

1. Linea progettuale: Percorso diagnostico terapeutico condiviso e personalizzato per pazienti con multicronicità

SCHEMA PROGETTO	
-----------------	--

1	LINEA PROGETTUALE	1. Percorso diagnostico terapeutico condiviso e personalizzato per pazienti con multi cronicità.
	TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO	Intervento 1: Cure primarie e PDTA personalizzati per pazienti con multicronicità . Intervento 2: Inserimento lavorativo per la salute mentale. Intervento 3: Patologie organizzative - benessere psico – fisico dei lavoratori
	AREA DI INTERVENTO	Miglioramento dell'efficienza e dell'accessibilità delle cure.

2	REGIONE RESPONSABILE DEL PROGETTO		
	Regione Molise	<i>Cognome Nome Responsabile</i>	Direzione Generale per la Salute/ASREM
		<i>Ruolo e qualifica</i>	
		<i>Recapiti telefonici</i>	
		<i>e - mail</i>	dgsalute@regione.molise.it

INTERVENTO 1: CURE PRIMARIE E PDTA PERSONALIZZATI PER PAZIENTI CON MULTICRONICITÀ
--

3	RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO MODALITA' DI REPERIMENTO RISORSE		
	<i>Finanziamento</i>	<i>Riferimento (Delibera, atto ecc.)</i>	<i>Importo</i>
	Risorse vincolate degli obiettivi del PSN	Accordo Stato/Regioni n. 91/CSR del 6 giugno 2019 - Intesa n. 89/CSR del 6 giugno 2019 - Decreto del Commissario ad Acta n _____ del _____	€ 2.970.000,00
	Eventuali risorse regionali		

1. Linea progettuale: Percorso diagnostico terapeutico condiviso e personalizzato per pazienti con multicronicità

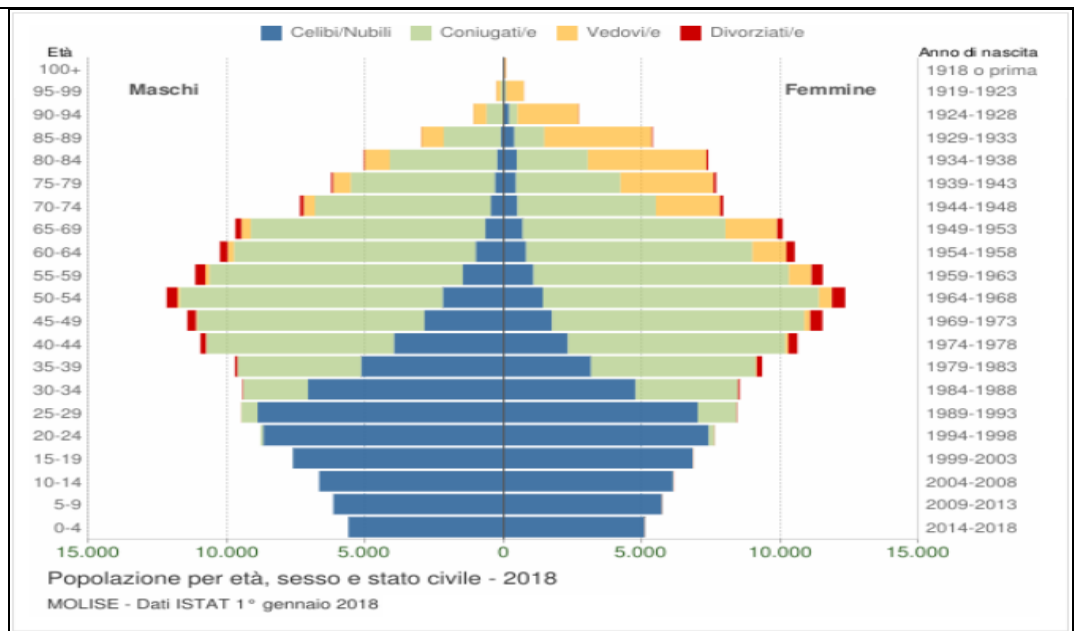
4	ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
	Tipologia di costi	Importo in euro	Note
	Costi per la formazione		
	Costi gestione progetto	€ 2.970.000,00	
	Costi		
	Costi		

5	RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
	RISORSE NECESSARIE	N. RISORSE	NOTE
	Disponibili	€ 2.970.000,00	
	Da acquisire		

1. Linea progettuale: Percorso diagnostico terapeutico condiviso e personalizzato per pazienti con multicronicità

<p>6 ANALISI DEL CONTESTO/ SCENARIO DI RIFERIMENTO</p> <p>Se pertinente, riportare dati epidemiologici, di attività, ecc.</p>	<p>I Percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA) sono interventi complessi basati sulle migliori evidenze scientifiche e caratterizzati dall'organizzazione del processo di assistenza per gruppi specifici di pazienti, attraverso il coordinamento e l'attuazione di attività consequenziali standardizzate da parte di un team multidisciplinare.</p> <p>I PDTA in sanità sono diventati strumento consolidato per il miglioramento della qualità e dell'efficienza delle cure, per la riduzione della variabilità nelle cure e per garantire cure appropriate al maggior numero di pazienti.</p> <p>Il servizio regionale ha messo in atto una serie di soluzioni strutturali, tecnologiche e organizzative necessarie al riorientamento delle cure primarie molisane, al fine di affrontare la domanda sempre più consistente e diversificata di servizi da parte di una popolazione che vive più a lungo e con bisogni assistenziali multipli.</p> <p>I PDTA, nella loro trasversalità applicata all'assistenza, possono essere considerati uno strumento di governance, perchè si costruiscono attraverso l'individuazione e la valorizzazione di tutti i componenti delle filiera assistenziale, indipendentemente dal loro posizionamento nel percorso, contrastando logiche di centralità di servizi e di professionisti, esaltando la multicentricità ed il valore dei contributi di ognuno. Una nuova prospettiva di valutazione multidimensionale e di outcome personalizzati, su cui il Sistema Sanitario regionale ha fortemente puntato.</p> <p>Il Piano nazionale della Cronicità (PNC) individua un primo elenco di patologie croniche identificate attraverso criteri quali la rilevanza epidemiologica, la gravità, l'invalidità, il peso assistenziale ed economico, la difficoltà di diagnosi e di accesso alle cure, e sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • malattie renali croniche e insufficienza renale; • malattie reumatiche croniche: artrite reumatoide e artriti croniche in età evolutiva; • malattie intestinali croniche: rettocolite ulcerosa e malattia di Crohn; • malattie cardiovascolari croniche: insufficienza cardiaca; • malattie neurodegenerative: malattia di Parkinson e parkinsonismi; • malattie respiratorie croniche: BPCO e insufficienza respiratoria; • insufficienza respiratoria in età evolutiva; • asma in età evolutiva; • malattie endocrine in età evolutiva; • malattie renali croniche in età evolutiva. <p>Il mondo della cronicità è un'area in progressiva crescita che comporta un notevole impegno di risorse, richiedendo continuità d'assistenza per periodi di lunga durata e una forte integrazione dei servizi sanitari con quelli sociali e richiedendo servizi residenziali, territoriali e domiciliari finora non sufficientemente disegnati e sviluppati nel nostro Paese.</p> <p>Il Piano nazionale della Cronicità è nato proprio dall'esigenza di armonizzare a livello nazionale, e conseguentemente a livello regionale e poi aziendale, le attività in questo campo, promuovendo interventi basati sull'unitarietà di approccio, centrati sulla persona ed orientati ad una migliore organizzazione dei servizi e una piena responsabilizzazione di tutti gli attori dell'assistenza, compatibilmente con la disponibilità delle risorse economiche, umane e strutturali.</p> <p>Quest'attività progettuale regionale, a valere sulle risorse vincolate agli obiettivi di piano sanitario nazionale anno 2018, contribuirà al miglioramento della tutela per le persone affette da malattie croniche, riducendone il peso sull'individuo, sulla sua famiglia e sul contesto sociale, migliorando la qualità di vita, rendendo più efficaci ed efficienti i servizi sanitari regionali in termini di prevenzione e assistenza e assicurando maggiore uniformità ed equità d'accesso ai cittadini molisani.</p> <p>In Molise, la quota di cittadini ultra 65enni rappresenta, infatti, il 24,23% della popolazione (308.493 nel 2018), quella degli ultra 75enni il 12,87% e quella degli ultra 85enni il 4,32%. È dunque tra le regioni italiane più anziane, in cui cioè vi è la più alta percentuale di over 65.</p>
--	--

1. Linea progettuale: Percorso diagnostico terapeutico condiviso e personalizzato per pazienti con multicronicità



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

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

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



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

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

1. Linea progettuale: Percorso diagnostico terapeutico condiviso e personalizzato per pazienti con multicronicità

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

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

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

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

Quest'azione ha consentito, e sta consentendo, di migliorare la qualità delle cure, affrontando il tema generale della limitatezza delle risorse attraverso una razionalizzazione dell'offerta.

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

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

Nelle forme di cronicità, specie le più avanzate, anche la medicina specialistico-tecnologica ha pochi strumenti, mentre una medicina basata sulla persona appare più adeguata ed esaustiva nei

1. Linea progettuale: Percorso diagnostico terapeutico condiviso e personalizzato per pazienti con multicronicità

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

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

In questo contesto, poi, l'ASReM sta puntando sulla riorganizzazione delle cure domiciliari secondo il modello dell'intensità di cura e della complessità, anche per favorire una migliore gestione delle cronicità e del paziente multicronico. L'obiettivo è il miglioramento della qualità di vita del paziente e l'umanizzazione del trattamento, in un ambiente familiare certamente più idoneo, in particolare per il paziente anziano.

La riorganizzazione si pone anche come alternativa all'ospedalizzazione inappropriata o al ricorso precoce alle strutture protette, e ha alla base l'idea di rendere integrati i PDTA riportati nella precedente tabella.

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

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

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

Anno 2015, Assistiti Molise PAI in ADI

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

Anno 2016, Assistiti Molise PAI in ADI

2017	CAMPOBASSO	ISERNIA	TERMOLI	TOTALE
------	------------	---------	---------	--------

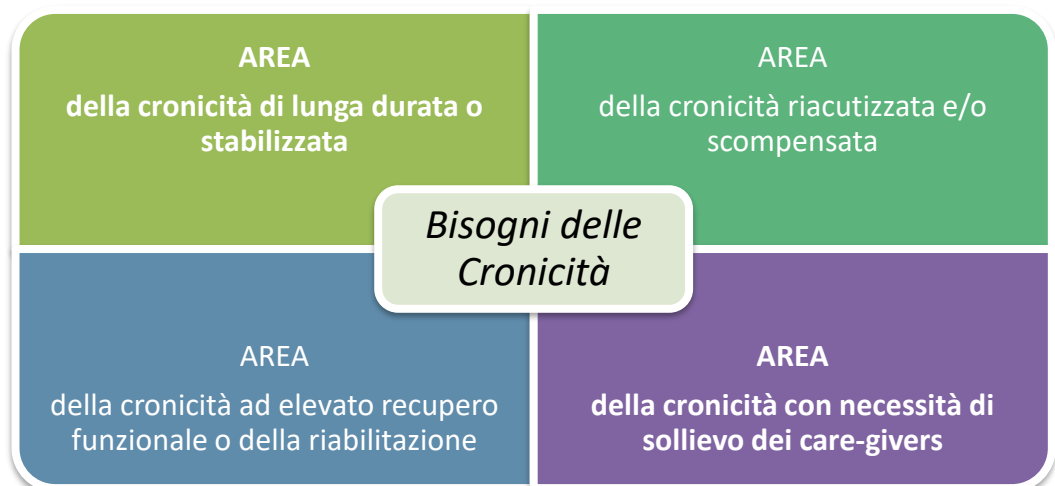
1. Linea progettuale: Percorso diagnostico terapeutico condiviso e personalizzato per pazienti con multicronicità

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

Anno 2017, Assistiti Molise PAI in ADI

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

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



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

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

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

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

1. Linea progettuale: Percorso diagnostico terapeutico condiviso e personalizzato per pazienti con multicronicità

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

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

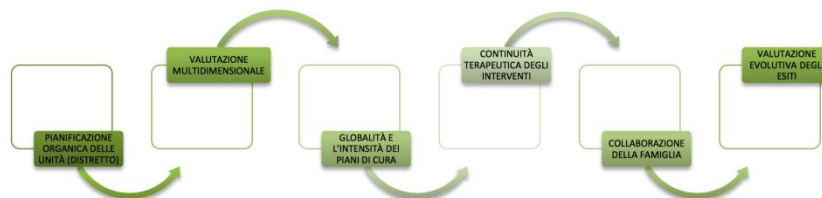
A tale scopo è necessaria un'azione complessiva sulla popolazione, in modo da superare le barriere fisiche, psicologiche e sociali che si oppongono ad un aumento dell'attività fisica negli anziani. Il presente, che può intendersi come sub progetto legato a quanto sin'ora riportato nella parte di contesto per i PDTA condivisi e personalizzati per pazienti con multi cronicità, mira anche attraverso la collaborazione di organismi istituzionali preposti, alla promozione e attuazione dell'attività fisica negli anziani. L'invecchiamento della popolazione si accompagna anche ad un aumento della prevalenza di malattie croniche e, quindi, ad aumento della spesa sanitaria. Specificatamente, in Molise la spesa procapite è tra le più alte in Italia, e conseguentemente anche la spesa farmaceutica aumenta significativamente. Quanto di tale incremento di spesa sia da ascrivere al fenomeno dell'invecchiamento popolazione è intuibile considerando che, a livello italiano, circa il 65% della spesa del Servizio Sanitario Nazionale ed il 70% della spesa farmaceutica è utilizzata per la cura e l'assistenza alle persone anziane. È noto come l'attività fisica svolga benefici effetti a carico di vari organi ed apparati, tanto da rappresentare uno dei cardini nella terapia e prevenzione di molte patologie quali l'ipertensione arteriosa, il diabete, l'obesità e l'osteoporosi. Di conseguenza, un intervento basato sulla promozione, a scopo preventivo, dell'attività fisica nella popolazione anziana non ospedalizzata avrebbe un effetto di riduzione del consumo di farmaci procapite e presidi per la disabilità, determinando una riduzione della spesa sanitaria regionale e un miglioramento della qualità di vita in termini di autonomia e di stato dell'umore (per i noti effetti dell'esercizio fisico sullo stato mentale) di tali soggetti. Un aspetto particolare in tale ambito è rappresentato da soggetti con sarcopenia (diminuzione della massa muscolare) ed obesità, nei confronti dei quali l'attività fisica rappresenta un intervento di prima scelta. Oltre questo si deve ricordare il comprovato effetto dell'attività fisica sulla prevenzione della demenza e di morbo di Alzheimer.

1. Linea progettuale: Percorso diagnostico terapeutico condiviso e personalizzato per pazienti con multicronicità

Per fare fronte alla trasformazione in atto della domanda assistenziale, da alcuni anni è in corso in Regione Molise un processo di riorganizzazione dei servizi di assistenza primaria attraverso il rafforzamento della presa in carico territoriale e domiciliare dei pazienti con patologie croniche, anche attraverso il potenziamento delle cure domiciliari, il completamento del percorso delle strutture territoriali punto di riferimento per l'accesso e l'erogazione delle cure intermedie (Case della Salute, Ospedali di Comunità).

La Regione Molise e l'ASReM, a tal fine, intendono ampliare ulteriormente l'offerta assistenziale per rispondere efficacemente ai bisogni di salute del cittadino, dando maggiore forza alle cure intermedie e a quelle domiciliari. L'architettura progettuale si pone come obiettivo quello di sviluppare, perciò, prestazioni ambulatoriali multi-specialistiche in modalità condivisa e multi-professionale, (medicina generale, assistenza infermieristica, specialistica, assistenza domiciliare) che possano rappresentare una riposta coordinata ed efficace alle richieste dei pazienti con multicronicità, anche al fine di ridurre il ricorso a esami diagnostici inappropriati e/o non pianificati.

Questa linea progettuale si pone quindi l'obiettivo di armonizzare le modalità organizzative della rete d'assistenza regionale in ambito extra-ospedaliero, attraverso cui sia realizzabile la soddisfazione dei bisogni del paziente, principalmente per i malati affetti da malattie croniche secondo quanto previsto dai PDTA regionali ed aziendali.



L'attivazione e l'implementazione del modello regionale rappresentano l'elemento strategico per la creazione di un setting multi-professionale nel quale condividere percorsi flessibili e personalizzati di presa in carico dei pazienti, grazie all'integrazione organizzativa con tutti gli attori della rete e alla disponibilità di nuove e più efficaci tecnologie (fascicolo sanitario elettronico, ad esempio).

Tale progettualità servirà, dunque, anche per dare completa attuazione ai PDTA sopra elencati, permettendo il superamento degli ostacoli strutturali che hanno rallentato sino ad ora la compiuta realizzazione dei Percorsi, anche per le malattie croniche.

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

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

Perciò, conciliabilmente con le condizioni cliniche, sanitarie, sociali ed abitative della persona, il Sistema Regionale molisano deve essere orientato a privilegiare le cure domiciliari, garantendo le prestazioni sanitarie necessarie ed attivando le risorse formali e informali per dare

1. Linea progettuale: Percorso diagnostico terapeutico condiviso e personalizzato per pazienti con multicronicità

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

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

Il percorso assistenziale già organizzato negli anni precedenti, prevede per il 2019 un'ulteriore fase di implementazione, che sia in grado di sviluppare la presa in carico globale e lo sviluppo di protocolli di cura condivisi. In particolare, le cure domiciliari sono una delle risposte più efficaci ai bisogni assistenziali delle persone anziane con malattie croniche e non autosufficienti, delle persone disabili in conseguenza di traumi o forme morbose acute o croniche, così come di pazienti che necessitano di trattamenti palliativi, purché tecnicamente trattabili a domicilio, e in generale, di tutti i pazienti in condizioni di fragilità per i quali l'allontanamento dall'abituale contesto di vita può aggravare la condizione patologica e destabilizzare l'equilibrio sia fisico sia psicologico con conseguenze spesso devastanti. Il setting assistenziale domiciliare, inoltre, è quello in cui è più agevole per l'equipe curante promuovere l'empowerment del paziente, migliorando la sua capacità self-management.

Richiamando poi quanto già accennato nella parte introduttiva, l'aderenza terapeutica investe inevitabilmente il grande tema della cronicità. La gestione della terapia è ancor più difficile quando la condizione è cronica e implica, quindi, una relazione costante con la malattia nel corso della vita del paziente cronico.

La popolazione anziana è quella più a rischio sotto il profilo dell'aderenza, specie in compresenza di più patologie. In considerazione dell'indice di vecchiaia regionale, è evidente che vi siano conseguenze sull'assistenza sanitaria anche a causa del numero elevato dei malati cronici. La priorità del Servizio Sanitario regionale deve perciò essere la presa in carico della cronicità e la gestione dell'adesione, anche dei malati cronici, alle prescrizioni/indicazioni sanitarie, per di più per l'impatto sulla sostenibilità economica.

L'aderenza alle terapie, quindi, gioca un ruolo rilevante per il Sistema Sanitario regionale e per la salute dei molisani, viste le tendenze di invecchiamento della popolazione, di aumento della cronicità e della quantità di risorse per la sanità.

Questa attività progettuale punta anche alla riorganizzazione delle attività dei MMG. Il rapporto di cura tra il medico di famiglia il paziente dovrà essere riconfigurato per raggiungere alcuni obiettivi strategici, corrispondenti spesso ad altrettante criticità assistenziali (aderenza agli stili di vita, aderenza alle terapie e al percorso di cura, raggiungimento dei target terapeutici, ecc.).

A queste priorità, poi, saranno abbinate attività di audit per la valutazione dell'efficacia dei PDTA, utili al miglioramento della qualità dell'assistenza. Gli audit misureranno l'efficacia e la sostenibilità dell'implementazione prevista da quest'attività progettuale nel contesto delle cure primarie attraverso l'impiego di strumenti d'identificazione e valutazione dei pazienti con bisogni sanitari multipli e/o complessi.

È prevista l'applicazione di metodologie statistiche - econometriche per la rilevazione di attività,

1. Linea progettuale: Percorso diagnostico terapeutico condiviso e personalizzato per pazienti con multicronicità

esiti e costi nel contesto dei percorsi assistenziali sopra descritti. Questo passaggio permetterà di definire un modello di valutazione clinico –

assistenziale ed economica dei percorsi, che tenga conto delle diverse fasi del processo, delle differenti strutture organizzative in cui si realizzano e degli esiti ottenuti. Gli indicatori verranno realizzati secondo quanto previsto dal Manuale operativo per la valutazione dei percorsi diagnostico-terapeutico assistenziali del Ministero della Salute (23 luglio 2018) “Nuovo sistema di garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza - Monitoraggio e valutazione dei percorsi diagnostico-terapeutico assistenziali (Metodologia per il calcolo degli indicatori presenti nell’Allegato 1 dello schema di Decreto interministeriale “Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria”).

Per consentire poi la diffusione capillare dei PDTA regionali ed aziendali, sarà realizzato uno spazio dedicato sul portale ASReM, necessario per favorire il Patient Engagement e per conferire importanza e visibilità al processo di cambiamento innescato dai PDTA nei percorsi di cura. Questo spazio dovrà raccogliere innanzitutto tutti i PDTA approvati dalla Regione Molise e dall’Azienda. Inoltre, all’interno di questo spazio saranno esplicitate tutte le informazioni utili, la documentazione necessaria ed i riferimenti sia per gli operatori che per i cittadini. A conclusione della valutazione descritta in precedenza, poi, verranno inseriti gli indicatori e gli esiti, anche per favorire un processo sistemico di accountability.

In sintesi, il modello d’integrazione multiprofessionale proposto ha la finalità strategica di attivare i nodi sensibili della rete assistenziale, favorendo una visione globale del paziente cronico tale da facilitare la pianificazione delle attività di presa in carico attraverso la costruzione di un Piano Assistenziale Individuale (PAI) insieme a tutti gli attori regionali, ed in particolar modo della Medicina Generale (Medici di medicina generale, Medici della continuità assistenziale e Medici in formazione), della Pediatria di Libera Scelta, in integrazione con la Specialistica ambulatoriale (convenzionata e dipendente), del Sistema della domiciliarità (Assistenza Domiciliare Integrata) e la residenzialità.

