<p>Il presente progetto, in prosecuzione delle attività svolte nell’anno precedente, concorre, nel contesto della definizione della rete oncologica regionale, a garantire una maggiore efficacia della presa in carico del paziente nell’attuazione dei Percorsi diagnostico terapeutici che interesseranno lo stesso, secondo i criteri che il documento “Guida per la costituzione delle reti oncologiche” allegato all’Intesa Stato Regioni del 30 ottobre 2014, esplicitamente prevede.</p> <p>Nell’ambito della rete oncologica collaborano, tra gli altri, le UU.OO di Oncologia, di Medicina, di Chirurgia, di diagnostica per immagini, di radioterapia, di Medicina nucleare, di Anatomia patologica/genetica, cure palliative, terapia antalgica, l’ Hospice nonché l’ADI.</p> <p>Il sistema di assistenza del paziente oncologico è attuato, pertanto, mediante specifici percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali (PDTA) che assicurano il percorso del paziente dalla fase di diagnosi, a quella terapeutica e all’follow- up ed al trattamento di fine vita.</p> <p>In ragione della complessità della gestione delle fasi diagnostiche terapeutiche ed assistenziali connesse a tale tipologia risulta fondamentale offrire al paziente un riferimento univoco atto a facilitare tutte le fasi del percorso di cura, dalla gestione delle procedure amministrative, all’orientamento del paziente rispetto ai servizi sanitari e socio –sanitari presenti.</p> <p>A tale scopo il progetto è teso all’attivazione di una <b>“Porta Oncologico Regionale Territorio-Ospedale “P.O.R.T.O.”</b>, situata negli ospedali e nelle case della salute presenti nella regione. La stessa si configurerà come la struttura di riferimento del paziente oncologico nell’ambito della Rete Oncologica del Molise per la presa in carico dello stesso.</p> <p>La Presa in carico si traduce, infatti, in una modalità di <i>governance</i> di un processo assistenziale articolato ed integrato nei suoi diversi passaggi, ovvero una modalità di garantire al cittadino un insieme coordinato di interventi rivolti a soddisfare un bisogno complesso.</p> <p>La <b>Porta Oncologico Regionale Territorio-Ospedale “P.O.R.T.O.”</b> assolve quindi alle seguenti funzioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• accoglie il paziente, informandolo in merito ai servizi erogati, alle modalità di accesso e prenotazione;</li> <li>• effettua la diagnosi di malattia ed il relativo staging prendendo in carico il paziente e seguendolo per tutto il percorso;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• svolge attività di tipo amministrativo – gestionale lungo tutto il percorso diagnostico e terapeutico del paziente con erogazione diretta della esenzione ticket;</li> <li>• invia i pazienti alle strutture ospedaliere di riferimento individuate nell’ambito dei percorsi specifici previsti per singola patologia.</li> </ul> <p><b>La Porta Oncologico Regionale Territorio-Ospedale declina la propria mission nelle seguenti fasi del percorso di cura del paziente oncologico:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>accettazione:</b> nell’ambito di tale struttura si svolgono le procedure burocratico-amministrative volte ad ammettere gli utenti nei percorsi di cura;</li> <li>- <b>accoglienza:</b> si riferisce alla fase iniziale del percorso durante la quale vengono gettate le basi per la costruzione di una relazione con il paziente e con i suoi familiari. Rappresenta pertanto, il primo gradino per la presa in carico , fornendo le informazioni circa i servizi erogati nonché relativamente agli aspetti assistenziali, sociali, previdenziali e assicurativi.</li> <li>- <b>Presa in carico:</b> assicura la continuità assistenziale, in particolare guida l’orientamento del paziente all’interno della rete ospedaliera ed il passaggio da diversi livelli del sistema socio-sanitario (ospedale/domicilio; ospedale/residenza; MMG/specialista ecc..).</li> </ul> <p>Il Paziente potrà afferire alla P.O.R.T.O. attraverso le seguenti modalità:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- dal medico di Medicina Generale in presenza di forte sospetto di patologia oncologica, o con diagnosi oncologica già effettuata;</li> <li>- dal Pronto soccorso o da uno specialista del Presidio Ospedaliero, o di una sede territoriale, che durante l’attività ambulatoriale abbia il sospetto o la certezza di una diagnosi oncologica;</li> <li>- dal Medico di Medicina Generale o da altro specialista territoriale o ospedaliero che durante la sua attività sia venuto a conoscenza di paziente non più in corso di terapia attiva che necessita di essere inserito in un percorso di follow up o di sorveglianza attiva;</li> <li>- dal medico di medicina generale o da altro specialista territoriale o ospedaliero che durante la sua attività sia venuto a conoscenza di paziente che possa beneficiare dell’inserimento in un percorso riabilitativo o di prevenzione terziaria di recidive.</li> </ul> <p>Questo modello organizzativo si fonda, dunque, su un coordinamento a livello centrale della rete oncologica che permetta, nell’ambito del sistema integrato delle strutture della rete (territorio-ospedale), ai diversi professionisti di intervenire mediante una concreta collaborazione multidisciplinare e multidimensionale.</p> <p>Si rende, quindi, necessario implementare all’interno della struttura incaricata del coordinamento di rete di professionalità dedicate che, avvalendosi di uno sistema informativo specificatamente realizzato, abbiano la possibilità di assicurare correttamente la funzionalità della P.O.R.T.O.</p> <p>Le azioni programmate si basano quindi sulla progettazione ed implementazione di un sistema informativo di riferimento che consenta la raccolta delle informazioni e dei dati necessari all’operatività della P.O.R.T.O. come sopra definita; Individuazione di personale dedicato appositamente formato; Attività di divulgazioni rispetto ai servizi assicurati.</p>
<b>OBIETTIVI</b>	Il progetto in argomento ha come obiettivo la presa in carico del paziente oncologico garantendo a livello di sistema:

	<ul style="list-style-type: none"><li>- il superamento delle disomogeneità territoriali, a livello di servizi sanitari e prestazioni erogate;</li><li>- garantire il raggiungimento di standard di trattamento sempre più elevati;</li><li>- semplificare le fasi di accesso ai servizi, da parte del paziente, e lo sviluppo dei percorsi di diagnosi e di terapia;</li><li>- avvicinare i servizi al contesto di vita della persona bisognosa di cura anche con il supporto psicologico;</li><li>- individuare i percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali uniformi e coerenti.</li><li>- Soddisfare la domanda, anche sommersa, di protezione sanitaria della popolazione;</li><li>- Ottimizzare le risorse ospedaliere regionali.</li></ul> <p>Allo stesso tempo il coordinamento deve:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- assicurare l'integrazione di tutte le competenze cliniche consolidando le capacità d'integrazione professionale dei vari soggetti coinvolti nella gestione e dare a loro la possibilità di espletare la propria opera su tutto l'ambito regionale;</li><li>- garantire il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza attraverso il coinvolgimento dei professionisti nella valutazione dell'efficacia, della appropriatezza, della sicurezza e dell'equità e dell'efficienza dell'attività clinica</li><li>- l'integrazione tra le strutture oncologiche regionali in un sistema che coinvolgesse anche i medici di medicina generale,</li><li>- ottimizzare la qualità della vita in ogni fase della malattia, attraverso una meticolosa attenzione agli innumerevoli bisogni, fisici, funzionali, psicologici, spirituali e sociali del malato e della sua famiglia.</li><li>- Garantire la continuità di cura attraverso una gestione flessibile del malato e dei suoi bisogni, con appropriati obiettivi in ogni singola situazione attraverso la valutazione, pianificazione, coordinamento, monitoraggio,selezione delle opzioni e dei servizi. La figura dello specialista deve affiancare il MMG nella gestione delle criticità e nelle risposte ai bisogni che, di volta in volta, si presentano lungo il percorso di malattia nel paziente neoplastico.</li></ul> <p>Il progetto assicurerà, tra l'altro, l'integrazione fra i diversi livelli: promozione della salute, prevenzione, diagnosi e cura ospedaliera e territoriale, riabilitazione, assistenza psicologica e sociale, in modo che almeno l'85% dei pazienti oncologici segua il percorso integrato.</p>																																																																														
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	<table><tr><th>Azioni</th><th colspan="12">Mesi</th></tr><tr><td></td><td colspan="12"><div></div></td></tr><tr><td>Sezione 1.</td><td colspan="12"></td></tr><tr><td></td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td></tr><tr><td>Sviluppo ed implementazione di un sistema informativo per la funzionalità della PORTO e monitoraggio del corretto utilizzo di strumenti innovativi di diagnosi e cura</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 set di indicatori 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></table>	Azioni	Mesi													<div></div>												Sezione 1.														1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Sviluppo ed implementazione di un sistema informativo per la funzionalità della PORTO e monitoraggio del corretto utilizzo di strumenti innovativi di diagnosi e cura													Formulazione set di indicatori regionale												
Azioni	Mesi																																																																														
	<div></div>																																																																														
Sezione 1.																																																																															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12																																																																			
Sviluppo ed implementazione di un sistema informativo per la funzionalità della PORTO e monitoraggio del corretto utilizzo di strumenti innovativi di diagnosi e cura																																																																															
Formulazione set di indicatori regionale																																																																															

[illegible]

## PROSPETTO ECONOMICO DEL PROGETTO

<i>DESCRIZIONE</i>	<i>TOTALE IMPEGNO ECONOMICO PRESUMIBILE (IN EURO)</i>
<b><u>Personale</u></b>	<b>€ 400.000,00</b>
Personale a contratto	€ 400.000,00
<b><u>Missioni</u></b>	
Spese per missioni	
<b><u>Formazione</u></b>	<b>€ 10.000,00</b>
Percorsi formativi specifici - Organizzazione di incontri e corsi di formazione, seminari, campagne di informazione, divulgazione scientifica	€ 10.000,00
<b><u>Attrezzature e materiale di consumo</u></b>	<b>€ 15.000,00</b>
Apparecchiature e materiale di consumo	€ 15.000,00
<b><u>Altre spese:</u></b> (Pubblicazioni di opuscoli/brochure, report, articoli scientifici, materiali interattivi e multimediali e convegno).	<b>€ 15.000,00</b>
Altre spese ( Pubblicazioni di opuscoli/brochure, report, articoli scientifici, materiali interattivi e multimediali e convegno).	€ 15.000,00
<b>TOTALE</b>	<b>€ 440.000,00</b>