La comunicazione, poi, è l’asse fondante della gestione integrata delle cronicità e delle reti assistenziali, elemento indispensabile tra i diversi operatori, tra i vari servizi, tra i differenti livelli (territorio/ospedale), nonché fattore centrale del rapporto di fiducia del paziente e del suo processo di empowerment. Le nuove tecnologie disponibili contribuiranno a facilitare la comunicazione e a migliorare l’assistenza per le cronicità negli aspetti relativi all’efficacia e all’efficienza.

In conclusione, il Progetto si prefigge di delineare un sistema mirato a prevenire e gestire le cronicità, che garantisca la massima omogeneità possibile in termini di processi attivati e di risultati raggiunti.

Per quanto riguarda poi il sub progetto richiamato nella precedente sezione, è previsto lo svolgimento di attività motoria per gli anziani finalizzata alla prevenzione delle malattie croniche e al mantenimento dell’efficienza fisica nelle persone in età avanzata. Si prevede l’organizzazione di una serie di incontri con gli anziani per svolgere attività motoria una/due volte la settimana sotto la guida di esperti, laureati in scienze motorie, nonché medici designati, di concerto dall’ASREM e dal Comitato provinciale CONI di Campobasso.

Beneficiari dell’iniziativa saranno uomini e donne in terza età, nel numero massimo complessivo di 500 utenti.

1. Linea progettuale: Percorso diagnostico terapeutico condiviso e personalizzato per pazienti con multicronicità

CRONOPROGRAMMA IN FORMATO GRAFICO

7	DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO	Data inizio prevista	Data termine prevista	Possibile ulteriore proseguimento per anno successivo
		01/01/2019	31/12/2019	Si

8	OBIETTIVO GENERALE	Armonizzare le modalità organizzative della rete d'assistenza regionale in ambito extra-ospedaliero, attraverso cui sia realizzabile la soddisfazione dei bisogni del paziente, principalmente per i malati affetti da malattie croniche secondo quanto previsto dai PDTA regionali ed aziendali.
---	---------------------------	---

9	OBIETTIVI SPECIFICI	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Armonizzare le modalità organizzative della rete d'assistenza regionale in ambito extra-ospedaliero, ridefinendo ruoli, competenze, attività e risultati attesi di tutti gli attori in tutti i livelli assistenziali; ➤ completare e consolidare la ridefinizione della rete assistenziale regionale per le cronicità proseguendo nello sviluppo di un sistema uniforme su tutto il territorio molisano; ➤ rafforzare e consolidare la collaborazione tra Ospedale e Territorio per migliorare la continuità assistenziale tra le Strutture sanitarie responsabili del progetto terapeutico, le strutture socio-sanitarie territoriali, i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta; ➤ sviluppo di modelli organizzativi che favoriscano, per le patologie croniche, l'integrazione con le Cure primarie sia nella fase post-dimissione dall'ospedale sia nelle fasi di riacutizzazione clinica; ➤ implementare i PDTA su singole patologie o su gruppi di patologie, principalmente quelle croniche; ➤ implementare e consolidare percorsi personalizzati per le persone con malattie croniche, anche attraverso l'utilizzo del servizio di assistenza domiciliare; ➤ attivare contatti informativi e formativi per la condivisione ed il confronto con le figure assistenziali territoriali o specialistiche sulla base del piano assistenziale individuale; ➤ monitorare e valutare il funzionamento della rete e la diffusione e applicazione dei PDTA tramite audit e metodologie statistico-econometriche per la rilevazione di attività, esiti e costi nel contesto dei percorsi assistenziali, identificando anche le maggiori criticità riscontrate nell'implementazione dei PDTA regionali; ➤ potenziare e consolidare le procedure delle Porte Uniche d'Accesso e delle Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) in funzione della gestione delle multicronicità;
---	----------------------------	---

1. Linea progettuale: Percorso diagnostico terapeutico condiviso e personalizzato per pazienti con multicronicità

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ miglioramento della definizione del Piano di assistenza individuale e implementazione dei flussi informativi dedicati; ➤ sviluppo della capacità di autogestione (self care) nei pazienti cronici e multicronici; ➤ presa in carico pro-attiva all'emergere del bisogno del paziente cronico e multicronico; ➤ riduzione dell'ospedalizzazione del paziente cronico mediante miglioramento dell'appropriatezza del setting assistenziale e conseguente efficientamento del sistema delle cure; ➤ favorire percorsi di aderenza terapeutica nei percorsi di cura dei pazienti cronici; ➤ adottare interventi finalizzati alla diagnosi precoce delle patologie croniche e delle condizioni di rischio che le precedono tramite la rete delle strutture di prossimità territoriali regionali; ➤ favorire l'aumento percentuale della prevalenza dell'ADI a livello aziendale e distrettuale per i pazienti cronici; ➤ evitare, per il paziente cronico, il ricovero durante le fasi non acute e consentire la riduzione dei tempi di ospedalizzazione, favorendo il più possibile un'ideale permanenza dell'assistito presso il proprio domicilio; ➤ promuovere azioni atte ad utilizzare e ad ottimizzare le risorse territoriali, attuando interventi sociosanitari a domicilio (medico, infermieristico e sociale), garantendo il collegamento con strutture residenziali sanitarie e socio-assistenziali; ➤ favorire il Patient Engagement attraverso canali di comunicazione ed informazione specifici sui PDTA, anche promuovendo l'adozione di corretti stili di vita nella popolazione; ➤ dare il giusto grado di conoscibilità, attraverso la comunicazione e l'informazione, diffondendo i processi individuati all'interno dei PDTA regionali e aziendali, divulgando raccomandazioni e comunicazioni relative ai PDTA; ➤ promuovere campagne di educazione della popolazione molisana sulla salute, con focus sulle patologie croniche, incentivando e promuovendo l'health literacy; ➤ migliorare la qualità della vita del paziente cronico e multicronico e della sua famiglia; <p>Indicatori relativi al sub-progetto:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ promozione e sensibilizzazione dell'attività fisica nella popolazione anziana non ospedalizzata; ➤ aumento del numero di anziani che praticano attività fisica; ➤ monitoraggio dell'attività fisica negli anziani sul territorio.
--	--

1. Linea progettuale: Percorso diagnostico terapeutico condiviso e personalizzato per pazienti con multicronicità

10	RISULTATI ATTESI	
	A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati dal progetto	Il progetto ha la finalità strategica di attivare i nodi sensibili della rete assistenziale, favorendo una visione globale del paziente cronico tale da facilitare la pianificazione delle attività di presa in carico attraverso la costruzione di un Piano Assistenziale Individuale (PAI) insieme a tutti gli attori regionali, ed in particolar modo della Medicina Generale (Medici di medicina generale, Medici della continuità assistenziale e Medici in formazione), della Pediatria di Libera Scelta, in integrazione con la Specialistica ambulatoriale (convenzionata e dipendente), del Sistema della domiciliarità (Assistenza Domiciliare Integrata) e la residenzialità.
	A lungo periodo, a cui tendere, non direttamente raggiungibili al termine del progetto	Aumento dello stato di salute degli anziani; Cambiamento culturale nei confronti dell'attività fisica da parte di anziani e dei medici curanti; Prevenzione di patologie croniche e demenze; Rallentamento nell'incremento del consumo di farmaci.

11	PUNTI DI FORZA	
	<i>Indicare i punti di forza</i>	<i>Indicare le strategie/azioni per l'implementazione</i>
	Modello d'integrazione multi professionale che prevede il coinvolgimento di tutti gli attori regionali coinvolti nei percorsi di cura e costituzione di un Piano Assistenziale Individuale.	Utilizzo delle nuove tecnologie disponibili per facilitare la comunicazione tra i diversi operatori.

12	PUNTI DI DEBOLEZZA	
	<i>Indicare i punti di debolezza</i>	<i>Indicare le strategie/azioni per la riduzione</i>
	Necessità di riconfigurare il rapporto di cura tra medico e paziente per la piena aderenza alle terapie.	Audit per la valutazione dell'efficacia dei PDTA.

1. Linea progettuale: Percorso diagnostico terapeutico condiviso e personalizzato per pazienti con multicronicità

DIAGRAMMA DI GANT												
Descrizioni delle azioni relative a ogni fase	Mesi 12											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Inizio progetto	x											
Fase attuativa e di monitoraggio		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Conclusione progetto												x
Valutazione												x

13	DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO		Breve descrizione dei contenuti	Indicatori di verifica
	Fase	Azioni		
	1.	Ridefinizione della rete assistenziale e implementazione PDTA	Attività volte all'attivazione dei nodi assistenziali e alla costituzione di un Piano assistenziale individuale	Incremento della presa in carico dei pazienti con patologie croniche tramite strutture territoriali ASReM;
				aumento % presa in carico in ADI dei pazienti con patologie croniche;
				piena realizzazione dei PDTA regionali e aziendali, principalmente per quelli riferiti alle patologie croniche.
	2.	Sistema dei controlli	Audit ed applicazione di Metodologie statistico - econometriche	valutazione e controllo secondo PDTA del 100% dei pazienti interessati, affetti dalle patologie croniche;
				realizzazione degli indicatori, con pubblicazione e monitoraggio costante;
	3.	Massimizzazione dell'approccio al paziente multicronico	Implementazione attività di gestione	potenziamento attività PUA;
				potenziamento attività UVM;
				adesione alle linee guida dell'appropriatezza prescrittiva delle patologie croniche;
				gestione ottimale secondo linee guida dei pazienti cronici.

1. Linea progettuale: Percorso diagnostico terapeutico condiviso e personalizzato per pazienti con multicronicità

14	TRASFERIBILITA' Indicare a quale altra realtà il progetto o parte di esso può essere trasferito	
	Tipo di realtà nella quale può essere implementato il progetto	Progetto o parte del progetto che può essere trasferita
	Sistema Regionale molisano	

1. Linea progettuale: Percorso diagnostico terapeutico condiviso e personalizzato per pazienti con multicronicità

INTERVENTO 2: INSERIMENTO LAVORATIVO PER LA SALUTE MENTALE

3	RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO MODALITA' DI REPERIMENTO RISORSE		
	<i>Finanziamento</i>	<i>Riferimento (Delibera, atto ecc.)</i>	<i>Importo</i>
	○ Risorse vincolate degli obiettivi del PSN	Accordo Stato/Regioni n. 91/CSR del 6 giugno 2019 - Intesa n. 89/CSR del 6 giugno 2019 - Decreto del Commissario ad Acta n. _____ del _____	€320.000,00
	○ Eventuali risorse regionali		

4	ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
	<i>Tipologia di costi</i>	<i>Importo in euro</i>	<i>Note</i>
	○ Costi per la formazione		
	○ Costi gestione progetto	€320.000,00	
	○ Costi		

5	RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
	<i>RISORSE NECESSARIE</i>	<i>N. RISORSE</i>	<i>NOTE</i>
	○ Disponibili	€320.000,00	
	○ Da acquisire		

1. Linea progettuale: Percorso diagnostico terapeutico condiviso e personalizzato per pazienti con multicronicità

6	<p>ANALISI DEL CONTESTO/ SCENARIO DI RIFERIMENTO</p> <p>Se pertinente, riportare dati epidemiologici, di attività, ecc.</p>	<p>L'Organizzazione mondiale della sanità ha stimato che circa l'80% dei costi della sanità è assorbito dalla cronicità che rappresenta, quindi, il vero grande problema di tutti i Paesi industrializzati. Tale problematica è strettamente connessa alla crescita esponenziale della spesa sociale, legata non solo all'invecchiamento della popolazione, ma anche all'andamento del mercato del lavoro e ai provvedimenti sui sistemi pensionistici.</p> <p>Questa dimensione della cronicità mette a rischio il sistema di tutela statale del nostro Paese che non è adeguato al nuovo bisogno di salute della popolazione.</p> <p>Per rispondere a questa nuova esigenza di salute, il SSN ha posto le basi per un'appropriata ed equa gestione delle cronicità sviluppando il Piano Nazionale delle Cronicità il quale, tra l'altro, ha previsto i PDTA (Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali) come strumento per garantire l'appropriatezza ed efficacia dell'assistenza.</p> <p>Il grande limite dei PDTA, è legato al fatto che si trattano strumenti "disease-oriented" e, pertanto, non possono tenere in considerazione la presenza contemporanea di più patologie croniche per uno stesso paziente.</p> <p>Tale fenomeno, definito multicronicità, è associato alla riduzione della qualità della vita, al declino funzionale e all'aumento dell'impiego delle risorse sanitarie e, quindi, di costi a carico del SSN.</p> <p>La prevalenza della multicronicità aumenta con l'incremento dell'età dei pazienti, nonché in presenza di condizioni socio – sanitarie svantaggiate.</p> <p>Pertanto, lo strumento a cui si dovrebbe far riferimento è il Piano Assistenziale Individualizzato che tiene conto delle peculiarità cliniche e sociali di ogni paziente cronico.</p> <p>Tra i pazienti con multicronicità sono da considerare le Persone con Disturbo Mentale Grave, complesso e persistente come sancito dal Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale (PANSM) in Conferenza Stato-Regione.</p> <p>Tali pazienti, infatti, molto spesso presentano diversi e distinti disturbi psichiatrici concomitanti (ad esempio Schizofrenia associata a Depressione, a Disturbi di ansia o all'abuso e/o dipendenza da sostanze, spesso come condizioni a lungo termine) collegati a disturbi organici cronici simultaneamente presenti, quali ipertensione, sindromi diabetiche o di intolleranza ai carboidrati, compromissione del circolo cardio-polmonare per dipendenza grave da nicotina e compromissioni dello stato di salute generale, come ad esempio incuria dentale e obesità.</p> <p>Non è un caso se secondo le Linee-Guida "Multimorbidity: clinical assessment and management" del National Institute for Health and Care Excellence (NICE) il "Paziente con Multicronicità" viene definito con la seguente locuzione: "Multimorbidity refers to the presence of two or more long-term health conditions, which can include: defined physical and mental health conditions such as diabetes or schizophrenia".</p> <p>Nella pratica questi pazienti sono quelli che hanno la più bassa prevalenza di visite dal Medico di Medicina Generale e i trattamenti sono frammentari e di esclusivo "carico" dei Centri di Salute Mentale e/o delle famiglie.</p>
---	--	--

1. Linea progettuale: Percorso diagnostico terapeutico condiviso e personalizzato per pazienti con multicronicità

	<p>Per questa tipologia di persone risultano particolarmente valide ed indicate le politiche intersettoriali descritte nella Carta di Ottawa e di Lubiana e le politiche di integrazione socio-sanitaria per la consapevolezza che “il settore sanitario da solo non può fornire tutti i servizi necessari e non può rispondere a tutti i bisogni per la promozione della salute mentale e la prevenzione dei disturbi psichici” (Mental Health Policy Project, WHO 2001) e che i trattamenti psicofarmacologici, da soli, sono inefficaci per migliorare lo stato di salute complessivo e il progetto di vita della persona.</p> <p>Per quanto evidenziato, il Documento elaborato nella Conferenza Stato-Regione, conosciuto come PANSM, esplicita chiaramente che in salute mentale il concetto di LEA debba essere necessariamente definito “percorsi di presa in carico e di cura esigibili, e non come singole prestazioni, tenuto conto della particolare complessità, multifattorialità e necessità di trattamenti integrati per i disturbi psichiatrici maggiori, ma anche in relazione ai fattori di rischio biopsicosociale e agli interventi di riabilitazione ed inclusione sociale”.</p> <p>Per il PANSM uno dei principi guida da applicare è: “privilegiare la metodologia di “partire dal basso”, valorizzando le buone pratiche esistenti a livello locale, oltre che regionale, favorendo il confronto, l’accreditamento tra pari e le forme di collaborazione”.</p> <p>In conclusione, nel campo della salute mentale sono da privilegiare gli “interventi di riabilitazione e di inclusione sociale” privilegiando “la metodologia dal basso” e “valorizzando le buone pratiche esistenti a livello locale, oltre che regionale”.</p> <p>Tra le buone pratiche sperimentate a livello locale, quali interventi di riabilitazione e di inclusione sociale figurano gli interventi socio-terapeutico - riabilitativi attraverso le pratiche lavorative per favorire l’inserimento sociale e l’autonomia dal servizio possibile proprio per quel percorso di empowerment degli utenti.</p> <p>I risultati più eclatanti sono stati evidenziati con la metodologia del “mirror-study” e sono stati pubblicati nei Quaderni dell’ Osservatorio ISFOL (n. 4/2015) a cura di Veltro e Colavita.</p> <p>In questo studio il costo dei pacchetti di prestazione triennali per una coorte di 28 utenti, è stato di € 1.800.000,00 prima che fosse inserita nei progetti di inclusione sociale finalizzati all’inserimento lavorativo. I costi sono stati calcolati per i ricoveri ripetuti (11 pazienti), per i giorni trascorsi in strutture residenziali o comunità terapeutiche (6 pazienti), per centro diurno o semiresidenzialità equivalente (8 pazienti), per assegni di formazione (5 pazienti); ovviamente alcuni pazienti hanno usufruito di più servizi (ad esempio, SPDC + CD). Di questa coorte solo 8 su 28 avevano ricevuto interventi ambulatoriali senza altra tipologia di prestazione sanitaria.</p> <p>In esito ad opportuno monitoraggio intermedio e finale, è emerso che degli utenti inclusi nel Progetto di inserimento lavorativo di durata triennale sono stati ben 20 su 28 a ricevere solo interventi ambulatori e 3 sono risultati addirittura dimessi dal servizio. Solo 2 sono stati i pazienti ricoverati, 2 quelli in Strutture Residenziali ed 1 al centro diurno.</p> <p>La spesa complessiva per la coorte dei pazienti inseriti nelle attività progettuali, comprensiva delle spese relative al progetto, è stata di €</p>
--	---

1. Linea progettuale: Percorso diagnostico terapeutico condiviso e personalizzato per pazienti con multicronicità

		<p>638.000 (evidenziando tra il prima ed il dopo un risparmio di € 636.193,00).</p> <p>La proposta progettuale mira alla gestione delle multi cronicità relative ai disturbi mentali mediante la realizzazione di percorsi integrati socio-terapeutici riabilitativi finalizzati all'inserimento lavorativo dei beneficiari mediante il supporto di personale particolarmente qualificato.</p> <p>A tal fine, è fondamentale una stretta collaborazione tra i servizi di salute mentale distrettuali A.S.Re.M. (Campobasso, Isernia e Termoli) e le cooperative di tipo B che agiscono sul territorio per favorire l'inserimento degli utenti.</p> <p>Ai fini dell'individuazione dei soggetti beneficiari delle attività progettuali si terrà conto dei seguenti criteri.</p> <p>Criteri di Accessibilità:</p> <p>Presenza di un PTI (Progetto Terapeutico Individualizzato) elaborato dal Servizio di Salute Mentale e descritto in modo chiaro e dettagliato nel documento che disciplina lo svolgimento delle attività progettuali presso la cooperativa (indipendente dall'inserimento lavorativo).</p> <p>In aggiunta al PTI, nel documento viene segnalato anche l'obiettivo di inserimento lavorativo condiviso con l'utente e con i familiari;</p> <p>Motivazione esplicitata dell'utente;</p> <p>Adesione al Trattamento/Percorso di Cura;</p> <p>Sufficiente stabilizzazione dei sintomi.</p> <p>Criteri relativi ai Pazienti inseriti e da inserire:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Utenti Gravi e/o Gravosi in carico al Dipartimento di Salute Mentale; 2. età compresa tra i 18 e 55 anni; 3. verifica specifica di norme e specificità per gli utenti tra i 16 ai 18 anni; 4. povertà assoluta (assenza di reddito); 5. povertà relativa (reddito insufficiente); 6. condizione di disoccupato e/o inoccupato. <p>Strumenti e Metodi per rilevare informazioni utili per il processo di inserimento lavorativo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. valutazione della vulnerabilità correlata allo stress; 2. valutazione attraverso la "Scheda di Orientamento ai Percorsi Lavorativi". 3. valutazione del Funzionamento Personale e Sociale tramite la FPS
--	--	--

1. Linea progettuale: Percorso diagnostico terapeutico condiviso e personalizzato per pazienti con multicronicità

CRONOPROGRAMMA IN FORMATO GRAFICO

7	DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO	Data inizio prevista	Data termine prevista	Possibile ulteriore proseguimento per anno successivo
		01/01/2019	31/12/2019	In valutazione

8	OBIETTIVO GENERALE	Gestire le multicronicità inerenti ai disturbi mentali mediante la realizzazione di interventi socio-terapeutico - riabilitativi idonei a favorire l'inserimento sociale e l'autonomia dal servizio di persone affette da disturbi mentali attraverso pratiche lavorative.
----------	---------------------------	--

9	OBIETTIVI SPECIFICI	<p>➤ inserimento lavorativo di pazienti affetti da disturbi mentali presso cooperative di tipo B individuate dalla A.S.Re.M. – CSM al fine di favorire l'autonomia e l'inserimento sociale dei pazienti;</p> <p>➤ riduzione delle attività in carico al servizio di salute mentale.</p> <p>Indicatori per la valutazione degli obiettivi specifici</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tenuta lavorativa del paziente • Ricoveri ospedalieri • TSO • Numero di Visite ambulatoriali • Numero di episodi critici • Drops-Out • Valutazione del Funzionamento Sociale • Valutazione del Carico Familiare • Numero di gg trascorsi in attività produttive
----------	----------------------------	--

10	RISULTATI ATTESI	
	A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati dal progetto	Realizzare percorsi di inclusione sociale mediante l'inserimento lavorativo di persone affette da disturbi mentali.
	A lungo periodo, a cui tendere, non direttamente raggiungibili al termine del progetto	Realizzare uno strumento di gestione delle multi cronicità.

--	--

12	PUNTI DI DEBOLEZZA	
	<i>Indicare i punti di debolezza</i>	<i>Indicare le strategie/azioni per la riduzione</i>
	Necessità di regolamentare i ruoli degli attori	Protocolli Operativi tra UOC di Psichiatria e cooperativismo

[illegible]

1. Linea progettuale: Percorso diagnostico terapeutico condiviso e personalizzato per pazienti con multicronicità

	DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO			
	Fase	Azioni	Breve descrizione dei contenuti	Indicatori di verifica
13	1.	Creazione delle necessarie sinergie tra il servizio sanitario e l'ambiente della cooperazione sociale al fine di creare le condizioni ideali per l'inserimento del beneficiario del progetto nel mondo del lavoro.	La A.S.Re.M. – C.S.M. individua la cooperativa di tipo B per lo svolgimento delle attività progettuali. L'utente da inserire in questi percorsi viene segnalato dall'équipe di riferimento del Servizio di Salute Mentale zonale. Durante questa prima fase vengono trasferite le informazioni necessarie rispetto all'utente, il quale attraverso un primo colloquio ha la possibilità di presentarsi e di conoscere nella Cooperativa di tipo B partner le sue attività. Vengono definiti i giorni di frequentazione e il tipo di attività laboratoriale che preferisce effettuare e sulla base di ciò si procede alla stesura della parte specifica del Progetto Individuale organizzato dal Servizio ed effettuato dal personale che sarà selezionato ed addestrato per le finalità del progetto. Fondamentale è la collaborazione con le Associazioni di Utenti e Familiari.	•

1. Linea progettuale: Percorso diagnostico terapeutico condiviso e personalizzato per pazienti con multicronicità

	Attività propedeutiche ai tirocini formativi.	Le cooperative svolgono per conto della A.S.Re.M. - Centro di Salute Mentale un ruolo simile a quello di un Centro “virtuale” Socio - Lavorativo per gli aspetti di attività propedeutiche ai tirocini formativi e per le qualità riabilitative intrinseche. Viene così offerta al paziente non solo la possibilità di apprendere nuove tecniche ma anche e soprattutto una “palestra” dove potersi predisporre mentalmente al lavoro, nel pieno rispetto delle regole, dei tempi e degli spazi, tramite ovviamente del personale della riabilitazione addestrato ad hoc nei percorsi di “Place and Training”.	
2.	Svolgimento dei tirocini formativi.	La cooperativa sociale è chiamata a collaborare con il Centro di salute mentale della A.S.Re.M. che ha in carico i pazienti individuati come beneficiari dell'azione progettuali.. La cooperativa assume il doppio ruolo di impresa datrice di lavoro e di cooperativa di servizio chiamata a favorire l'inserimento lavorativo della persona nel mondo del lavoro collaborando per la formazione continua dell'utente.	<ul style="list-style-type: none"> • Tenuta lavorativa del paziente • Ricoveri ospedalieri • TSO • Numero di Visite ambulatoriali • Numero di episodi critici • Drops-Out • Valutazione del Funzionamento Sociale • Valutazione del Carico Familiare • Numero di gg trascorsi in attività produttive

14	TRASFERIBILITA' Indicare a quale altra realtà il progetto o parte di esso può essere trasferito	...istico terapeutico condiviso e personalizzato per pazienti con multicronicità	
	Tipo di realtà nella quale può essere implementato il progetto	Progetto o parte del progetto che può essere trasferita	
	Sistema Regionale Molisano	Da valutare	

1. Linea progettuale: Percorso diagnostico terapeutico condiviso e personalizzato per pazienti con multicronicità

INTERVENTO 3: PATOLOGIE ORGANIZZATIVE - BENESSERE PSICO – FISICO DEI LAVORATORI

3	RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO MODALITA' DI REPERIMENTO RISORSE		
	<i>Finanziamento</i>	<i>Riferimento (Delibera, atto ecc.)</i>	<i>Importo</i>
	○ Risorse vincolate degli obiettivi del PSN	Accordo Stato/Regioni n. 91/CSR del 6 giugno 2019 - Intesa n. 89/CSR del 6 giugno 2019 - Decreto del Commissario ad Acta n. _____ del _____	€ 20.000,00
	○ Eventuali risorse regionali		

4	ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
	<i>Tipologia di costi</i>	<i>Importo in euro</i>	<i>Note</i>
	○ Costi per la formazione		
	○ Costi gestione progetto	€ 20.000,00	
	○ Costi		

5	RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
	<i>RISORSE NECESSARIE</i>	<i>N. RISORSE</i>	<i>NOTE</i>
	○ Disponibili	€ 20.000,00	
	○ Da acquisire		

1. Linea progettuale: Percorso diagnostico terapeutico condiviso e personalizzato per pazienti con multicronicità

6	<p>ANALISI DEL CONTESTO/ SCENARIO DI RIFERIMENTO</p> <p>Se pertinente, riportare dati epidemiologici, di attività, ecc.</p>	<p>Stress, mobbing, burn-out, conflitti tra colleghi, ma anche problemi legati all'ansia ed attacchi di panico. Spesso il posto di lavoro è una trincea in cui i dipendenti combattano una guerra intestina per i motivi più vari: carriera, prestigio, soldi e la conquista della fiducia dei superiori.</p> <p>L'ambiente di lavoro, soprattutto nel caso di strutture pubbliche o private di notevoli dimensioni che si avvalgono di un numero significativo di risorse umane, sviluppa patologie organizzative che possono minare il benessere psico – fisico dei lavoratori ponendosi alla base di malattie psichiche o psicosomatiche che tendono a cronicizzare. A tali patologie, inoltre, si associano spesso problematiche di tipo organico sia primarie, in quanto sviluppate direttamente a causa di particolari condizioni ambientali (problemi muscolo scheletrici legati a posture scorrette, allergie slatentizzate da contesti privi dell'adeguata salubrità, frequenti problematiche bronco respiratore, associate o meno a stati febbrili, legate alla climatizzazione degli ambienti, etc.) sia secondaria, in quanto correlate alla condizione di sofferenza psicologica sviluppata sul lavoro.</p> <p>Il quadro delineato evidenzia come le problematiche lavoro correlate integrino a tutti gli effetti un quadro diagnostico di multicronicità.</p> <p>I rischi psicosociali rivestono oggi grande interesse, infatti, l'importanza di questi temi, testimoniata già da diversi anni da numerosi studi sui rischi ed evidenze scientifiche delle correlate patologie emergenti, è resa ancor più importante dalle novità normative introdotte sia a livello nazionale che europeo.</p> <p>La norma EN ISO 10075-1 introduce il problema dello stress, dello <i>strain</i> e della fatica mentale sul lavoro. È un ampliamento della norma di base ISO 6385:1981 <i>Ergonomic principles of the design of work systems</i>. Nel nostro Paese, il DLvo. 81/2008 contenente il Testo Unico sulla Sicurezza nei luoghi di lavoro, ha esteso la valutazione dei rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori anche a quelli collegati allo stress lavoro-correlato, secondo i contenuti dell'Accordo europeo dell'8 ottobre 2004 (art. 28). Questa modifica non è di poco conto, in quanto determina un cambiamento paradigmatico: la salute non è più concepita semplicemente come assenza di malattia ma, secondo un'accezione più ampia adottata dall'OMS già dal 1998, come benessere psico-fisico dell'individuo.</p> <p>Quanto all'evoluzione storica degli studi, si deve anzitutto ai contributi sviluppati oltreoceano già a partire dagli anni '30, grazie alla lunga ricerca condotta alla Western Electric di Hawthorne di Chicago da Fritz J. Roethlisberger e da E. Mayo, fondatore delle Human Relation, sulla relazione tra ambiente di lavoro e produttività dei lavoratori, a cui si deve la scoperta dell'importanza delle dimensioni psicosociali dei gruppi del lavoro (i risultati della ricerca condotta, evidenziano come l'atteggiamento nei confronti del lavoro, la possibilità di comunicare i propri sentimenti, di essere ascoltati, siano fondamentali ai fini della produttività e della crescita della motivazione nel lavoro.).</p> <p>Negli studi più recenti (Arcuri <i>et al.</i>, 2009), inoltre, si evidenzia come un ambiente di lavoro sano indispensabile ai fini non solo della salute dell'individuo ma anche dell'organizzazione.</p> <p>In tutte le evidenze scientifiche, si pone l'accento sui seguenti rischi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stress organizzativo • Costrittività organizzativa • Condizioni complesse (<i>mobbing</i>). <p>In particolare, quali cause di sofferenza psichica alla base di multi cronicità,</p>
---	--	---

1. Linea progettuale: Percorso diagnostico terapeutico condiviso e personalizzato per pazienti con multicronicità

	<p>vengono in rilievo le seguenti disfunzionalità organizzative:</p> <p>Stress da lavoro. Viene definito dal <i>National Institute of Occupational and Safety Health (NIOSH)</i> come un insieme di reazioni fisiche ed emotive dannose che si manifesta quando le richieste poste dal lavoro non sono commisurate alle capacità, risorse o esigenze del lavoratore; lo stress connesso col lavoro può influire negativamente sulle condizioni di salute e provocare persino infortuni (NIOSH, 1999).</p> <p>Mobbing. Con tale termine si intende una violenza psicologica e morale esercitata da una o più persone verso un singolo lavoratore. Esso è caratterizzato da un lungo, costante, incessante e duraturo processo di azioni vessatorie intenzionali di fronte alle quali la persona vessata non ha più alcun potere di difesa. È un'evidente condizione di patologia dell'ambiente organizzativo alla quale possono seguire disturbi per la salute.</p> <p>Sindrome del <i>Burn-out</i>. Condizione nella quale l'individuo adibito a determinate mansioni entra in uno stato di saturazione irreversibile, causata da eccessivo carico di lavoro, da mancanza di autonomia, da mansioni frustranti, che comporta l'insorgere di questa sindrome correlata da alienazione e distacco emotivo.</p> <p>In Italia, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, lo "stress da lavoro" colpisce circa 6 milioni di lavoratori su oltre 28 milioni. L'Oms ha inserito il burn-out nel suo grande elenco dei disturbi medici.</p> <p>più frequentemente le donne (3,2 milioni): 500 mila ha disturbi d'ansia, 230 mila soffre d'insonnia, 220 mila di depressione, mentre 2,2 milioni presentano disturbi transitori di ansia, irritabilità, facilità al pianto, deficit di concentrazione, disturbi del sonno. Lo stress è stato sempre più oggetto di ampia trattazione in ambito di relazioni industriali nazionali ed internazionali, al punto che è stato siglato un Accordo Internazionale al quale ha poi (dopo alcuni anni) fatto seguito in Italia la firma di un Accordo Interconfederale sullo stress mentre, a livello legislativo, gli ambiti di tutela vengono meglio precisati e definiti nel D.Lgs. n. 81/2008 proprio con la necessità di includere nella valutazione dei rischi da lavoro in azienda, le condizioni che potevano determinare situazioni di stress collegate.</p> <p>A livello nazionale, gli studi rilevano infatti che:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Circa 1 lavoratore su 4 dichiara di soffrire di Stress da Lavoro Correlato; - Il 40% delle imprese mostra interesse verso il fenomeno dello SLC; - I principali ostacoli nell'affrontare lo SLC risiedono per il 58% delle aziende nella «delicatezza della questione», per il 46% nella «mancanza di consapevolezza». <p>Lo stress da Lavoro Correlato è considerato:</p> <ul style="list-style-type: none"> • il secondo problema di salute più indicato dai lavoratori • il 50-60% delle giornate lavorative perse in un anno • interessa il 22% dei lavoratori in Europa • interessa il 27% dei lavoratori italiani • il costo economico dello stress legato all'attività lavorativa nell'UE è stato di circa 20 miliardi di euro <p>Gli effetti dello stress lavoro correlato sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assenteismo, • Turn Over, • Aumento costi assunzione personale, • Burn out, • Problemi disciplinari, • Errori/Infortuni,
--	---

1. Linea progettuale: Percorso diagnostico terapeutico condiviso e personalizzato per pazienti con multicronicità

	<ul style="list-style-type: none">• Produttività ridotta,• Maggiori spese mediche,• Danni immagine aziendale,• Processo decisionale inadeguato,• Patologie di possibile origine lavorativa secondo il DSM-IV (Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali- 4° edizione del 1994) sono:<ul style="list-style-type: none">• Disturbo di adattamento (sintomi depressivi con compromissione della funzionalità lavorativa, relazionale e sociale,• Disturbi ansiosi (tensione e nervosismo con sintomi più o meno accentuati quali palpitazioni cardiache, tremore nausea, vertigini, cefalea, spasmi addominali e sudorazione fredda),• Disturbo post-traumatico da stress (insonnia, irritabilità, ansia, aggressività e tensione conseguente a specifici eventi traumatici),• Disturbo misto ansioso-depressivo (facile affaticabilità, disturbi del sonno, riduzione di energia, eccessiva preoccupazione e pianto).
--	---

1. Linea progettuale: Percorso diagnostico terapeutico condiviso e personalizzato per pazienti con multicronicità

CRONOPROGRAMMA IN FORMATO GRAFICO

7	DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO	Data inizio prevista	Data termine prevista	Possibile ulteriore proseguimento per anno successivo
		01/01/2019	31/12/2019	In valutazione

8	OBIETTIVO GENERALE	Offrire ai lavoratori il supporto psicologico necessario a gestire le problematiche psicosociali lavoro – correlate quali condizioni multicroniche .
----------	---------------------------	--

9	OBIETTIVI SPECIFICI	<ul style="list-style-type: none"> • Migliorare la salute fisica e psicosociale dei lavoratori; • Ridurre i costi legati all'assenteismo ed alla bassa produttività generati dalla sofferenza psichica lavoro – correlata; • Ridurre i tassi di incidenza degli errori.
----------	----------------------------	--

10	RISULTATI ATTESI	
	A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati dal progetto	Migliorare della salute fisica e psichica dei lavoratori.
	A lungo periodo, a cui tendere, non direttamente raggiungibili al termine del progetto	Realizzare uno strumento di gestione delle multi cronicità lavoro – correlate con beneficio diretto per i lavoratori e mediato per l'ente attuatore.

11	PUNTI DI FORZA	
	<i>Indicare i punti di forza</i>	<i>Indicare le strategie/azioni per l'implementazione</i>
	Servizio interno all'Ente, senza costi per gli utenti beneficiari	Azioni in grado di favorire la cultura del benessere lavorativo collegato alla gestione della problematica.

1. Linea progettuale: Percorso diagnostico terapeutico condiviso e personalizzato per pazienti con multicronicità

12	PUNTI DI DEBOLEZZA	
	<i>Indicare i punti di debolezza</i>	<i>Indicare le strategie/azioni per la riduzione</i>
	Necessità di far conoscere il servizio agli utenti.	Comunicazione adeguata alla diffusione del servizio.

DIAGRAMMA DI GANT												
Descrizioni delle azioni relative a ogni fase	Mesi 12											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Avviso Pubblico per la selezione dello specialista	x	x										
Attivazione strumentalità Per la funzionalità del servizio			x									
Attivazione del servizio			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Percorso terapeutico			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Rilevazione indicatori			x			x						x

13	DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO		Breve descrizione dei contenuti	Indicatori di verifica
	Fase	Azioni		
	1.	<i>Presentazione</i>	È previsto un incontro preliminare per presentare il progetto. Qualora non fosse possibile per cause logistiche ed organizzative, si opererà nella divulgazione del servizio tramite materiale informativo cartaceo.	Numero di partecipanti all'incontro

1. Linea progettuale: Percorso diagnostico terapeutico condiviso e personalizzato per pazienti con multicronicità

2.	Erogazione	<p>L'azienda offre l'opportunità ai propri dipendenti, come descritto nella fase 1. Verrà quindi attivato un numero telefonico e un indirizzo mail attraverso il quale effettuare la prenotazione. Il dipendente verrà ricontattato per definire la data del primo appuntamento. La riservatezza è il fondamento del programma dello sportello psicologico nelle aziende: per questo nel rispetto della privacy il dipendente prenderà personalmente un appuntamento con il professionista.</p>	<p>Numero di contatti</p>
3.	Restituzione	<p>Gli incontri, protetti dal segreto professionale, garantiscono la privacy degli utenti (legge n.675 del 31/12/1996). In ottemperanza della normativa, lo psicologo al termine del progetto o annualmente, presenterà al committente (Azienda) i risultati del servizio in termini statistici, di frequenza e quantità di accessi e di popolarità dei contenuti delle richieste.</p> <p>L'intervento si concretizza in una serie di colloqui <i>ad hoc</i>, per trattare reazioni specifiche ad eventi traumatici.</p> <p>Facilitare il superamento di eventuali situazioni problematiche, attraverso un approccio appositamente strutturato, agevola, infatti, una piena ripresa della quotidianità, sia sul piano personale che su quello professionale, con un beneficio sia per il singolo, in termini di autostima, che per l'Ente in termini di recupero della produttività.</p>	<p>Numero di utenti presi in carico</p>

1. Linea progettuale: Percorso diagnostico terapeutico condiviso e personalizzato per pazienti con multicronicità

14	TRASFERIBILITA' Indicare a quale altra realtà il progetto o parte di esso può essere trasferito	
	Tipo di realtà nella quale può essere implementato il progetto	Progetto o parte del progetto che può essere trasferita
	Regione Molise	Da valutare

2. Linea progettuale: Promozione dell'equità in ambito sanitario

SCHEDA PROGETTO	
-----------------	--

1	LINEA PROGETTUALE	2. Promozione dell'equità in ambito sanitario
	TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO	Intervento 1: Promozione dell'equità in ambito sanitario; Intervento 2: Programmare l'anticipo perché "Nessuno sia lasciato indietro"; Intervento 3: Corso OMS - UNICEF <i>Allattamento al seno per operatori della salute</i> ; Intervento 4: Intervento per la promozione della salute mentale nelle scuole superiori di primo grado, Intervento 5: Corso di formazione "Essere Caregiver" dedicato a tutte le persone che si occupano di un malato di Alzheimer: Familiari, badanti, OSS., infermieri, assistenti domiciliari, animatori; Intervento 6: Proseguire il....Dopo di noi; Intervento 7: Gestire l'Alzheimer. Progetto sperimentale di gestione coordinata e integrata.
	AREA DI INTERVENTO	Miglioramento condizioni sanitarie in gruppi vulnerabili

2	REGIONE RESPONSABILE DEL PROGETTO		
	Regione Molise	<i>Cognome Nome Responsabile</i>	Direzione Generale per la Salute/ASREM
		<i>Ruolo e qualifica</i>	
		<i>Recapiti telefonici</i>	
		<i>e - mail</i>	dgsalute@regione.molise.it

INTERVENTO 1: PROMOZIONE DELL'EQUITÀ IN AMBITO SANITARIO
--

3	RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO MODALITA' DI REPERIMENTO RISORSE		
	<i>Finanziamento</i>	<i>Riferimento (Delibera, atto ecc.)</i>	<i>Importo</i>
	○ Risorse vincolate degli obiettivi del PSN	Accordo Stato/regioni n. 91/CSR del 6 giugno 2019 - Intesa n. 89/CSR del 6 giugno 2019 - Decreto del Commissario ad Acta n. _____ del _____	€150.000,00
	○ Eventuali risorse regionali		

2. Linea progettuale: Promozione dell'equità in ambito sanitario

4	ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
	<i>Tipologia di costi</i>	<i>Importo in euro</i>	<i>Note</i>
	○ Costi per la formazione		
	○ Costi gestione progetto	€150.000,00	
	○ Costi		
	○ Costi		

5	RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
	<i>RISORSE NECESSARIE</i>	<i>N. RISORSE</i>	<i>NOTE</i>
	○ Disponibili	€150.000,00	
	○ Da acquisire		

2. Linea progettuale: Promozione dell'equità in ambito sanitario

6	<p>ANALISI DEL CONTESTO/ SCENARIO DI RIFERIMENTO</p> <p>Se pertinente, riportare dati epidemiologici, di attività, ecc.</p>	<p>Nell'ottica di promuovere e rafforzare l'accesso universale ai Servizi regionali, soprattutto per favorire lo sviluppo nella fascia pediatrica, anche nel pieno rispetto degli impegni assunti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità che ha previsto di accordare particolare attenzione, nelle politiche pubbliche e nei servizi sanitari, alle questioni relative allo sviluppo nella prima infanzia, la Regione Molise vuole promuovere cambiamenti nel settore della salute, ove necessario, al fine di fornire le capacità e gli strumenti necessari ad intervenire per ridurre le disuguaglianze nella salute.</p> <p>In questo senso, dunque, la chiusura degli ambulatori pediatrici territoriali nei giorni festivi e prefestivi comporta un intasamento dei Pronto Soccorso regionali e dei reparti di Pediatria, dove affluiscono codici bianchi in età pediatrica. Questo pregiudica la piena funzionalità ed operatività di queste strutture, aumentando il grado d'inappropriatezza dell'intero Sistema.</p> <p>In un processo di superamento della logica ancora ospedalocentrica, si è avviato un processo di cambiamento culturale, tutt'ora in atto, dalle attuali disposizioni programmatiche regionali. L'utenza si avvale del Pronto Soccorso come percorso preferenziale per accedere a consulenze specialistiche pediatriche, affannando così l'efficienza assistenziale del reparto. Sviluppare e attuare misure per il benessere sociale risolte, fondate sulle evidenze scientifiche e affidabili, basandosi su indicatori e programmi esistenti, anche in termini di equità, è un obiettivo della Direzione per la Salute.</p> <p>Dalle evidenze emerge chiaro che queste consulenze siano per la maggior parte eseguite nei giorni festivi e prefestivi e per patologie minori. Questo comporta una conseguente minore disponibilità di tempo da parte dei professionisti per l'assistenza dei bambini ricoverati, in neonatologia, in sala parto e per la gestione delle emergenze.</p> <p>Altro ulteriore elemento di criticità è l'acclarata situazione del personale sanitario, attualmente sotto organico per via della mancanza di pediatri ospedalieri nell'Azienda Sanitaria regionale.</p> <p>Le analisi dei dati disponibili sugli accessi ai Pronto Soccorso Pediatrici, evidenziano che l'80% dei codici bianchi e verdi effettua l'accesso tra ore 8:00 e le 20:00.</p> <p>La distribuzione percentuale dei codici non critici si attesta su tutto il territorio nazionale sul 90% circa del totale degli accessi, con un rapporto di circa 2:1 tra codici bianchi e codici verdi. È chiaro, inoltre, che il codice di triage riguarda e definisce solo la priorità con cui il paziente accede alla prestazione, e non necessariamente coincide con il codice di gravità, definibile solo al termine dell'iter diagnostico.</p> <p>Codici verdi e bianchi inoltre, spesso, risentono oltre che della presentazione di segni e sintomi clinici, anche di situazioni di urgenza soggettiva e di tensione o emotività del bambino o del suo accompagnatore.</p> <p>L'adozione di procedure organizzative, oltre all'attivazione di percorsi assistenziali predefiniti (osservazione temporanea, follow-up ambulatoriale), hanno portato, in situazioni sperimentali, a una riduzione dell'esito in ricovero dal 15% all'8% degli accessi pediatrici ai P.S. generali.</p> <p>Il progetto mira a salvaguardare l'appropriatezza delle cure e degli accessi nei Pronto Soccorso e un miglioramento dell'attività di assistenza pediatrica.</p> <p>L'istituzione di strutture organizzative che rispondano alle necessità assistenziali in maniera continuativa nei giorni festivi (dalle 8:00 alle 14:00 e dalle 14:00 alle 20:00) e nei giorni prefestivi (dalle 14:00 alle 20:00) rappresenta un processo essenziale per ristabilire anche l'equità d'accesso in un'area critica, così come già descritto.</p> <p>La Pediatria di Libera Scelta ha già sperimentato, in varie Regioni, alcune forme di assistenza pediatrica ambulatoriale nelle giornate in cui gli ambulatori di PLS sono chiusi, conseguendo buoni risultati sia sotto il profilo del miglioramento dell'assistenza che della riduzione dei costi per il SSN, facendo registrare minori ricoveri ospedalieri inappropriati.</p> <p>Tali forme di assistenza hanno naturalmente registrato un alto grado di soddisfazione da parte dell'utenza, in quanto prova tangibile della reale presa in carico continuativa del paziente pediatrico, con le sue patologie, in un'ottica di risparmio di risorse derivanti anche dalle assenze lavorative per le famiglie coinvolte.</p>
---	--	---

2. Linea progettuale: Promozione dell'equità in ambito sanitario

Quest'attività progettuale s'innesta all'interno dell'integrazione tra Ospedale-Territorio, e mira anche al completamento della rete della continuità assistenziale, aumentando il grado d'equità dell'intero Sistema.

Coinvolge la Pediatria di Libera Scelta al fine di mettere a disposizione dell'utenza risposte assistenziali nelle giornate di chiusura degli ambulatori dei PLS, estese alle 6/12 ore diurne, con l'obiettivo di:

- ridurre l'incongruo accesso al PS per i codici bianchi e verdi;
- ridurre la spesa, anche grazie all'uso di protocolli per percorsi assistenziali e prescrittivi condivisi.

La procedura si applicherà, in via sperimentale, presso i Presidi Ospedalieri di Campobasso, Isernia e Termoli, dove sono presenti sia i Pronto Soccorso che i Servizi di Pediatria.

Il progetto tiene conto della distribuzione oro-geografica del territorio e della valutazione dei dati storici riferiti all'affluenza ai PS ed ai reparti di Pediatria, alle consulenze specialistiche, agli esami strumentali e laboratoristici, alla somministrazione di farmaci ed al numero di postazioni possibili in relazione al numero di PLS impiegati ed alle risorse impiegate.

L'Azienda Sanitaria regionale e tutti gli attori coinvolti (Regione Molise, PLS) provvederanno alla dovuta pubblicizzazione del Servizio attraverso i dovuti canali informativi, indicando:

- sede;
- luogo;
- orari di apertura;
- medici aderenti;
- tipologia del servizio offerto;
- contatti di riferimento.

Il servizio dovrà essere completamente autonomo ed indipendente, senza alcuna correlazione, col percorso di Emergenza-Urgenza dei servizi di Pronto Soccorso e 118.

L'attività progettuale nasce per consentire appropriatezza delle cure ed equità di accesso anche alla fascia pediatrica, garantendo che a tale progetto afferisca utenza composta da soggetti di età compresa tra 0 e 16 anni (età di competenza pediatrica per la pediatria di libera scelta), iscritti al SSN della Regione Molise indipendentemente dal comune di residenza della stessa regione, i cittadini stranieri non comunitari (privi di permesso di soggiorno) in possesso della Tessera STP e quelli comunitari con Codice E.N.I. (europeo non iscritto) privi di residenza, non iscrivibili al SSN, i quali hanno diritto alle prestazioni sanitarie di primo livello.

Nel caso in cui il pediatra ritenga opportuno un successivo approfondimento il paziente potrà essere inviato alla postazione di Pronto Soccorso, attraverso un accesso diretto al triage di Pronto Soccorso con la proposta diagnostica-terapeutica del Pediatra di Libera Scelta, oppure, nel caso di emergenza e/o urgenza, si potrà attivare il Servizio del 118.

Questo progetto di assistenza pediatrica ambulatoriale si avvarrà dei Pediatri di Libera Scelta, convenzionati con l'Azienda Sanitaria regionale, secondo quanto previsto dalle normative vigenti. Inoltre, l'assistenza pediatrica ambulatoriale si avvarrà di personale del comparto dedicato assegnato senza oneri aggiunti da ASReM, nel rispetto delle norme contrattuali del personale del comparto. Il personale in parola è utilizzato nella sede messa a disposizione dalla ASReM, per la ricezione delle chiamate, per il supporto di accoglienza e visita e per la registrazione degli accessi, che verrà effettuato su apposito registro.

Il turno dell'ambulatorio pediatrico, in considerazione anche delle evidenze richiamate in premessa, va inteso come orario continuativo di 6 ore, dalle 14:00 alle 20:00 per i prefestivi e dalle 08:00 alle 14:00 e dalle 14:00 alle 20:00 per i festivi.

Attraverso l'attività progettuale, poi, gli ambulatori saranno dotati di attrezzature standard (lettino da visita con carta monouso, bilancia per adulti e lattanti, scrivania e arredi, abbassalingua, attrezzature minime di self-help, etc.).

Attraverso la disponibilità progettuale, verrà realizzato un software utile a procedere ad una corretta rendicontazione delle attività svolte.

2. Linea progettuale: Promozione dell'equità in ambito sanitario

CRONOPROGRAMMA IN FORMATO GRAFICO

7	DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO	Data inizio prevista	Data termine prevista	Possibile ulteriore proseguimento per anno successivo
		01/01/2019	31/12/2019	In valutazione

8	OBIETTIVO GENERALE	Consentire appropriatezza delle cure ed equità di accesso anche alla fascia pediatrica, garantendo che a tale progetto afferisca utenza composta da soggetti di età compresa tra 0 e 16 anni (età di competenza pediatrica per la pediatria di libera scelta), iscritti al SSN della Regione Molise indipendentemente dal comune di residenza della stessa regione, i cittadini stranieri non comunitari (privi di permesso di soggiorno) in possesso della Tessera STP e quelli comunitari con Codice E.N.I. (europeo non iscritto) privi di residenza, non iscrivibili al SSN, i quali hanno diritto alle prestazioni sanitarie di primo livello.
---	---------------------------	---

9	OBIETTIVI SPECIFICI	<ul style="list-style-type: none"> • Garantire l'equità nei percorsi di cura, aumentando il grado di accesso ai Servizi sanitari per i cittadini molisani; • promuovere e rafforzare l'accesso universale al SSR, soprattutto per l'infanzia; • ridurre le barriere relative agli aspetti organizzativi per l'accesso dei pazienti alle strutture; • ridefinire gli accessi ai Servizi garantendo equità e appropriatezza; • istituire un sistema di accountability attraverso un flusso informativo dedicato;
---	----------------------------	---

10	RISULTATI ATTESI	
	A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati dal progetto	I risultati attesi sono stati già esplicitati nelle sezioni precedenti.
	A lungo periodo, a cui tendere, non direttamente raggiungibili al termine del progetto	I risultati attesi sono stati già esplicitati nelle sezioni precedenti.

2. Linea progettuale: Promozione dell'equità in ambito sanitario

11	PUNTI DI FORZA	
	<i>Indicare i punti di forza</i>	<i>Indicare le strategie/azioni per l'implementazione</i>
	Esperienza già sperimentata con successo in varie Regioni.	Partecipazione dei Pediatri di Libera Scelta, convenzionati con l'Azienda Sanitaria regionale, secondo quanto previsto dalle normative vigenti. E di personale del comparto dedicato assegnato senza oneri aggiunti da ASReM, nel rispetto delle norme contrattuali del personale del comparto.

12	PUNTI DI DEBOLEZZA	
	<i>Indicare i punti di debolezza</i>	<i>Indicare le strategie/azioni per la riduzione</i>
	Conoscibilità del Servizio	Ricorso ai vari canali informativi

[illegible]

2. Linea progettuale: Promozione dell'equità in ambito sanitario

13	DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO		Breve descrizione dei contenuti	Indicatori di verifica
	Fase	Azioni		
	Organizzazione del servizio e svolgimento attività.	Svolgimento del servizio	Svolgimento delle attività ambulatoriali come definite nell'analisi del contesto.	<ul style="list-style-type: none"> aumento dell'accesso alle cure nelle strutture previste dal Progetto;
				<ul style="list-style-type: none"> riduzione dell'ospedalizzazione dei pazienti in età pediatrica (SDO);
				<ul style="list-style-type: none"> numero dei pazienti valutati (data base del progetto);
				<ul style="list-style-type: none"> numero di accessi;
				<ul style="list-style-type: none"> numero di contatti telefonici;
				<ul style="list-style-type: none"> rapporto di accessi pediatrici per patologia al PS territorialmente competente, valutando il periodo preso in esame rispetto ad analogo periodo riferito all'anno precedente;
				<ul style="list-style-type: none"> numero di ricoveri, di visite specialistiche, di esami strumentali e di laboratorio;
				<ul style="list-style-type: none"> grado di soddisfazione dell'utenza (<i>customer satisfaction</i>) da valutare con appositi questionari da somministrare
				<ul style="list-style-type: none"> aumento dell'accesso alle cure nelle strutture previste dal Progetto.

14	TRASFERIBILITA'	
	Indicare a quale altra realtà il progetto o parte di esso può essere trasferito	
	Tipo di realtà nella quale può essere implementato il progetto	Progetto o parte del progetto che può essere trasferita
	Presidi Ospedalieri di Campobasso, Isernia e Termoli, dove sono presenti sia i Pronto Soccorso che i Servizi di Pediatria	Da valutare

2. Linea progettuale: Promozione dell'equità in ambito sanitario

INTERVENTO 2: PROGRAMMARE L'ANTICIPO PERCHÉ “NESSUNO SIA LASCIATO INDIETRO”

3	RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO MODALITA' DI REPERIMENTO RISORSE		
	<i>Finanziamento</i>	<i>Riferimento (Delibera, atto ecc.)</i>	<i>Importo</i>
	<ul style="list-style-type: none"> Risorse vincolate degli obiettivi del PSN 	Accordo Stato/regioni n. 91/CSR del 6 giugno 2019 - Intesa n. 89/CSR del 6 giugno 2019 - Decreto del Commissario ad Acta n. _____ del _____	€30.000,00
	<ul style="list-style-type: none"> Eventuali risorse regionali 		

4	ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
	<i>Tipologia di costi</i>	<i>Importo in euro</i>	<i>Note</i>
	<ul style="list-style-type: none"> Costi per la formazione 		
	<ul style="list-style-type: none"> Costi gestione progetto 	€30.000,00	
	<ul style="list-style-type: none"> Costi 		
	<ul style="list-style-type: none"> Costi 		

5	RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
	<i>RISORSE NECESSARIE</i>	<i>N. RISORSE</i>	<i>NOTE</i>
	<ul style="list-style-type: none"> Disponibili 	€30.000,00	
	<ul style="list-style-type: none"> Da acquisire 		

2. Linea progettuale: Promozione dell'equità in ambito sanitario

6	<p>ANALISI DEL CONTESTO/ SCENARIO DI RIFERIMENTO</p> <p>Se pertinente, riportare dati epidemiologici, di attività, ecc.</p>	<p>La nuova dichiarazione comune delle Nazioni Unite e dell'Organizzazione Mondiale della Sanità del 27 giugno 2017 vuole porre fine alla discriminazione in ambito sanitario.</p> <p>“Nessuno sia lasciato indietro” è l’incipit della dichiarazione congiunta che riprende un principio dell’Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile. La discriminazione in ambito sanitario è uno dei principali ostacoli al raggiungimento degli obiettivi di sviluppo sostenibile (OSS), pertanto gli Enti delle Nazioni Unite e l’Oms si impegnano a lavorare insieme per sostenere gli Stati membri in un’azione multisettoriale coordinata per eliminare le discriminazioni in ambito sanitario.</p> <p>Programmare per “Giocare d’anticipo”</p> <p>Conoscere il funzionamento è fondamentale e per agire sul «ritardo» a cui vanno incontro le persone con deficit; l’intervento dei «facilitatori» ha senso se programma in anticipo e parte dai traguardi da raggiungere per definire gli interventi necessari.</p> <p>L’azione sinergica di Sanità e Scuola può determinare una vera svolta: l’Italia è l’unica Nazione al mondo che garantisce ai disabili un affiancamento uno-a-uno per un monte ore che può arrivare a 25 ore settimanali ed una programmazione individualizzata concertata tra "sanitario, sociale e scolastico" (PDF, PEI).</p> <p>Gli incontri presso il servizio di Neuropsichiatria Infantile degli insegnanti di sostegno e degli operatori sanitari esperti portano alla definizione di programmi precisi, in buona parte dei quali l’azione fondamentale è l’anticipazione e la ripetizione. I disabili apprendono, questo è un fondamento, ma in modo diverso dagli standard della didattica, pertanto va realizzato il motto di Lovaas: <i>«Se un bambino non impara nella maniera in cui gli stiamo insegnando, dovremo insegnargli nella maniera in cui lui impara»</i>.</p> <p>Formare chi forma a partire dal conoscere chi apprende</p> <p>La formazione rivolta agli insegnanti è improntata sul "funzionamento" dei ragazzi con disturbi del neurosviluppo. Si focalizza sulla modalità di apprendimento nelle principali patologie e in particolare nei disturbi dello spettro autistico (ASD). Resta più generale per gli insegnanti curricolari, diviene molto specifica e dettagliata per gli insegnanti di sostegno. Si fonda sull’ICF e la UDL (Universal Design for Learning) e si supporta della realtà dei “<i>case study</i>”.</p> <p>Il primo passo è conoscere come «funzionano» le persone con una neurodiversità come i disturbi dello spettro autistico. Il DSM 5 ci insegna che, come tutte le persone, anche i soggetti con ASD sono diversi, tuttavia hanno dei «tratti» comuni. La fatica dell’astrazione, della simbolizzazione e della rappresentazione ci portano a comprendere che loro vedono il mondo in un modo particolare e ne apprendono le caratteristiche nel modo in cui lo vedono.</p> <p>Modalità</p> <ul style="list-style-type: none"> -Partire dai risultati: se insegniamo le parole, partiamo dalle parole e poi approderemo, forse, alle lettere. -Ripetizione e stabilità: <i>«una rosa è una rosa è una rosa»</i> il verso
---	--	---

2. Linea progettuale: Promozione dell'equità in ambito sanitario

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

2. Linea progettuale: Promozione dell'equità in ambito sanitario

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

2. Linea progettuale: Promozione dell'equità in ambito sanitario

CRONOPROGRAMMA IN FORMATO GRAFICO

7	DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO	Data inizio prevista	Data termine prevista	Possibile ulteriore proseguimento per anno successivo
		01/01/2019	31/12/2019	In valutazione

8	OBIETTIVO GENERALE	Superare le discriminazioni in ambito sanitario.
---	---------------------------	--

9	OBIETTIVI SPECIFICI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fornire ai genitori un elenco di Scuole della Regione Molise attualmente frequentate da soggetti autistici e ADS e disponibili ad accogliere nuovi soggetti, compatibilmente con le limitazioni di ogni singola Scuola . 2. Fornire ai genitori, soprattutto a quelli i cui figli iniziano il ciclo scolastico, informazioni quanto più possibile dettagliate circa il tipo di approccio educativo adottato dalle singole scuole della Rete e livello di attuazione del medesimo. 3. Fare in modo che per gli alunni affetti da autismo e ADS iscritti nelle scuole della Rete vengano attivati in tempi ragionevoli gli interventi educativi ed i servizi, scolastici ed extra-scolastici, necessari alla presa in carico individualizzata. 4. Fare in modo che vengano il più possibile garantite la qualità e la continuità nel tempo degli interventi educativi, anche attraverso i diversi cicli scolastici. 5. Stabilire con chiarezza i ruoli ed i compiti di coloro che direttamente intervengono nel processo educativo (genitori, insegnanti ed operatori di ogni livello, Enti Specialistici).
---	----------------------------	--

10	RISULTATI ATTESI	
	A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati dal progetto	La valutazione del progetto riguarderà gli esiti specifici dei singoli interventi e la validità dei processi sull'impatto generale: il golden standard dell'indicazione di buon esito generale sono la promozione e il mantenimento del più alto livello possibile della qualità di vita del soggetto con disabilità nell'ambito delle attività scolastiche che lo portino ad un più alto livello di gestione di vita.
	A lungo periodo, a cui tendere, non direttamente raggiungibili al termine del progetto	Eliminare le discriminazioni in ambito scolastico.

	PUNTI DI DEBOLEZZA	
12	Indicare i punti di debolezza	Indicare le strategie/azioni per la riduzione
	Stretta collaborazione di coloro che intervengono nel processo educativo.	Coinvolgimento degli Enti Locali.

[illegible]

2. Linea progettuale: Promozione dell'equità in ambito sanitario

13	DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO			
	Fase	Azioni	Breve descrizione dei contenuti	Indicatori di verifica
	1.	Formazione docenti	Consulenza e formazione specifiche	Indicatori numerici in esito a monitoraggio analitico
		Coinvolgimento dei genitori	Costante partecipazione delle famiglie	
	2.	Percorso scolastico individualizzato	Elaborazione cicli mirati	
		Programmazione personalizzata		
	3.	Creazione rete integrata di servizi	Coinvolgimento nelle attività progettuali di Genitori, Scuole, Operatori di settore, Enti specialistici ed Enti locali	

14	TRASFERIBILITA'	
	Indicare a quale altra realtà il progetto o parte di esso può essere trasferito	
	Tipo di realtà nella quale può essere implementato il progetto	Progetto o parte del progetto che può essere trasferita
	Territorio della Regione Molise	Da valutare.

2 Linea progettuale: Promozione dell'equità in ambito sanitario

INTERVENTO 3: CORSO OMS - UNICEF ALLATTAMENTO AL SENO PER OPERATORI DELLA SALUTE.

3	RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO MODALITA' DI REPERIMENTO RISORSE		
	<i>Finanziamento</i>	<i>Riferimento (Delibera, atto ecc.)</i>	<i>Importo</i>
	Risorse vincolate degli obiettivi del PSN	Accordo Stato/regioni n. 91 del 6 giugno 2019 - Intesa n. 89 del 6.6.2019 - Determinazione del Direttore Generale per la Salute n. _____ del _____	€ 20.000,00
	Eventuali risorse regionali		

4	ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
	<i>Tipologia di costi</i>	<i>Importo in euro</i>	<i>Note</i>
	Costi per la formazione		
	Costi gestione progetto	€ 20.000,00	

2 Linea progettuale: Promozione dell'equità in ambito sanitario

5	RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
	RISORSE NECESSARIE	N. RISORSE	NOTE
	○ disponibili	€ 20.000,00	
	○ da acquisire		

6	ANALISI DEL CONTESTO/ SCENARIO DI RIFERIMENTO Se pertinente, riportare dati epidemiologici, di attività, ecc.	<p>Il latte materno è il miglior alimento possibile, per un neonato. Tutti i bambini traggono benefici dall'allattamento al seno perché il latte materno contiene tutti i nutrimenti necessari affinché il neonato goda di buona salute e cresca bene. Il latte materno è un alimento perfetto, incomparabile rispetto a qualsiasi prodotto artificiale, per la nutrizione di un bambino nei primi mesi di vita. I bambini allattati al seno contraggono meno malattie e sono nutriti meglio di quelli nutriti con sostituti del latte materno o altro cibo.</p> <p>UNICEF e OMS stimano che, se tutti i bambini fossero allattati esclusivamente al seno nei primi sei mesi di vita, ogni anno si salverebbe la vita di circa 1,5 milioni di essi, vittime delle malattie e della malnutrizione. Quasi tutte le madri possono allattare al seno.</p> <p>Generalmente le cause che portano ad abbandonare l'allattamento sono la scarsa informazione sulle conseguenze o il mancato sostegno alle giovani madri in un periodo, quello post – parto, spesso caratterizzato da fragilità psicologica. Tutte le madri hanno diritto ad essere incoraggiate e a ricevere sostegno da parte del padre del bambino, della famiglia e della comunità di appartenenza. Gli operatori sanitari, i media e le associazioni di donne hanno la responsabilità di promuovere l'allattamento naturale (fonte www.unicef.it).</p> <p>Rivolto al personale dei reparti di Ginecologia e Ostetricia, Nido, Pediatria e Consultorio, il corso pone le basi per un adattamento alle linee guida e alla cultura della buona nascita e all'assistenza e supporto alla donna e alla famiglia. Il corso verrà svolto attraverso lezioni magistrali e lezioni integrate con diapositive e filmati</p>

CRONOPROGRAMMA IN FORMATO GRAFICO

7	DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO	Data inizio prevista	Data termine prevista	Possibile ulteriore proseguimento per anno successivo
		01.01.2019	31.12.2019	In valutazione

8	OBIETTIVO GENERALE	La proposta progettuale intende realizzare iniziative formative rivolte agli operatori della salute al fine di fornire loro l'adeguata conoscenza delle linee guida OMS UNICEF in tema di allattamento e renderli promotori dell'allattamento naturale e della cultura della buona nascita.
---	---------------------------	---

9	OBIETTIVI SPECIFICI	<p>Realizzazione di un corso di aggiornamento sull'allattamento OMS UNICEF, tenuto secondo le più recenti linee guida, rivolto a tutte le figure sanitarie coinvolte nei reparti materno – infantili e pediatrici e da effettuarsi in più edizioni per permettere la partecipazione del più ampio numero di risorse.</p> <p>- formazione in materia di fisiologia , tecniche e soluzioni per porre le migliori condizioni di base per l'allattamento;</p> <p>- formazione e confronto sulla comunicazione empatica e l'umanizzazione delle cure, in linea con le più recenti evidenze scientifiche, volto a valorizzare il rapporto madre –figlio ed equipe-utenza.</p> <p>Le iniziative formative saranno tenute in più edizioni.</p> <p>Ogni corso avrà la durata complessiva di 26 ore.</p> <p>Gli eventi formativi, eventualmente, potranno essere accreditati per il rilascio dei crediti ECM.</p>
---	----------------------------	---

10	RISULTATI ATTESI	
	A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati dal progetto	Diffusione della cultura dell'allattamento al seno tra gli operatori della salute
	A lungo periodo, a cui tendere, non direttamente raggiungibili al termine del progetto.	Diffusione tra le madri della cultura dell'allattamento naturale.

11	PUNTI DI FORZA	
	Indicare i punti di forza	Indicare le strategie/azioni per l'implementazione
	Formazione secondo le più recenti linee guida in materia	Approccio teorico pratico

12	PUNTI DI DEBOLEZZA	
	Indicare i punti di debolezza	Indicare le strategie/azioni per la riduzione
	Scarsa diffusione della cultura dell'allattamento sia tra gli operatori della salute che tra le madri allo stato iniziale del progetto.	Azioni mirate per l'implementazione della cultura dell'allattamento in entrambi i gruppi di riferimento.

[illegible]

2 Linea progettuale: Promozione dell'equità in ambito sanitario

	DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO			
	Fase	Azioni	Breve descrizione dei contenuti	Indicatori di verifica
13	1.	Interventi formativi	<ul style="list-style-type: none"> - Modulo di aggiornamento sull'allattamento OMS UNICEF, tenuto secondo le più recenti linee guida, rivolto a tutte le figure sanitarie dei reparti materno – infantili e pediatrici. - Modulo formativo sulla comunicazione empatica e l'umanizzazione delle cure, in linea con le più recenti evidenze scientifiche, volto a valorizzare il rapporto madre – figlio e personale –utenza. 	Esiti delle verifiche non valutative nel corso dei moduli di formazione.

14	TRASFERIBILITA' Indicare a quale altra realtà il progetto o parte di esso può essere trasferito	
	Tipo di realtà nella quale può essere implementato il progetto	Progetto o parte del progetto che può essere trasferita
	Presidi Ospedalieri	Da valutare

2. Linea progettuale: Promozione dell'equità in ambito sanitario

INTERVENTO 4: INTERVENTO PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE MENTALE NELLE SCUOLE SUPERIORI DI PRIMO GRADO

3	RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO MODALITA' DI REPERIMENTO RISORSE		
	<i>Finanziamento</i>	<i>Riferimento (Delibera, atto ecc.)</i>	<i>Importo</i>
	○ Risorse vincolate degli obiettivi del PSN	Accordo Stato/regioni n. 91/CSR del 6 giugno 2019 - Intesa n. 89/CSR del 6 giugno 2019 - Decreto del Commissario ad Acta n. _____ del _____	€56.000,00
	○ Eventuali risorse regionali		

4	ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
	<i>Tipologia di costi</i>	<i>Importo in euro</i>	<i>Note</i>
	○ Costi per la formazione		
	○ Costi gestione progetto	€56.000,00	
	○ Costi		
	○ Costi		

5	RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
	<i>RISORSE NECESSARIE</i>	<i>N. RISORSE</i>	<i>NOTE</i>
	○ Disponibili	€56.000,00	
	○ Da acquisire		

2. Linea progettuale: Promozione dell'equità in ambito sanitario

6	<p>ANALISI DEL CONTESTO/ SCENARIO DI RIFERIMENTO</p> <p>Se pertinente, riportare dati epidemiologici, di attività, ecc.</p>	<p>Il rapporto Istat “Noi Italia 2018” ha rilevato nel Molise un fattore accertato di vulnerabilità di disagio con particolare riferimento all’uso di alcool passando dall’11° posto in graduatoria del 2016 (17.7%) al 5° posto del 2018 (20.4%).</p> <p>Sempre stabile e preoccupante soprattutto il trend del binge - eating sia nelle comunità urbanizzate sia in quelle dell’area periferica. I dati relativi al mondo dell’istruzione sono altrettanto indicativi di un disagio. Infatti per quanto riguarda l’abbandono scolastico siamo ora al 12° posto, mentre due anni or sono si era al 17°! La regione Molise è al 6° posto per quanto riguarda i giovani che non lavorano e non studiano. Si è invece al 17° posto per l’apprendimento permanente. 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. Le esperienze condotte invece presso le scuole di intervento di promozione della salute mentale patrocinate dalla Regione Molise e coordinate dall’ASReM su proposta del manuale messo a punto dall’Istituto Superiore di Sanità in collaborazione con la Direzione dell’UOC di Psichiatria di Campobasso sono state valutate in modo positivo sia da un punto di vista qualitativo che quantitativo. La percezione soggettiva riferita da alunni e docenti è di un grande miglioramento del benessere psicofisico; elemento confermato dai dati oggettivi rilevati tramite strumenti di misura specifici e descritti in articoli scientifici accettati dalle migliori riviste di settore con Impact-Factor</p>
---	--	--

CRONOPROGRAMMA IN FORMATO GRAFICO

7	<p>DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO</p>	Data inizio prevista	Data termine prevista	Possibile ulteriore proseguimento per anno successivo
		01/01/2019	31/12/2019	In valutazione

2. Linea progettuale: Promozione dell'equità in ambito sanitario

8	OBIETTIVO GENERALE	Realizzare un modello regionale di promozione della salute mentale nelle scuole.
---	---------------------------	--

9	OBIETTIVI SPECIFICI	<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>
---	----------------------------	--

10	RISULTATI ATTESI	
	A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati dal progetto	Grazie alle azioni progettuali programmate sarà possibile contribuire alla creazione di una cultura della promozione della salute e dei comportamenti pro-sociali 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.
	A lungo periodo, a cui tendere, non direttamente raggiungibili al termine del progetto	Diffusione del progetto in tutte le scuole del territorio ed eventuale adozione di iniziative strutturate all'interno delle stesse mediante associazioni non a scopo di lucro.

11	PUNTI DI FORZA	
	Indicare i punti di forza	Indicare le strategie/azioni per l'implementazione
	Approccio mutuato dalla cultura anglosassone in cui è sperimentato con successo.	Creazione di una cultura della promozione della salute mentale.

12	PUNTI DI DEBOLEZZA	
	Indicare i punti di debolezza	Indicare le strategie/azioni per la riduzione
	Disagio e vulnerabilità in aumento tra gli adolescenti	Iniziative progettuali modulabili al contesto

2. *Linea progettuale: Promozione dell'equità in ambito sanitario*

[illegible]

2. Linea progettuale: Promozione dell'equità in ambito sanitario

13	DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO		Breve descrizione dei contenuti	Indicatori di verifica
	Fase	Azioni		
	1.	Riproposizione delle azioni sperimentate con successo	<p>Il progetto propone di realizzare un programma che:</p> <p>a) <u>ripropone</u> la esperienza positiva del progetto 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, condotta durante l'anno scolastico 2018-2019 sempre su finanziamento regionale e coordinato dall'ASReM e dall'UOC di Psichiatria di Campobasso;</p> <p>b) <u>Propone un follow-up</u> su un campione di classi che ha già ricevuto l'intervento in modo tale da consolidare le abilità e potenziare il miglioramento anche negli anni successivi come richiesto direttamente da alcuni istituti scolastici, nello specifico l'istituto comprensivo Montini e Istituto Comprensivo Jovine.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Numero studenti per gruppo sperimentale e di controllo e relativi drop-out - Soddisfazione studenti per il programma - Percentuale studenti che hanno appreso le abilità - Percentuale di studenti con migliorata autoefficacia percepita (pre/post e tra gruppi) - Percentuale di studenti con migliorato benessere psicofisico (pre/post e tra gruppi) - Percentuale di studenti con migliorato Indice di Intelligenza Emotiva (pre/post e tra gruppi) - Percentuale di studenti con miglioramento di convinzioni disfunzionali (pre/post e tra gruppi) - Percentuale di studenti con diminuito livello di stress (pre/post e tra gruppi) - Percentuale di studenti con diminuiti comportamenti a rischio (pre/post e tra gruppi) - Miglioramento della soglia dell'Atmosfera di classe

2. Linea progettuale: Promozione dell'equità in ambito sanitario

2.	Setting	<p>Il programma interesserà un campione di scuole di differenti di realtà regionali, selezionate sulla base della precedente partecipazione. Questo è un dato molto rilevante perché le scuole ne hanno fatto tutte richiesta al punto da inserire tale intervento come se fosse curriculare. In particolare ribadiamo che 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 "salute mentale positiva" (capacità di autoregolazione delle emozioni, controllo dell'aggressività, resilienza, autostima, benessere psicologico, soddisfazione per la vita) e l'empowerment degli studenti mediante la definizione di obiettivi personali e capacità di soluzione di problemi personali e relazionali.</p>	
3.	Definizione materiali e metodi.	<p>Sulla base della esperienza del biennio 2018-2019, si provvederà a utilizzare la versione modificata del manuale messo a punto dal reparto Salute Mentale dell'Istituto Superiore di Sanità di provata efficacia sperimentale 'Definizione di obiettivi e soluzione di problemi' (http://www.ccm-network.it/documenti Ccm/prq/area5/2005-manuale-scuola-depressione.pdf). Verrà fornito anche il notebook per le esercitazioni a casa. Il manuale viene letto come noto dagli studenti in classe ed è composto di 18 capitoli. Ogni capitolo (eccetto il primo) include una scheda per valutare anonimamente il gradimento e l'utilità del capitolo stesso: è</p>	

2. Linea progettuale: Promozione dell'equità in ambito sanitario

			<p>strutturata su 2 item con una scala di risposta a 5 livelli (1=pochissimo, 2=poco, 3=abbastanza, 4=molto, 5=moltissimo). Saranno realizzati come per l'anno precedente Gruppi di Discussione composti dagli studenti e coordinati prevalentemente da psicologi esperti, 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). Nel manuale rivolto agli studenti, sono illustrati i principi e gli strumenti pertinenti agli obiettivi; sono suggerite esercitazioni a due, a tre e in piccolo gruppo. E' raccomandato ai partecipanti di commentare in modo costruttivo le prestazioni di chi 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>	
--	--	--	--	--

2. Linea progettuale: Promozione dell'equità in ambito sanitario

14	TRASFERIBILITA' Indicare a quale altra realtà il progetto o parte di esso può essere trasferito	
	Tipo di realtà nella quale può essere implementato il progetto	Progetto o parte del progetto che può essere trasferita
	<p>Si propone l'applicazione sperimentale del programma in un campione di scuole con valutazione controllata dell'impatto.</p> <p>In particolare si valuterà 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 per la riproposizione del progetto 24 classi del primo biennio della scuola secondaria superiore di primo grado, in istituti frequentati da studenti di diversa estrazione sociale, 8 a Isernia, 4 a Termoli e 12 a Campobasso e inoltre altre 4 classi (per l'istituto Montini e Jovine) per la parte del programma relativa al follow-up delle classi già trattate. Le classi relative alla riproposizione del programma saranno suddivise in 2 gruppi secondo il seguente schema:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Primo gruppo: 12 classi scelte per la parte attiva del trattamento tra gli istituti selezionati. • Secondo gruppo: 12 classi scelte tra gli stessi istituti per l'effettuazione del controllo. 	Da valutare

INTERVENTO 5: CORSO DI FORMAZIONE “ESSERE CAREGIVER” DEDICATO A TUTTE LE PERSONE CHE SI OCCUPANO DI UN MALATO DI ALZHEIMER: FAMILIARI, BADANTI, OSS., INFERMIERI, ASSISTENTI DOMICILIARI, ANIMATORI

3	RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO MODALITA' DI REPERIMENTO RISORSE		
	<i>Finanziamento</i>	<i>Riferimento (Delibera, atto ecc.)</i>	<i>Importo</i>
	○ Risorse vincolate degli obiettivi del PSN	Accordo Stato/regioni n. 91/CSR del 6 giugno 2019 - Intesa n. 89/CSR del 6 giugno 2019 - Decreto del Commissario ad Acta n. _____ del _____	€10.000
	○ Eventuali risorse regionali		

4	ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
	<i>Tipologia di costi</i>	<i>Importo in euro</i>	<i>Note</i>
	○ Costi per la formazione	€10.000	
	○ Costi gestione progetto		
	○ Costi		
	○ Costi		
	○		

5	RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
	<i>RISORSE NECESSARIE</i>	<i>N. RISORSE</i>	<i>NOTE</i>
	○ Disponibili	€10.000	
	○ Da acquisire		

6	<p>ANALISI DEL CONTESTO/ SCENARIO DI RIFERIMENTO</p> <p>Se pertinente, riportare dati epidemiologici, di attività, ecc.</p>	<p>Le persone che si trovano nella fascia di età superiore ai 65 anni, in Molise, sono in totale 70.496 e rappresentano circa il 22% della popolazione molisana; tra i fattori di particolare criticità c'è da sottolineare la percentuale relativamente alta di anziani soli (separati, divorziati, vedovi). La struttura demografica della regione Molise mostra come la componente anziana, che va dai 65 anni in su, sia un pezzo della popolazione rilevante nella comunità. diversi fattori spiegano questo fenomeno di invecchiamento e sono riconducibili sia alla riduzione della fecondità e quindi alla sempre minor misura con cui viene alimentato il sistema popolazione, sia alla riduzione della mortalità in età avanzate e quindi alla sempre maggior permanenza degli effettivi anziani nel sistema. Il tema dell'invecchiamento della popolazione sta diventando sempre più oggetto di attenzione e di dibattiti sui fenomeni ad esso connessi: tra questi l'esistenza dei servizi alla persona e della loro eventuale capacità di risposta a questa fascia "debole" di cittadini e delle loro famiglie.</p> <p>Il notevole aumento del problema e la relativa accentuazione di richieste di soluzioni discendono chiaramente da alcuni fattori, i principali dei quali sono: l'allungamento della vita media ed il conseguente raggiungimento, da parte di una fascia crescente di cittadini di età molto elevate. Da recenti studi è emerso che oltre il 65% delle donne e il 45% degli uomini oltrepassano l'ottantesimo anno di vita.</p> <p>Come è noto, però, l'allungamento della vita non sempre va di pari passo con il mantenimento di buone condizioni di salute e di autosufficienza. A ciò si aggiunge, talvolta, anche lo stato di impossibilità, da parte dei parenti, ad assistere l'anziano mantenendolo nel suo nucleo familiare.</p> <p>In considerazione delle stime di incidenza annua per tali patologie che si assestano sul 2,5% della popolazione generale con una prevalenza media del circa 10% sulla popolazione degli ultrasessantenni, di cui il 60% circa si riferisce alla malattia di Alzheimer, ben si può comprendere quale sarà la dimensione economico sanitaria che esse produrranno nel corso dei prossimi anni.</p> <p>Una stima effettuata dal CNR applicata alla popolazione anziana residente in regione al 31.12.1990 stimava nel Molise circa 4.200 casi di demenza (prevalenza attesa) con circa 850 nuovi casi annui (incidenza). Tra l'altro l'unico studio longitudinale italiano (ILSA) ha confermato tale stima di incidenza e prevalenza e da qui la necessità di attivare strategie assistenziali innovative in grado di far fronte alle diverse problematiche connesse a tale patologia. Alla data del 31 maggio 2014 sono stati visitati 1520 utenti, di cui 940 donne, (61,84%) e 580 uomini (38,15%).</p> <p>Circa la loro provenienza, si può evidenziare che 528 (34,74%) risiedono a Campobasso, 929 (61,12%) nella Provincia di Campobasso, 28 (1,84%) ad Isernia e Provincia, 35 (2,3%) provengono da fuori Regione.</p> <p>Di questi, quelli che sono stati considerati in uno stadio avanzato sono stati presi in cura dal Centro Alzheimer, o messi in attesa una volta terminata la disponibilità di posti.</p> <p>I casi di demenza si presentano con le caratteristiche di casi complessi. La malattia, cronica e degenerativa, con un decorso che può superare i dieci anni, richiede un'assistenza che coinvolge diverse responsabilità e competenze. L'associazione, in collaborazione con i servizi socio – sanitari del territorio, deve affrontare percorsi di innovazione per poter offrire risposte adeguate ai bisogni. La pesante ripercussione della malattia sulla vita del nucleo familiare fa sì che le risorse dei servizi debbano essere integrate con quelle della famiglia e della comunità.</p> <p>Per garantire la compatibilità tra i bisogni di assistenza e cura della persona malata con le esigenze di lavoro e di vita di relazione dei suoi familiari, è necessario far convergere sulla famiglia o sul caregiver in generale competenze ed interventi e il maggior supporto possibile in termini psicologici e di problem solving.</p> <p>Problemi che emergono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - non c'è cura adeguata per risolvere la malattia; i familiari dei malati non hanno le competenze e le conoscenze adeguate per badare da soli al loro caro, quando possono permettersi di offrire loro assistenza; - i servizi attuali ricoprono solo una parte del problema e solo per alcuni malati (quelli gravi);
---	--	--

	<ul style="list-style-type: none">- le strutture presenti sul territorio possono ospitare un numero limitato di pazienti;- c'è una conoscenza del problema ancora limitata sia in termini di riconoscibilità della malattia, sia in termini di gestione del malato una volta diagnosticato il morbo;- i caregiver e/o i familiari sono abbandonati a se stessi ed ancora oggi c'è una sorta di "vergogna" a parlare del problema e a dire che un proprio caro sia affetto da Alzheimer. <p>Le cause di questo sono:</p> <ul style="list-style-type: none">- la ricerca scientifica/medica fa costanti progressi negli anni per trovare una cura al morbo, tuttavia, ad oggi, ancora non è stato trovato nessun rimedio. Si stanno studiando diverse metodologie per ritardare la degenerazione rapida;- inadeguata e insufficiente diffusione di informazioni in merito problema;- inadeguata preparazione e assistenza dei familiari. Le famiglie che hanno al loro interno un malato di Alzheimer si trovano ad affrontare situazioni completamente nuove e non riescono a trovare un supporto operativo esterno che gli dia indicazioni pratiche ed aiuto anche psicologico. Non sempre si riesce, infatti, a capire ed a far capire ai familiari, soprattutto se si tratta del coniuge, la tipologia di malattia e di assistenza necessaria;- gli anziani sono sovente lasciati soli per buona parte della giornata. I figli vivono spesso lontano dal domicilio del genitore e sono impegnati su troppi fronti: oltre a supervisionare la situazione dei genitori, devono svolgere un'attività lavorativa, occuparsi della casa e accudire i figli.- non esistono canali istituzionali per entrare in contatto con colf ed assistenti familiari affidabili, onesti e professionali.- Non esiste un interlocutore al quale fare riferimento in tutte le fasi del rapporto con l'assistente familiare: dalla selezione, alla presentazione, alla sostituzione nei periodi di ferie e nelle giornate di riposo, alla gestione amministrativa del rapporto di lavoro. <p>Gli effetti di questi problemi sono:</p> <ol style="list-style-type: none">1) elevato numero di anziani malati di Alzheimer che non gode di un'assistenza adeguata alle proprie esigenze;2) elevato numero di famiglie che non sono preparate ad affrontare il problema;3) elevato numero di anziani che, pur non potendo essere definiti "poveri", rimangono abbandonati a loro stessi perché non sono in grado di trovare una soluzione di assistenza compatibile con il proprio reddito e i propri bisogni; <p>numero insufficiente di persone che conoscono il problema e possono dare assistenza.</p>
--	---

CRONOPROGRAMMA IN FORMATO GRAFICO

7	DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO	Data inizio prevista	Data termine prevista	Possibile ulteriore proseguimento per anno successivo
		01/01/2019	31/12/2019	In valutazione

8	OBIETTIVO GENERALE	Fornire delle competenze professionali ad un tipo di lavoro/assistenza che nella maggior parte dei casi ad oggi viene ricoperto da persone senza alcuno studio o qualifica adeguata. Il fine è quello di dare ai caregiver delle conoscenze utili a gestire l'assistenza domiciliare e a garantire una professionalità.
---	---------------------------	---

9	OBIETTIVI SPECIFICI	<ul style="list-style-type: none"> - aumentare le conoscenze e le qualifiche dei caregivers; - aumentare il numero di famiglie soddisfatte; - aumentare l'incontro tra domanda ed offerta, garantendo una maggiore professionalità ed approccio al lavoro dei candidati; - diminuire i casi di cattiva gestione del malato di Alzheimer.
---	----------------------------	--

10	RISULTATI ATTESI	
	A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati dal progetto	Formare, orientare e sostenere caregivers (Familiari, badanti, Oss, infermieri, Assistenti domiciliari, animatori) in modo tale che siano in grado di offrire assistenza domiciliare agli anziani colpiti da Alzheimer, demenza o affetti da altre patologie.
	A lungo periodo, a cui tendere, non direttamente raggiungibili al termine del progetto	Elevare il livello qualitativo dell'assistenza domiciliare delle persone malate di Alzheimer o affette da altre forme di demenza.

11	PUNTI DI FORZA	
	Indicare i punti di forza	Indicare le strategie/azioni per l'implementazione
	Approccio formativo multidisciplinare	<p>Al fine di incrementare le competenze e le capacità dell'assistente familiare in modo da garantire il soddisfacimento di tutte le esigenze di cura del malato sono previsti moduli relativi a diverse aree. In particolare, si terranno lezioni relative ai seguenti argomenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - cucina sana per tutta la famiglia; - cura dei piccoli amici; - gestione della casa e della spesa; - cura dei piccoli amici; - pulizia ed igiene; - rispetto delle prescrizioni mediche; - patologie e caratteristiche dei disturbi dell'anziano; - comunicazione e tecniche per i diversamente abili; - attività di intrattenimento con gli anziani; - come gestire la relazione con i familiari e con i malati.

12	PUNTI DI DEBOLEZZA	
	Indicare i punti di debolezza	Indicare le strategie/azioni per la riduzione
	Conoscibilità dell'iniziativa	Pubblicità in forme adeguate.

DIAGRAMMA DI GANT												
Descrizioni delle azioni relative a ogni fase	Mesi 12											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Inizio progetto	x											
Fase attuativa e di monitoraggio		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Conclusione progetto												x
Valutazione												x

DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO			
Fase	Azioni	Breve descrizione dei contenuti	Indicatori di verifica
13	1. Organizzazione e lancio del corso con raccolta delle iscrizioni	In questa fase sarà possibile definire i docenti, l'aula e mettere a punto i partenariati per le ore di training on the job; si stabilirà il calendario delle lezioni; si definiranno i due corsi su Campobasso e su Termoli al fine di stabilire un workplan preciso.	Partecipazione ai corsi Verifiche sui risultati attesi ed ottenuti
	2. Lezioni	In questa fase si svolgeranno le lezioni. La parte teorica/pratica si svolgerà in aula.	
	3. Training on the job	I corsisti interessati, potranno svolgere giornate di tirocinio non retribuito.	
	4. Valutazione e rendicontazione finale	Valutazione finale del corso che sarà fatto attraverso dei test in itinere ed al termine. Il monitoraggio costante sarà un sostegno nella fase di valutazione terminale.	

TRASFERIBILITA'	
Indicare a quale altra realtà il progetto o parte di esso può essere trasferito	
14	Tipo di realtà nella quale può essere implementato il progetto
	Progetto o parte del progetto che può essere trasferita
	Asrem
	Da Valutare

2. Linea progettuale: Promozione dell'equità in ambito sanitario

INTERVENTO 6: PROSEGUIRE IL....DOPO DI NOI

3	RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO MODALITA' DI REPERIMENTO RISORSE		
	<i>Finanziamento</i>	<i>Riferimento (Delibera, atto ecc.)</i>	<i>Importo</i>
	<ul style="list-style-type: none"> Risorse vincolate degli obiettivi del PSN 	Accordo Stato/regioni n. 91/CSR del 6 giugno 2019 - Intesa n. 89/CSR del 6 giugno 2019 - Decreto del Commissario ad Acta n. _____ del _____	€30. 000,00
	<ul style="list-style-type: none"> Eventuali risorse regionali 		

4	ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
	<i>Tipologia di costi</i>	<i>Importo in euro</i>	<i>Note</i>
	<ul style="list-style-type: none"> Costi per la formazione 		
	<ul style="list-style-type: none"> Costi gestione progetto 	€30. 000,00	
	<ul style="list-style-type: none"> Costi 		
	<ul style="list-style-type: none"> Costi 		
	<ul style="list-style-type: none"> 		

5	RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
	<i>RISORSE NECESSARIE</i>	<i>N. RISORSE</i>	<i>NOTE</i>
	<ul style="list-style-type: none"> Disponibili 	€30. 000,00	
	<ul style="list-style-type: none"> Da acquisire 		

2. Linea progettuale: Promozione dell'equità in ambito sanitario

6	<p>ANALISI DEL CONTESTO/ SCENARIO DI RIFERIMENTO</p> <p>Se pertinente, riportare dati epidemiologici, di attività, ecc.</p>	<p>Al termine del ciclo scolastico, le persone con disabilità si trovano ad affrontare la mancanza di occasioni di educazione e socializzazione. A tal fine, per favorire il mantenimento delle competenze residuali e creare momenti ricreativi idonei ad incoraggiare l'inserimento sociale, risulta di fondamentale importanza la realizzazione di azioni che favoriscano spazi di assistenza, educazione, riabilitazione e integrazione delle persone con disabilità e dei loro familiari attraverso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - lo studio, la promozione, l'attuazione e la valutazione di interventi a favore dei diversamente abili e dei loro familiari; - la promozione di relazioni di collaborazione con enti, istituti, università, cooperative, associazioni e fondazioni; - l'informazione, l'orientamento, l'assistenza, e la consulenza a favore dei diversamente abili; - la creazione di strutture diurne e residenziali per garantire sostegno ai diversamente abili e alle loro famiglie; - la sensibilizzazione dell'opinione pubblica in merito alla condizione dei diversamente abili e dei loro familiari. <p>In esito al Decreto del 15 novembre 2018, di riparto delle risorse di cui al Fondo per le persone con disabilità grave prive del sostegno familiare per l'anno 2018, di cui all'articolo 3 della legge 22 giugno 2016, n. 112 (c.d. Dopo di noi) è stato possibile intraprendere azioni significative in favore delle persone diversamente abili e delle proprie famiglie.</p> <p>Per realizzare le finalità progettuali, la A.S.Re.M. potrà avvalersi di associazioni di volontariato – onlus individuate nell'ambito distrettuale della regione.</p>
---	--	---

CRONOPROGRAMMA IN FORMATO GRAFICO

7	<p>DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO</p>	Data inizio prevista	Data termine prevista	Possibile ulteriore proseguimento per anno successivo
		01/01/2019	31/12/2019	In valutazione

8	<p>OBIETTIVO GENERALE</p>	<p>Potenziare le attività intraprese con il c. d. <i>Dopo di noi</i> al fine di migliorare la qualità della vita dei soggetti con disabilità sostenendoli nel difficile percorso del raggiungimento del miglior benessere possibile, a fronte delle condizioni gravi e gravissime che li caratterizzano.</p>
---	----------------------------------	--

2. Linea progettuale: Promozione dell'equità in ambito sanitario

9	OBIETTIVI SPECIFICI	<ul style="list-style-type: none"> - Promuovere il benessere psico – fisico degli utenti; - Prevenire il decadimento psico – fisico degli ospiti disabili - Stimolare il recupero di capacità residue degli utenti
---	----------------------------	---

10	RISULTATI ATTESI	
	A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati dal progetto	Miglioramento delle competenze motorie e cognitive degli utenti.
	A lungo periodo, a cui tendere, non direttamente raggiungibili al termine del progetto	Mantenimento dei miglioramenti delle competenze motorie e cognitive raggiunte dagli utenti.

11	PUNTI DI FORZA	
	Indicare i punti di forza Attività per il miglioramento sia motorio che cognitivo	Indicare le strategie/azioni per l'implementazione Azioni integrate

12	PUNTI DI DEBOLEZZA	
	Indicare i punti di debolezza	Indicare le strategie/azioni per la riduzione
	Casistica varia	Approccio personalizzato

[illegible]

2. Linea progettuale: Promozione dell'equità in ambito sanitario

13	DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO		Breve descrizione dei contenuti	Indicatori di verifica
	Fase	Azioni		
	1.	Bilancio competenze attuali per singolo utente	Analisi delle aree motorie di base e complesse, delle competenze cognitive, comunicative e di autonomie personali dei singoli utenti mediante strumenti standardizzati.	Criteri tecnici
	2	Personalizzazione interventi	Redazione di un piano di intervento personalizzato per ogni utente da portare avanti attraverso sessioni di lavoro individuali con professionisti sanitari (fisioterapista, terapeuta occupazionale, psicologo, psicomotricista, tecnico delle scienze motorie).	Criteri tecnici
	3	Sessioni di lavoro	Svolgimento degli interventi programmati per ogni utente.	Criteri tecnici idonei ad esprimere il miglioramento ottenuto dal singolo utente.

14	TRASFERIBILITA' Indicare a quale altra realtà il progetto o parte di esso può essere trasferito	
	Tipo di realtà nella quale può essere implementato il progetto	Progetto o parte del progetto che può essere trasferita
	Contesti assistenziali dei distretti socio – sanitari individuati dalla A.S.Re.M.	Il progetto può essere integralmente trasferito in altri contesti di assistenza a persone affette da patologie di varia natura.

2. Linea progettuale: Promozione dell'equità in ambito sanitario

INTERVENTO 7: GESTIRE L'ALZHEIMER. PROGETTO SPERIMENTALE DI GESTIONE COORDINATA E INTEGRATA

3	RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO MODALITA' DI REPERIMENTO RISORSE		
	<i>Finanziamento</i>	<i>Riferimento (Delibera, atto ecc.)</i>	<i>Importo</i>
	○ Risorse vincolate degli obiettivi del PSN	Accordo Stato/regioni n. 91/CSR del 6 giugno 2019 - Intesa n. 89/CSR del 6 giugno 2019 - Decreto del Commissario ad Acta n. _____ del _____	€20.000,00
	○ Eventuali risorse regionali		

4	ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
	<i>Tipologia di costi</i>	<i>Importo in euro</i>	<i>Note</i>
	○ Costi per la formazione		
	○ Costi gestione progetto	€20.000,00	
	○ Costi		
	○ Costi		

5	RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
	<i>RISORSE NECESSARIE</i>	<i>N. RISORSE</i>	<i>NOTE</i>
	○ Disponibili	€20.000,00	
	○ Da acquisire		

2. Linea progettuale: Promozione dell'equità in ambito sanitario

6	<p>ANALISI DEL CONTESTO/ SCENARIO DI RIFERIMENTO</p> <p>Se pertinente, riportare dati epidemiologici, di attività, ecc.</p>	<p>1. Il morbo di Alzheimer</p> <p>La malattia di Alzheimer fu descritta per la prima volta nel 1906 dal neuropsichiatra tedesco Alois Alzheimer. Ad oggi, il dato certo è che la malattia di Alzheimer sia una forma di deterioramento mentale ad esordio insidioso che va sospettata quando in un soggetto al di sopra dei 45 anni si registra la comparsa di disturbi di memoria ingravescenti che interferiscono in modo significativo con le ordinarie attività della vita quotidiana. In breve tempo compaiono, però, anche altri deficit non solo di natura cognitiva ma anche di tipo comportamentale.</p> <p>Dal momento che, ad oggi, ancora non esiste una cura farmacologica o un trattamento mirato che sia in grado di determinare una condizione di guarigione dalla malattia, risulta di fondamentale importanza intervenire prevedendo possibili fattori di rischio.</p> <p>Risulta evidente, inoltre, il collegamento intercorrente tra uno stile di vita sano e l'aumento di benessere percepito a livello generale dal singolo e, di riflesso, dal contesto familiare.</p> <p>2. Fattori di rischio</p> <p>In seguito a numerose ricerche, è stato dimostrato che ci sono alcuni importanti fattori di rischio che portano al sorgere del morbo di Alzheimer. Il rischio di sviluppare demenze, dipende da una combinazione dei seguenti fattori di rischio:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Età: è il fattore di rischio più significativo. Sebbene sia possibile sviluppare demenza precoce, il rischio aumenta con l'età. Difficilmente viene diagnosticata demenza prima dei 65 anni. In particolare, dopo i 65 anni, il rischio di sviluppare il morbo di Alzheimer raddoppia ogni 5 anni. - Inoltre, tale rischio può essere dovuto a fattori associati all'invecchiamento come, ad esempio, l'alta pressione, l'aumento del rischio di malattie cardiache, modifiche a livello delle cellule nervose, del DNA e della struttura cellulare, oltre che l'indebolimento dei naturali sistemi di riparazione cui l'organismo va incontro negli anni - Sesso: è stato dimostrato che le donne hanno una probabilità leggermente più alta di sviluppare il morbo di Alzheimer rispetto agli uomini. Una possibile spiegazione potrebbe essere dovuta al fatto che dopo la menopausa la donna smette di produrre estrogeni. Tuttavia, studi controllati hanno dimostrato che la terapia di sostituzione ormonale non ha alcun effetto benefico sullo sviluppo della malattia di Alzheimer e può anche aumentare il rischio di una persona di sviluppare tale malattia. - Fattori genetici: il morbo di Alzheimer viene generalmente classificato in due sottotipi, in base all'età dell'insorgenza: si parla di Alzheimer precoce (early – onset AD, EOAD) e Alzheimer ad insorgenza tardiva (late – onset AD, LOAD). Il primo sottotipo rappresenta una piccola percentuale di tutti i casi della malattia, il 6%. L'età in cui sopraggiunge varia tra i 30 e i 65 anni. Geneticamente la trasmissione è di tipo autosomica dominante (una malattia genetica causata dalla forma allelica dominante di un gene difettoso, che giace su un cromosoma non sessuale, detto autosoma). Il secondo sottotipo, il morbo di Alzheimer ad insorgenza tardiva, che colpisce persone tra il 60 – 65 anni, è la forma più comune. E' stato osservato che entrambi i sottotipi, possono manifestarsi in individui con una storia familiare della malattia (circa il 60% di tutti i casi di Alzheimer precoce ha casi multipli della patologia all'interno della famiglia e il 13% di questi casi è stato ereditato attraverso una trasmissione autosomica dominante in almeno tre generazioni). <p>Nonostante tutto, il morbo di Alzheimer appare come una malattia multifattoriale, che potrebbe interessare molteplici geni suscettibili e fattori ambientali, perciò lo schema di trasmissione non è sempre coerente con le classiche regole della genetica Mendeliana.</p> <p>Attualmente, i geni associati al morbo di Alzheimer ad esordio precoce, sembrano essere tre:</p> <ul style="list-style-type: none"> APP (Proteina precursore dell'amiloide) che si trova nel cromosoma 21; presenilina 1 (PSEN1) che si trova sul cromosoma 14; presenilina 2 (PSEN2) che si trova sul cromosoma 1. <p>Per quanto riguarda il morbo di Alzheimer ad esordio tardivo, sembra essere coinvolto il gene per l'apolipoproteina (ApoE) al livello del cromosoma 19.</p> <p>Accanto a questi fattori di rischio non bisogna sottovalutare la storia medica, lo stile di vita ed i fattori ambientali</p> <p>Accanto a questi fattori di rischio, non bisogna sottovalutare la storia medica, lo stile di</p>
---	--	---

2. Linea progettuale: Promozione dell'equità in ambito sanitario

	<p>vita ed i fattori ambientali.</p> <p>Assumere uno stile di vita bilanciato, limitare il consumo di alcolici, non fumare, evitare l'utilizzo di cibi ad alto contenuto calorico e ricchi di grassi e non svolgere una vita eccessivamente sedentaria, consente di tenere sotto controllo fattori cardiovascolari, ipertensione, diabete e possibili disturbi alimentari.</p> <p>Il cervello è un organo plastico ma con poco ricambio a livello neuronale, pertanto, va prestata attenzione al suo funzionamento, trattandolo nel miglior modo possibile, garantendogli una buona ossigenazione ed una povertà di sostanze tossiche in circolo (es. eccesso di lipidi, proteine, droghe e alcool) per un'azione protettiva efficace.</p> <p>Numerose evidenze scientifiche testimoniano, inoltre, che svolgere una regolare attività fisica, favorire un'alimentazione sana, essere impegnati attraverso una stimolazione cognitiva costante e mantenere delle buone relazioni sociali riducono il rischio di demenza. Mantenere il cervello costantemente allenato e provvedere ad un potenziamento cognitivo aumenta la predisposizione di reti neurali più ricche di connessioni e, quindi, meno deteriorate.</p> <p>Ancora, da recenti ricerche si evince che avere una buona socialità può costituire un fattore protettivo contro l'insorgenza di un quadro di demenza.</p> <p>E'importante, pertanto, aumentare la consapevolezza sociale in merito per implementare i programmi di riduzione e gestione del morbo di Alzheimer.</p> <p>3. La cura</p> <p>Allo stato attuale delle conoscenze mediche, il trattamento del morbo di Alzheimer non prevede una terapia farmacologica di tipo causale, cioè che vada a colpire la causa della malattia ma si avvale di terapie farmacologiche di tipo sintomatico, il cui scopo è di rallentare le manifestazioni cliniche della patologia.</p> <p>I farmaci approvati e presenti, ad oggi, sul mercato, possono essere distinti in:</p> <ul style="list-style-type: none">- farmaci per la malattia di Alzheimer;- farmaci per i disturbi del comportamento. <p>La terapia prevede anche ulteriori trattamenti che interessano il campo emotivo, sociale, psicologico e comportamentale dell'individuo. Tutto ciò ha la finalità di rallentare la progressione della malattia e di migliorare la qualità di vita del paziente.</p> <p>4. Approccio clinico</p> <p>La demenza di Alzheimer nei suoi aspetti di progressione e nella complessità delle sue manifestazioni comporta un particolare approccio clinico e modificazioni strategiche in base agli obiettivi da perseguire.</p> <p>Il principale fine clinico che si intende perseguire è quello di sostenere una condizione di benessere generale del paziente e del suo ambiente, riducendo, in questo modo il livello di stress che scaturisce dalla gestione dei vari aspetti della malattia.</p> <p>L'espressività clinica nelle varie fasi del quadro neurodegenerativo è strettamente legata anche alla storia personale del paziente e della sua famiglia.</p> <p>La lunga durata della malattia e la sua costante evoluzione richiedono una continua modificazione anche dell'approccio clinico più opportuno da perseguire. Tuttavia, in generale, l'approccio più indicato a livello generale è sicuramente quello che prevede l'integrazione di più competenze (sanitaria, psicologica, sociale) al fine di offrire un intervento assistenziale globale.</p> <p>L'ascolto attento, partecipe, accogliente e non giudicante dei bisogni del malato risulta un aspetto primario del processo di cura.</p> <p>5. Il caregiver</p> <p>Il caregiver ha una profonda influenza sullo stato emotivo dei malati di Alzheimer, in quanto la malattia comporta l'insorgenza molto spesso di un attaccamento patologico nei confronti della primaria figura di accudimento. L'intero nucleo familiare si trova a doversi rimodulare e riorganizzare rispetto alla diagnosi di malattia.</p> <p>Il massiccio coinvolgimento della famiglia nella cura e nell'assistenza dei malati di Alzheimer ha portato, del resto, a definirla come una vera e propria "patologia familiare".</p> <p>Risulta necessario, pertanto, offrire al caregiver ed al malato un valido canale di confronto</p>
--	--

2. Linea progettuale: Promozione dell'equità in ambito sanitario

	<p>empatico rispetto al malessere sperimentato che unisca un intervento orientato tanto alla accoglienza ed all'ascolto della situazione emotiva che alla risoluzione pratica e concreta delle difficoltà quotidiane.</p> <p>6. Epidemiologia in Molise</p> <p>Il Molise ha una popolazione (ISTAT 01/01/2016) di 312. 027 abitanti, suddivisa per l'assistenza sanitaria in 7 Distretti Sanitari, per complessivi 136 comuni.</p> <p>La popolazione molisana si caratterizza per un'elevata aspettativa di vita (79,2 anni per gli uomini e 84,9 per le donne), che sta progressivamente invecchiando determinando il conseguente aumento del carico sociale e sanitario connesso alla disabilità ed alla non autosufficienza.</p> <p>L'avanzare dell'età è connessa ad importanti esigenze di cura e di assistenza, soprattutto quando l'anziano è affetto da particolari patologie tra cui la diffusa malattia di Alzheimer. L'elevato numero di soggetti con deterioramento cognitivo affetti da sindromi demenziali, nonché la previsione di un progressivo aumento di tali patologie e, conseguentemente, delle prestazioni di cura da effettuare negli anni a venire, tanto da far considerare tali patologie "Malattie ad alto impatto sociale, economico e familiare", impongono di rimodulare le caratteristiche della rete dei Servizi esistenti.</p> <p>Una stima effettuata dal CNR applicata alla popolazione anziana residente in regione al 01/01/2016 stima che nel Molise si registrano circa 6840 casi di Demenza (prevalenza attesa) con circa 1500 nuovi casi annui (incidenza).</p> <p>La proposta progettuale</p> <p>Vista la normativa di riferimento e considerate le criticità emerse dall'analisi territoriale della patologia, si è pensato ad un progetto sperimentale nell'ambito dell'assistenza ai malati di Alzheimer e ai loro familiari/caregiver. A tal fine, saranno svolte una serie di attività che andranno a coprire le criticità legate alla problematica e a stimolare un rapporto di ricerca continua sul morbo contribuendo, in tal senso, ad aumentare la letteratura scientifica in materia. La parte scientifica sarà condotta direttamente dall'A.S.Re.M., se necessario, anche mediante accordi con l'Università.</p> <p>La parte relativa alla sperimentazione di nuove pratiche e teorie idonee a migliorare la condizione di benessere del malato e del familiare/caregiver saranno gestite dall'A.S.Re.M. anche avvalendosi di associazioni di volontariato – onlus al fine di realizzare un sistema di gestione integrato che permetta di offrire un servizio migliorato con costi inferiori rispetto agli attuali. I costi di gestione e del personale saranno in parte sostenuti dal lavoro di volontari, dalle donazioni all'associazione. Il coordinamento associativo, inoltre, permetterà di aumentare il contatto con il territorio e quindi il raggiungimento delle famiglie bisognose.</p> <p>Ai fini progettuali, opereranno, con cadenza fissa, le seguenti figure professionali, dipendenti A.S.Re.M. o, se necessario, professionisti esterni:</p> <p>coordinatore progetto; medico specialista; psicologo; oss; infermiere; fisioterapista; musicista; assistente sociale; terapista occupazionale; animatori.</p>
--	--

2. Linea progettuale: Promozione dell'equità in ambito sanitario

CRONOPROGRAMMA IN FORMATO GRAFICO

7	DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO	Data inizio prevista	Data termine prevista	Possibile ulteriore proseguimento per anno successivo
		01/01/2019	31/012/2019	In valutazione

8	OBIETTIVO GENERALE	Potenziare i servizi rivolti ai malati di Alzheimer, con particolare riguardo al territorio di Larino.
---	---------------------------	--

9	OBIETTIVI SPECIFICI	Incrementare e completare la mappatura, partendo dai dati che si trovano disponibili; implementare i servizi rivolti ai malati di Alzheimer, con particolare riguardo al territorio di Larino; aumentare il numero di posti letto per i malati di Alzheimer e la loro presa in carico nel centro residenziale presso il Vietri di Larino; implementare la ricerca scientifica sul tema proponendo attività sperimentali da gestire sul campo, grazie al supporto e alla collaborazione delle università e dei centri di ricerca; garantire una risposta efficace ed efficiente al problema Alzheimer ottimizzando le risorse.
---	----------------------------	---

10	RISULTATI ATTESI	
	A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati dal progetto	Incrementare l'efficienza, ridurre la spesa economica a carico del sistema sanitario regionale, rispondere in maniera più efficace ed efficiente alla domanda presente, aumentare la qualità del servizio offerto.
	A lungo periodo, a cui tendere, non direttamente raggiungibili al termine del progetto	Porsi tra le eccellenze italiane in materia di gestione di un problema sanitario che tenderà ad aumentare negli anni.

11	PUNTI DI FORZA	
	Indicare i punti di forza	Indicare le strategie/azioni per l'implementazione
	Gestione integrata dei servizi sociali e sanitari pubblici	Avvalersi delle organizzazioni di volontariato – onlus.

2. *Linea progettuale: Promozione dell'equità in ambito sanitario*

12	PUNTI DI DEBOLEZZA	
	Indicare i punti di debolezza	Indicare le strategie/azioni per la riduzione
	Problematica in aumento ma generalmente poco conosciuta.	Aumentare la consapevolezza sociale in merito al morbo di Alzheimer per implementare i programmi di riduzione e gestione della malattia.

[illegible]

2. Linea progettuale: Promozione dell'equità in ambito sanitario

13	DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO		Breve descrizione dei contenuti	Indicatori di verifica
	Fase	Azioni		
	1	Mappatura	Indagine di bisogni e relativa scala di valutazione.	Dati di monitoraggio analitico espressi mediante indicatori numerici
	2	Apertura del CDAA	Implementazione dei servizi ai malati, con particolare riferimento al territorio di Larino, e analisi di fattibilità relativamente all'apertura di un centro diurno, nonché di un centro residenziale con 10 posti letto, presso l'Ospedale Vietri di Larino.	
	3	Integrazione dei servizi	Integrazione gestionale dei servizi preesistenti.	
	4	Monitoraggio delle attività	Rilevazione dei dati anche al fine di una valutazione scientifica del problema.	
	5	Valutazione annuale dell'operato	Valutazione ai fini di un'eventuale prosecuzione delle attività.	

14	TRASFERIBILITA' Indicare a quale altra realtà il progetto o parte di esso può essere trasferito	
	Tipo di realtà nella quale può essere implementato il progetto	Progetto o parte del progetto che può essere trasferita
	Asrem Ospedale di Comunità Larino e Venafrò	

3. Linea progettuale: Costituzione e implementazione della rete della terapia del dolore e sviluppo delle cure palliative e della terapia del dolore in area pediatrica

SCHEDA PROGETTO		
-----------------	--	--

1	LINEA PROGETTUALE	3. Costituzione e implementazione della rete della terapia del dolore e sviluppo delle cure palliative e della terapia del dolore in area pediatrica.
	TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO	Costituzione e implementazione della rete della terapia del dolore e sviluppo delle cure palliative e della terapia del dolore in area pediatrica
	AREA DI INTERVENTO	Tutelare il cittadino nell'accesso alla terapia del dolore

2	REGIONE RESPONSABILE DEL PROGETTO		
	Regione Molise	<i>Cognome Nome Responsabile</i>	Direzione Generale per la Salute/ASREM
		<i>Ruolo e qualifica</i>	
		<i>Recapiti telefonici</i>	
		<i>e - mail</i>	dgsalute@regione.molise.it

3	RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO MODALITA' DI REPERIMENTO RISORSE		
		<i>Finanziamento</i>	<i>Riferimento (Delibera, atto ecc.)</i>
			<i>Importo</i>
	<ul style="list-style-type: none"> Risorse vincolate degli obiettivi del PSN 	Accordo Stato/regioni n. 91/CSR del 6 giugno 2019 - Intesa n. 89/CSR del 6 giugno 2019 - Decreto del Commissario ad Acta n. _____ del _____	€ 572.977,00
	<ul style="list-style-type: none"> Eventuali risorse regionali 		

3. Linea progettuale: Costituzione e implementazione della rete della terapia del dolore e sviluppo delle cure palliative e della terapia del dolore in area pediatrica

4	ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
	Tipologia di costi	Importo in euro	Note
	○ Costi per la formazione		
	○ Costi gestione progetto	€ 572.977,00	
	○ Costi		
	○ Costi		

5	RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
	RISORSE NECESSARIE	N. RISORSE	NOTE
	○ Disponibili	€ 572.977,00	
	○ Da acquisire		

3. *Linea progettuale: Costituzione e implementazione della rete della terapia del dolore e sviluppo delle cure palliative e della terapia del dolore in area pediatrica*

<p>6</p>	<p>ANALISI DEL CONTESTO/ SCENARIO DI RIFERIMENTO</p> <p>Se pertinente, riportare dati epidemiologici, di attività, ecc.</p>	<p>Le linee guida per lo sviluppo della Rete delle Cure Palliative e di Terapia del Dolore Pediatriche nella regione Molise sono state disciplinate in data 08/07/2015 tramite DCA n°46. Lo scopo perseguito tramite la costituzione della Rete delle Cure Palliative e di Terapia del Dolore Pediatriche è stato quello di assicurare la migliore qualità di vita possibile al bambino malato ed ai suoi familiari, individuare i luoghi di cura e assistenza più opportuni, definire il percorso assistenziale del bambino malato, proporre indicazioni operative e standard di cura e assistenza appropriati ed uniformi per tutto l'ambito regionale.</p> <p>Epidemiologia e criteri di eleggibilità</p> <p>I dati di letteratura e le esperienze disponibili evidenziano come la mortalità annuale da patologia inguaribile sia di 1 su 10.000 bambini da 1 a 17 anni con una prevalenza di malattie inguaribili, nella stessa fascia di età, pari a 10 su 10.000 minori; nel 70% dei casi si tratta di patologie non oncologiche, prevalentemente neurodegenerative, metaboliche e genetiche. Secondo le stime del Royal College of Pediatrics and Children Health in un'area di 500.000 abitanti con una popolazione in età minore di circa 100.000 soggetti sono attesi annualmente 10 bambini terminali e/o bisognosi di cure palliative, dei quali 2-4 oncologici, 2 cardiopatici e 4-6 affetti da altra patologia.</p> <p>Nel caso della regione Molise, su una popolazione di 307 789 abitanti al 31 marzo 2018 (dati ISTAT) si stima una attesa annua di circa 6 pazienti in fase avanzata di malattia con necessità di cure palliative, dei quali 1-2 oncologici, 1 cardiopatico e 3 affetti da altre patologie.</p> <p>Il Centro di riferimento regionale di cure palliative e di terapia del dolore pediatriche è un'articolazione della rete regionale di cure palliative e terapia del dolore per adulti, svolge attività di diagnosi, cura, formazione e ricerca ed è situato presso l'Hospice di Larino (CB).</p> <p>L'Hospice di Larino (CB) ha il ruolo di coordinamento della Rete su tutto il territorio della Regione, concorre al sostegno metodologico e alla diffusione degli strumenti condivisi di lavoro, partecipa alla valutazione dei bisogni assistenziali nella progettazione dei piani di cura dei singoli casi (U.V.M.), concorre alla definizione delle strategie terapeutiche per il trattamento del dolore nell'età pediatrica, supporta la formazione degli operatori territoriali e dei caregivers ed il monitoraggio delle attività. Il Centro di riferimento partecipa ai programmi di informazione ed a iniziative culturali.</p> <p>L'equipe multiprofessionale del centro è composta dal medico responsabile dell'Hospice specializzato in cure palliative pediatriche ed altre professionalità come infermieri, psicologo, assistente sociale e fisioterapista con esperienza e formazione nel campo delle cure palliative e terapia del dolore.</p> <p>Le UU.OO di Pediatria ospedaliera e l'U.O. di Neonatologia concorrono a definire il piano di assistenza e cura supportando la gestione domiciliare e concorrendo alla gestione dell'emergenza. La residenzialità specialistica "protetta" per la Rete regionale di cure palliative pediatriche (utilizzabile anche per ricoveri di sollievo) è attuata, considerata l'esigua epidemiologia, con l'attivazione di 2/3 posti letto dedicati presso l'U.O. di Pediatria dell'Ospedale "A. Cardarelli" di Campobasso.</p> <p>L'assistenza domiciliare dei singoli casi, rispetto alle necessità diagnostiche e terapeutiche, fatte salve le competenze per l'età neonatale poste in capo all'U.O. di Neonatologia di Campobasso, provvede direttamente la rete regionale coordinata dall'Hospice di Larino nella presa in carico sin dalla definizione del piano di assistenza e garantisce la rintracciabilità telefonica H24 per gli operatori della Rete. L'attività di ambulatorio di terapia del dolore pediatrico viene organizzata in collaborazione con la Rete aziendale di terapia del dolore. Le UU.OO. ospedaliere assicurano le consulenze specialistiche in tutte le fasi del percorso assistenziale della patologia inguaribile e partecipano, per aspetti tecnici, all'addestramento del caregiver; le strutture ospedaliere concorrono alla gestione dei ricoveri nelle fasi acute della malattia.</p> <p>Le cure domiciliari vengono garantite dal personale medico infermieristico-riabilitativo, psicologico e sociale dell'Hospice di Larino supportati dal PLS/MMG; nei singoli ambiti concorrono altri professionisti eventualmente disponibili, anche afferenti alle strutture ospedaliere. L'attività domiciliare della Rete di Cure Palliative e Terapia del Dolore Pediatriche è organizzata utilizzando risorse già presenti sul territorio, con le modalità di lavoro di équipe e di funzionamento già previste per la Rete di cure palliative dell'adulto.</p> <p>Il PLS/MMG è il referente della conduzione clinica domiciliare di base del minore. La gestione specialistica domiciliare prevista dalle dimensioni strutturali e di processo che caratterizzano la rete di cure palliative e di terapia del dolore pediatriche sarà garantita in coerenza con lo</p>
----------	--	--

3. *Linea progettuale: Costituzione e implementazione della rete della terapia del dolore e sviluppo delle cure palliative e della terapia del dolore in area pediatrica*

	<p>sviluppo di modelli assistenziali di case management/primary nursing</p> <p>L'intervento psicologico è garantito sul tutto territorio regionale con i seguenti obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • valutare il bambino e la famiglia, in équipe, per l'individuazione di punti di forza e potenziali criticità nell'accesso alla Rete di Cure palliative e Terapia del dolore pediatriche; • prendere in carico bambino e famiglia nelle situazioni di dolore cronico e in prossimità della morte, qualora se ne individuasse la necessità; • prendere in carico la famiglia per la prevenzione di reazioni patologiche del lutto; • garantire il supporto al lutto rivolto ai genitori, agli eventuali fratelli e più in generale agli altri membri della famiglia e alla relativa rete sociale del minore deceduto. • predisporre programmi di supporto psicologico, di prevenzione e del trattamento del <i>burnout</i> per gli operatori che lavorano nella rete. <p>Gli interventi di supporto psicologico sono coordinati dall'Hospice di Larino (CB) in collaborazione con l'UCPP di Neuropsichiatria infantile.</p> <p>L'UCPP di Neuropsichiatria infantile partecipa inoltre per tutti gli aspetti di competenza clinica in pazienti con patologia di pertinenza neuropsichiatrica.</p> <p>L'intervento del neuropsichiatra infantile è volto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • al monitoraggio clinico della patologia di base; • alla valutazione del livello globale di sviluppo neuropsichico del bambino e degli eventuali deficit presenti nelle diverse componenti cognitive, neuropsicologiche, motorie, affettivo-relazionali e comportamentali; • alla definizione, in sinergia con i terapisti della riabilitazione, di un progetto riabilitativo specifico riferito ai suddetti deficit funzionali e al mantenimento delle competenze residue; • alla definizione, in collaborazione con le agenzie educative coinvolte (scuola, servizi sociali, ecc.) di un progetto di vita del bambino finalizzato al maggior coinvolgimento possibile nelle attività educative, didattiche, sociali prevedibili per l'età; • alla prescrizione, di presidi ed ausili riferibili alla protesizzazione delle aree di sviluppo sopracitate. <p>I servizi scolastici sono coinvolti per tutti gli aspetti di competenza all'interno di percorsi individuati dall'UCPP e/o percorsi definiti dalla normativa vigente.</p> <p>Il percorso assistenziale (Piano di assistenza individuale – PAI) è basato sull'analisi dei bisogni del paziente e della sua famiglia e si avvale di tutte le strutture e le professionalità sopra menzionate coinvolte secondo le circostanze, il decorso della malattia e l'evoluzione dei bisogni. La segnalazione del singolo caso, da qualsiasi provenienza, ha come destinatari la P.U.A. di riferimento distrettuale ed il Centro di riferimento regionale. Il progetto assistenziale inizia con U.V.M. convocata dalla P.U.A. del Distretto di residenza del piccolo paziente d'intesa con il Centro di riferimento, U.V.M. che valuta l'eleggibilità all'assistenza nella Rete di cure palliative pediatriche secondo i criteri che ne regolano l'accesso e redige il piano di assistenza individuale. All'U.V.M. partecipano stabilmente il pediatra di famiglia (o il MMG), il coordinatore infermieristico/coordinatore di percorso competente, il palliativista pediatrico del centro di riferimento, l'assistente sociale di riferimento, lo psicologo, il neuropsichiatra infantile e ogni altra figura professionale ritenuta utile e/o necessaria per il singolo percorso (a partire dal fisioterapista). Il piano di assistenza e cura viene condiviso con la famiglia;</p> <p>La presa in carico domiciliare conta sul pediatra di famiglia (o sul MMG) e sulle équipe distrettuali, nel caso di assistenza specialistica vengono attivate dal Centro di riferimento le figure professionali specialistiche.</p> <p>Formazione</p> <p>Lo sviluppo della Rete di Cure Palliative e Terapia del dolore pediatriche procede di pari passo ai percorsi formativi dei professionisti coinvolti; i programmi formativi sono articolati su due livelli, quello generico rivolto a tutti gli operatori e quello avanzato rivolto agli specialisti. Si prevede di organizzare in tal senso giornate di informazione e promozione delle cure palliative pediatriche.</p>
--	---

3. *Linea progettuale: Costituzione e implementazione della rete della terapia del dolore e sviluppo delle cure palliative e della terapia del dolore in area pediatrica*

CRONOPROGRAMMA IN FORMATO GRAFICO

7	DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO	Data inizio prevista	Data termine prevista	Possibile ulteriore proseguimento per anno successivo
		01/01/2019	31/12/2019	si

8	OBIETTIVO GENERALE	Garanzia di un intervento psicologico efficiente.
---	---------------------------	---

9	OBIETTIVI SPECIFICI	<ul style="list-style-type: none"> • favorire il lavoro dell'équipe nell'attivare modalità comunicative e relazionali adeguate per facilitare l'adattamento della famiglia al passaggio della presa in carico nella Rete di cure palliative pediatriche; • lavorare con l'équipe nella Rete di Cure palliative e Terapia del dolore pediatriche con metodologie atte a facilitare l'emergere della dimensione emotiva dei singoli operatori e dell'équipe nel suo insieme per contenere e gestire eventuali sintomi di burnout; • proporre e partecipare alla formazione continua in terapia del dolore e cure palliative pediatriche; • attivazione di percorsi formativi con il coinvolgimento dei professionisti.
---	----------------------------	--

10	RISULTATI ATTESI	
	A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati dal progetto	
	A lungo periodo, a cui tendere, non direttamente raggiungibili al termine del progetto	

3. *Linea progettuale: Costituzione e implementazione della rete della terapia del dolore e sviluppo delle cure palliative e della terapia del dolore in area pediatrica*

11	PUNTI DI FORZA	
	<i>Indicare i punti di forza</i>	<i>Indicare le strategie/azioni per l'implementazione</i>
	Intervento multispecialistico	Integrazione costante e formazione continua

12	PUNTI DI DEBOLEZZA	
	Indicare i punti di debolezza	Indicare le strategie/azioni per la riduzione
	Necessità di modulare la formazione dei vari operatori in base al proprio ruolo.	Formazione differenziata in generica e avanzata.

[illegible]

3. Linea progettuale: Costituzione e implementazione della rete della terapia del dolore e sviluppo delle cure palliative e della terapia del dolore in area pediatrica

13	DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO		Breve descrizione dei contenuti	Indicatori di verifica
	Fase	Azioni		
	1.	Formazione	<p>Gestione specialistica come da descrizione introduttiva</p> <p>Formazione generica e specialistica in base ai discenti.</p>	<p>N° di pazienti presi in carico;</p> <p>N° di pazienti presi in carico/N° annuale di decessi;</p> <p>% di decessi a domicilio/Totale dei decessi;</p> <p>Durata della presa in carico e figure professionali coinvolti;</p> <p>Giorni di ricovero/totale giorni di presa in carico e assistenza;</p> <p>Giorni di ricovero in degenza palliativa/totale giorni di ricovero;</p> <p>Presenza di un database aggiornato;</p> <p>Eventi di aggiornamento del personale per le cure palliative pediatriche di base e specialistiche;</p> <p>Percezione della famiglia della qualità dell'assistenza e della presa in carico;</p> <p>Percezione degli operatori coinvolti della qualità dell'assistenza.</p>

14	TRASFERIBILITA'	
	Indicare a quale altra realtà il progetto o parte di esso può essere trasferito	
	Tipo di realtà nella quale può essere implementato il progetto	Progetto o parte del progetto che può essere trasferita
	Asrem - Territorio regionale	Da valutare

4 Linea progettuale: Piano Nazionale della Prevenzione

SCHEDA PROGETTO		
-----------------	--	--

1	LINEA PROGETTUALE	Linea progettuale n. 4 - Piano Nazionale della Prevenzione
	TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO	Supporto al Piano Regionale della Prevenzione della Regione Molise approvato con decreto del Commissario ad Acta n. 44 del 30 giugno 2016
	AREA DI INTERVENTO	Promozione network di eccellenze regionali e rapporti stabili di confronto e collaborazione tra questi e le regioni e il Ministero

2	REGIONE RESPONSABILE DEL PROGETTO		
	Regione Molise	<i>Cognome Nome Responsabile</i>	Direzione Generale per la Salute
		<i>Ruolo e qualifica</i>	
		<i>Recapiti telefonici</i>	
		<i>e - mail</i>	dgsalute@regione.molise.it

3	RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO MODALITA' DI REPERIMENTO RISORSE		
		<i>Finanziamento</i>	<i>Riferimento (Delibera, atto ecc.)</i>
			<i>Importo</i>
	<ul style="list-style-type: none"> Risorse vincolate degli obiettivi del PSN 	Accordo Stato/regioni n. 91/CSR del 6 giugno 2019 - Intesa n. 89/CSR del 6 giugno 2019 - Decreto del Commissario ad Acta n. _____ del _____	€ 6.876,00
	<ul style="list-style-type: none"> Eventuali risorse regionali 		

4 Linea progettuale: Piano Nazionale della Prevenzione

4	ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
	<i>Tipologia di costi</i>	<i>Importo in euro</i>	<i>Note</i>
	○ Costi per la formazione		
	○ Costi gestione progetto	€ 6.876,00	
	○ Costi		
	○ Costi		

5	RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
	<i>RISORSE NECESSARIE</i>	<i>N. RISORSE</i>	<i>NOTE</i>
	○ Disponibili	€ 6.876,00	
	○ Da acquisire		

4 Linea progettuale: Piano Nazionale della Prevenzione

6	<p>ANALISI DEL CONTESTO/ SCENARIO DI RIFERIMENTO</p> <p>Se pertinente, riportare dati epidemiologici, di attività, ecc.</p>	<p>Con Intesa Stato-Regioni del 13 novembre 2014 è stato approvato il PNP 2014-2018 che presenta numerosi elementi di novità rispetto ai piani precedenti (2005-2007 e proroghe e 2010-2012 e proroga al 2013); il vigente Piano Nazionale della Prevenzione individua 10 Macroobiettivi di salute con elevata valenza strategica che le Regioni sono chiamate a perseguire attraverso la elaborazione di propri piani regionali.</p> <p>In particolare, con l'Intesa del 13-11-2014, le Regioni si sono impegnate a recepire il PNP 2014-2018 garantendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> – la applicazione, nella elaborazione del proprio Piano regionale, di visione, principi, priorità e struttura del PNP 2014-2018; – la preliminare individuazione dei programmi regionali, il più possibile integrati e trasversali rispetto ad obiettivi ed azioni, con i quali si intende dare attuazione a tutti i macro obiettivi e a tutti gli obiettivi centrali; – la definizione degli elementi - contesto, profilo di salute, trend dei fenomeni, continuità con quanto conseguito nel precedente Piano regionale della prevenzione (PRP) - funzionali ai programmi regionali individuati. – le Regioni e Province autonome hanno stabilito di confermare per gli anni 2014 - 2018, per la completa attuazione del Piano Nazionale della Prevenzione, come previsto dall'articolo 3 dell'Intesa del 3 marzo 2005, la destinazione di 200 milioni di euro, oltre alle risorse previste dagli accordi per la realizzazione degli obiettivi del Piano sanitario nazionale, ai sensi dell'articolo 1, comma 34, della legge 7 dicembre 1996, n. 662, e successive integrazioni. Tali somme sono finalizzate a sostenere il raggiungimento degli obiettivi del Piano Nazionale della Prevenzione 2014 - 2018, lo sviluppo dei sistemi di sorveglianza e l'armonizzazione delle attività di prevenzione negli ambiti territoriali (in questo senso anche l'art. 17 comma 1 dell'Intesa 10 luglio 2014 sul Patto per la Salute 2014-2018). <p>Con Accordo Stato - Regioni del 25 marzo 2015, Rep. 56/CSR è stato adottato il "Documento per la valutazione" il concernente il Piano Nazionale per la Prevenzione 2014-2018 in cui sono declinati gli obiettivi della valutazione, i requisiti per la valutazione, i criteri e l'oggetto della valutazione e le regole e la tempistica per la certificazione dei PRP.</p> <p>La Regione Molise con decreto del Commissario ad Acta n. 24 del 22 aprile 2015 ha provveduto a recepire l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano di approvazione del Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018, sancita il 13 novembre 2014 - Rep. Atti n. 156/CSR e ha approvato le proprie "Linee programmatiche" per l'attuazione del PNP.</p> <p>Con decreto del Commissario ad Acta n. 44 del 30 giugno 2016 il Molise ha definitivamente approvato, in esito alla prevista interlocuzione tecnica con il Ministero della Salute, il proprio Piano regionale della Prevenzione 2014-2018 articolato nei seguenti programmi:</p> <p>I. Programma «Screening oncologici»:</p> <ul style="list-style-type: none"> – screening della mammella; – screening del colon retto;
---	--	---

4 Linea progettuale: Piano Nazionale della Prevenzione

		<p>– screening della cervice uterina;</p> <p>II. Programma «La prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili e le azioni in favore dei malati cronici»;</p> <p>III. Programma «Screening audiologico ed oftalmologico neonatale »;</p> <p>IV. Programma «Scuola, salute e benessere»;</p> <p>V. Programma «Prevenzione delle dipendenze»;</p> <p>VI. Programma «Prevenzione degli incidenti stradali»;</p> <p>VII. Programma «Prevenzione degli incidenti domestici»;</p> <p>VIII. Programma «Infortuni sul lavoro e malattie professionali»;</p> <p>IX. Programma «Salute e Ambiente»;</p> <p>X. Programma «Prevenzione e sorveglianza delle malattie infettive»;</p> <p>XI. Programma «Sicurezza alimentare e Sanità pubblica veterinaria»;</p> <p>XII. Programma «Prevenzione del randagismo».</p> <p>All'interno di ciascun programma sono collocate specifiche azioni per il raggiungimento di tutti gli Obiettivi Centrali riferiti ai 10 Obiettivi "Macro" indicati dal documento di valutazione del PNP.</p>
--	--	--

4 Linea progettuale: Piano Nazionale della Prevenzione

CRONOPROGRAMMA IN FORMATO GRAFICO

7	DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO	Data inizio prevista	Data termine prevista	Possibile ulteriore proseguimento per anno successivo
		01/01/2019	31/12/2019	si

8	OBIETTIVO GENERALE	<p>Il PNP per la sua realizzazione e valutazione necessita di attività di supporto sul piano della programmazione e pianificazione regionale, definizione di modalità operative, monitoraggio e valutazione per i programmi di screening, individuazione di interventi preventivi efficaci, costituzione di banche dati omogenee e di qualità funzionali alle esigenze dell'epidemiologia descrittiva, clinica ed ambientale ed utili per una efficace programmazione sanitaria. Sono necessari altresì interventi di <i>quality assurance</i>, promozione della ricerca, elaborazione e condivisione di LG, divulgazione dei risultati, formazione. Tale attività di supporto al PNP viene assicurata da tre reti nazionali: l'Osservatorio Nazionale Screening (ONS), dall'Associazione Italiana Registri Tumori (AIRTum) e dall'Evidence-Based Prevention (NIEPB).</p> <p>L'Osservatorio Nazionale Screening (ONS) nasce nel 2001 come Osservatorio nazionale per la prevenzione dei tumori femminili, come rete dei centri di screening, grazie al supporto economico della LILT. Nel 2005 l'ONS assume l'attuale denominazione e amplia le sue competenze in ragione della crescente attivazione dei programmi di screening coloretale. All'ONS hanno aderito, sin dalla sua costituzione, il Gruppo italiano screening mammografico (GISMA) ed il Gruppo italiano per il cervicocarcinoma (GISCI); in ultimo ha aderito il Gruppo italiano screening coloretale (GISCOR). Il coordinamento dell'ONS ha sede presso l'ISPO di Firenze ed opera come strumento tecnico a supporto sia delle Regioni per l'attuazione dei programmi di screening, sia del Ministero della salute per la realizzazione delle politiche di screening.</p> <p>L'ONS, nell'ambito delle attività di supporto scientifico alla pianificazione nazionale e programmazione regionale e per il miglioramento della qualità dei programmi di screening attivati a livello regionale svolgerà le seguenti azioni:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Realizzazione della survey annuale per il monitoraggio delle attività di screening oncologico (valutazione LEA).</i> 2. <i>Introduzione della raccolta di dati individuali tramite la DWH nazionale di screening.</i> Supporto alle Regioni che chiederanno assistenza di carattere clinico-informatico per la predisposizione all'invio e a successiva spedizione dei dati individuali al sistema. Analisi periodica tramite cruscotto NSIS dei dati inviti e trasformazione di questi negli indicatori per valutare la qualità dei programmi di screening. 3. <i>Attività di formazione all'alto livello in ambito regionale e nazionale</i> al fine di migliorare la qualità tecnico-professionale dei professionisti
---	---------------------------	--

4 Linea progettuale: Piano Nazionale della Prevenzione

		<p>coinvolti nello screening oltre che la qualità organizzativa e gestionale dei singoli programmi.</p> <p>4. <i>Attività di Quality Assurance (QA)</i> Site-visit/audit (visite di verifica della qualità dell'erogazione a livello aziendale-regionale) da parte di gruppi di professionisti individuati dall'ONS che, con metodiche standardizzate, analizzano le performance del sistema regionale e successivamente attraverso visite sul posto siano capaci di individuare le cause organizzative-tecniche-professionali che le determinano. L'ONS organizzerà le singole <i>site visit</i>, individuerà i professionisti, curerà gli aspetti logistici. Saranno sperimentate e messe in atto modalità di <i>Quality Assurance</i> sulla base degli standard degli indicatori di qualità e di attività prodotti dalle <i>survey</i>: tali modalità comprenderanno l'esame da parte dei professionisti incaricati dei dati delle <i>survey</i>, la individuazione e segnalazione ai responsabili delle criticità rilevati, la implementazione di azioni correttive e <i>feed-back</i> all'esito dell'azione correttiva.</p> <p>5. <i>Promozione della ricerca in ambito screening;</i> 6. <i>Produzione di linee guida/procedure in ambito screening;</i> 7. <i>Sviluppo della qualità della informazione, comunicazione e rendicontazione dei risultati</i> in collaborazione con le Società scientifiche multidisciplinari. Produzione materiale informativo.</p> <p>L'Associazione Italiana Registri Tumori (AIRTum) nasce a Firenze nel 1996. L'Associazione, che non ha fini di lucro, promuove, coordina e sostiene l'attività di registrazione dei tumori in Italia nell'interesse della ricerca scientifica, della prevenzione, della pianificazione dell'assistenza, della facilitazione dell'accesso alle cure e della valutazione della loro efficacia. La banca dati dei RT è collocata presso l'ISPO di Firenze. L'Associazione Italiana Registri Tumori (AIRTum) con riferimento al supporto scientifico ed organizzativo delle attività dei Registri Tumori accreditati ed in attività, promozione della standardizzazione delle regole di registrazione, formazione continuativa del personale, valutazione della qualità dei dati e al supporto alla programmazione e valutazione degli interventi sanitari a livello locale e nazionale svolgerà le seguenti azioni:</p> <p>1. <i>Integrazione tra i vari registri Tumori (RT) italiani;</i> 2. <i>Banca dati AIRTUM;</i> I dati dei RT regionali e locali vanno inviati alla banca dati AIRTum; la banca dati è consultabile attraverso una piattaforma di interrogazione e analisi interattiva dei dati dei registri (ITACAN) e produce report annuali di approfondimento sui dati epidemiologici di diffusione del cancro in Italia. Tutte le pubblicazioni prodotte sono liberamente consultabili sul sito AIRTum www.registri-tumori.it. 3. <i>Copertura territoriale;</i> 4. <i>Tempestività dei dati;</i> 5. <i>Qualità dei dati;</i> 6. <i>Formazione;</i> 7. <i>Accreditamento:</i> i nuovi RT, prima di inviare i dati alla banca dati AIRTum, devono superare un percorso di accreditamento, fondamentale per garantire la qualità dei dati. I RT «in attività» possono chiedere ad AIRTUM un tutoraggio per garantire qualità ed omogeneità nella registrazione. Nella Regione Molise, la Giunta Regionale, con D.G.R. n. 297 dell'8 maggio 2012, ha approvato le «Indicazioni operative per l'attivazione del Registro Tumori di Popolazione, del Registro Unico di Mortalità e del Registro dei Mesoteliomi». La Giunta ha individuato quale vincolo</p>
--	--	---

4 Linea progettuale: Piano Nazionale della Prevenzione

		<p>istituzionale il conseguimento dell'accreditamento del Registro regionale da parte dell' AIRTum. Con L.R. Molise 6 ottobre 2017, n. 14 «Istituzione dei registri di patologie di rilevante interesse sanitario e di particolare complessità» è stata formalizzata la istituzione del Registro tumori regionale (art. 2 comma 1 lett. a). Il Registro è attivo ed opera con <i>tutor</i> individuato da AIRTum; è stato avviato il percorso per l'accreditamento.</p> <p>8. <i>I dati per la ricerca, la programmazione e l'ambiente.</i></p> <p>9. <i>Pubblicazione de "I numeri del cancro in Italia 2018".</i></p> <p>Il Network per l'Evidence-based Prevention (NIEPB) è costituito da una rete di ricercatori e collaboratori dell'Agenzia Regionale di Sanità (ARS) della Toscana, dell'Università del Piemonte Orientale e dell'Università Cattolica del sacro Cuore di Roma. Sviluppa metodologie per promuovere l'identificazione degli interventi preventivi efficaci a supporto della pianificazione regionale per la prevenzione. Il NIEPB svolgerà le seguenti azioni:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Supporto ai Piani Regionali di Prevenzione (PRP)</i> Messa a disposizione di documenti di efficacia e di interventi efficaci e trasferibili su tutti i fattori di rischio identificati dal PNP. Utilizzo della matrice NIEPB delle evidenze che, per quasi tutti i principali fattori di rischio del PNP, raccoglie le migliori evidenze di efficacia disponibili nella letteratura scientifica accreditata secondo un approccio standardizzato. La matrice è accessibile liberamente dal sito: http://niebp.agenas.it/matrice.aspx. Supporto alle Regioni per la scelta degli interventi efficaci per il raggiungimento degli obiettivi del PNP attraverso l'utilizzo della matrice NIEPB delle evidenze. 2. <i>Formazione e aggiornamento di professionisti impegnati nell'attuazione del PRP;</i> 3. <i>Disseminazione delle evidenze e completamento ed aggiornamento della matrice NIEPB delle evidenze.</i>
--	--	---

4 Linea progettuale: Piano Nazionale della Prevenzione

9	OBIETTIVI SPECIFICI	<p>- Attività di Supporto al Piano Nazionale della Prevenzione:</p> <p><u>A) OSSERVATORIO NAZIONALE SCREENING:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Realizzazione della <i>survey</i> nazionale delle attività dei programmi di screening effettuate nel 2019 ➤ Produzione di indicatori per il monitoraggio delle attività svolte dalle Regioni; ➤ Calcolo degli indicatori per la valutazione dell'adempimento dei LEA per il Ministero della Salute; ➤ Formazione a livello regionale e nazionale; ➤ Attività di <i>Quality Assurance</i>. <p><u>B) ASSOCIAZIONE ITALIANA REGISTRI TUMORI:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Tutoraggio del RT Molise nel percorso di accreditamento; ➤ Formazione; ➤ Analisi dati; ➤ Produzione materiale scientifico ed informativo. <p><u>C) NETWORK PER L'EVIDENCE-BASED PREVENTION:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Supporto alle Regioni per la pianificazione e valutazione dei PRP, orientamento nella scelta di interventi efficaci per il raggiungimento degli obiettivi di PNP attraverso l'uso della matrice NIEPB; ➤ Formazione e aggiornamento di professionisti impegnati nell'attuazione del PRP;
---	----------------------------	---

	RISULTATI ATTESI	
10	<p>A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati dal progetto</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Raggiungimento Obiettivi sub lettere A.1, A.2, A.3, B.1, B.2, C. • Realizzazione di iniziative di collaborazione con l'ONS, con l'AIRTum e con il NIEPB al fine di promuovere e rafforzare i tre Network a supporto dell'attuazione del PNP; <p>Finanziamento dei Network ONS-Air.TUM.-NIEPB conformemente a quanto stabilito dal Patto per la Salute.</p>
	<p>A lungo periodo, a cui tendere, non direttamente raggiungibili al termine del progetto</p>	<p>Miglioramento della qualità dei programmi di screening attivati a livello regionale</p>

4 Linea progettuale: Piano Nazionale della Prevenzione

11	PUNTI DI FORZA	
	Indicare i punti di forza	Indicare le strategie/azioni per l'implementazione
	Network a supporto dell'attuazione del PNP	Previsione attività di rafforzamento del network

12	PUNTI DI DEBOLEZZA	
	Indicare i punti di debolezza	Indicare le strategie/azioni per la riduzione
	Tempi di attuazione	Azioni sinergiche

[illegible]

4 Linea progettuale: Piano Nazionale della Prevenzione

13	DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO		Breve descrizione dei contenuti	Indicatori di verifica
	Fase	Azioni		
	1	Obiettivo A (ONS)		
	2	Obiettivo B (Air.TUM.)		1) Analisi dati del Registro Tumori di cui alla L.R. Molise 6 ottobre 2017, n. 14 Tutoraggio nel percorso di accreditamento del registro molisano.
	3	Obiettivo C (NIEPB)		Formazione e aggiornamento di professionisti impegnati nell'attuazione del PRP. Evento formativo interregionale.

14	TRASFERIBILITA'	
	Indicare a quale altra realtà il progetto o parte di esso può essere trasferito	
	Tipo di realtà nella quale può essere implementato il progetto	Progetto o parte del progetto che può essere trasferita
	Regione Molise	Da valutare

5. Linea progettuale: La tecnologia sanitaria innovativa come strumento di integrazione ospedale territorio.

SCHEMA PROGETTO

1	LINEA PROGETTUALE	Linea progettuale n. 5 – La tecnologia sanitaria innovativa come strumento di integrazione ospedale territorio.
	TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO	Intervento 1: Strumenti a supporto dell'efficientamento del sistema regionale di controllo della qualità ed appropriatezza delle prestazioni sanitarie. Intervento 2: Le tecnologie a supporto dell'integrazione tra i due aspetti dell'assistenza: l'ospedale ed il territorio. Intervento 3: Diagnosi precoce di demenza di Alzheimer: studio pilota per messa a punto e validazione di test ematici e liquorali utilizzando una nuova generazione di anticorpi policlonali e monoclonari
	AREA DI INTERVENTO	Favorire l'utilizzo della telemedicina

2	REGIONE RESPONSABILE DEL PROGETTO		
	Regione Molise	<i>Cognome Nome Responsabile</i>	Direzione Generale per la Salute
		<i>Ruolo e qualifica</i>	
		<i>Recapiti telefonici</i>	
		<i>e - mail</i>	dgsalute@regione.molise.it

INTERVENTO 1: STRUMENTI A SUPPORTO DELL'EFFICIENTAMENTO DEL SISTEMA REGIONALE DI CONTROLLO DELLA QUALITÀ ED APPROPRIATEZZA DELLE PRESTAZIONI SANITARIE.

3	RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO MODALITA' DI REPERIMENTO RISORSE		
	<i>Finanziamento</i>	<i>Riferimento (Delibera, atto ecc.)</i>	<i>Importo</i>
	<ul style="list-style-type: none"> Risorse vincolate degli obiettivi del PSN 	Accordo Stato/regioni n. 91/CSR del 6 giugno 2019 - Intesa n. 89/CSR del 6 giugno 2019 - Decreto del Commissario ad Acta n. _____ del _____	€ 679.382,00
	<ul style="list-style-type: none"> Eventuali risorse regionali 		

5. Linea progettuale: La tecnologia sanitaria innovativa come strumento di integrazione ospedale territorio.

4	ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
	<i>Tipologia di costi</i>	<i>Importo in euro</i>	<i>Note</i>
	○ Costi per la formazione		
	○ Costi gestione progetto	€ 679.382,00	
	○ Costi		
	○ Costi		

5	RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
	<i>RISORSE NECESSARIE</i>	<i>N. RISORSE</i>	<i>NOTE</i>
	○ Disponibili	€ 679.382,00	
	○ Da acquisire		

5. Linea progettuale: La tecnologia sanitaria innovativa come strumento di integrazione ospedale territorio.

6	<p>ANALISI DEL CONTESTO/ SCENARIO DI RIFERIMENTO</p> <p>Se pertinente, riportare dati epidemiologici, di attività, ecc.</p>	<p>La valutazione dell'efficacia, efficienza e equità dei sistemi sanitari si rapporta, sempre di più, con l'individuazione delle cure necessarie escludendo fenomeni di inappropriatezza.</p> <p>La garanzia di tutela del servizio sanitario nazionale, pone, infatti, la necessità di identificare specifiche priorità come la valutazione dell'efficacia, la riorganizzazione delle modalità e dei <i>setting</i> di erogazione delle cure, la realizzazione di meccanismi di integrazione e coordinamento ai vari livelli del sistema.</p> <p>L'aumento dei costi sanitari, inoltre, contestualmente all'esigenza di promuovere qualità e sicurezza, colloca la valutazione dell'appropriatezza al centro delle politiche sanitarie nazionali, regionali e locali.</p> <p>È la valutazione sull'appropriatezza delle cure può costituire quindi la base per compiere le scelte migliori sia per l'organizzazione dei servizi assistenziali e la garanzia di efficacia degli stessi.</p> <p>Tuttavia il ricorso inappropriato ad alcune prestazioni, come l'utilizzo improprio dei ricoveri ospedalieri è ancora molto esteso e ciò, sommato ai differenti livelli di qualità dei servizi sanitari sul territorio nazionale, rappresenta un fattore di criticità da non sottovalutare ai fini della sostenibilità del sistema e della sua equità.</p> <p>Il D.lgs. n. 229 del 1999 fa riferimento all'appropriatezza quale componente strutturale dei livelli essenziali di assistenza (LEA), anche per rispondere al principio dell'economicità nell'impiego delle risorse.</p> <p>In base a tale principio, è stata prevista l'esclusione, dalle prestazioni erogate, di quelle tipologie di assistenza che, in presenza di altre forme assistenziali volte a soddisfare le medesime esigenze, non garantiscono un uso efficiente delle risorse quanto a modalità di organizzazione ed erogazione (art. 1, comma 7, lett. C, D.lgs. n. 229 del 1999) ed è stata definita a livello nazionale, per le prestazioni di ricovero, una lista di 43 DRG considerati «ad alto rischio di inappropriatezza in regime ordinario» (Allegato 2C del DPCM del 29 novembre 2001), per i quali è possibile il trattamento dei pazienti in regimi assistenziali alternativi, a minor impiego di risorse, senza pregiudicarne la qualità o l'efficacia. Il provvedimento ha, inoltre, assegnato alle Regioni il compito di indicare una soglia di ammissibilità, ovvero la quota parte dei ricoveri riferibili a tali DRG che è possibile erogare in regime di degenza ordinaria, sulla base di rilevazioni locali.</p> <p>Il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017 ha, quindi, proceduto, alla Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, prevedendo ulteriori indicazioni in materia di appropriatezza organizzativa. Nell'ambito del progetto "Mattoni SSN" sono stati ampliati e approfonditi molti aspetti relativi alla misurazione e incentivazione dell'uso appropriato dell'ospedale.</p> <p>Il Patto per la Salute 2010-2012, nel ribadire la necessità di perseguire l'efficienza, la qualità e l'appropriatezza dell'assistenza sanitaria, anche ai fini del raggiungimento dell'equilibrio economico, introduce un ampio <i>set</i> di indicatori, fra cui alcuni specificamente destinati al monitoraggio dell'appropriatezza organizzativa, aggiornando anche la lista di DRG ad alto rischio di inappropriatezza se erogati in regime di ricovero ordinario.</p> <p>Esistono due differenti approcci allo studio dell'appropriatezza: uno di tipo clinico e uno di carattere organizzativo.</p> <p>L'appropriatezza clinica prende in considerazione le indicazioni all'effettuazione di prestazioni sanitarie relative a specifici interventi o procedure diagnostiche; è la cosiddetta appropriatezza specifica, che tende a stabilire se un determinato intervento sanitario è stato eseguito con un margine sufficientemente largo tra benefici e rischi. Il percorso per la valutazione dell'appropriatezza clinica è complesso e può avvalersi di una serie di strumenti quali Linee Guida, Audit clinici, percorsi clinici formalizzati o "<i>Clinical pathways</i>".</p> <p>L'attività di controllo di appropriatezza verifica, quindi, l'erogazione delle prestazioni all'utente, sia in termini assistenziali che organizzativi.</p> <p>In particolare, l'attività comprende:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>controllo di appropriatezza assistenziale</i> - verifica del livello di adeguatezza e di qualità delle prestazioni erogate, comprendendo i livelli sia formali che sostanziali,
---	--	---

5. Linea progettuale: La tecnologia sanitaria innovativa come strumento di integrazione ospedale territorio.

	<p>nell'ottica di un miglioramento continuo;</p> <ul style="list-style-type: none">• <i>controllo di appropriatezza nella classificazione dell'utente</i> - verifica circa la corretta classificazione dell'utente, così come definite dal sistema informativo regionale per le specifiche tipologie di unità d'offerta;• <i>controllo di appropriatezza amministrativa</i> - verifica circa la corretta rendicontazione delle prestazioni erogate dalle unità di offerta sociosanitarie. <p>A livello regionale con il DCA n. 3/2010 sono state approvate le linee guida per l'organizzazione dei controlli delle prestazioni in regime di ricovero e delle prestazioni di medicina specialistica ambulatoriale.</p> <p>In tal senso l'attività di controllo si compone di una fase amministrativa, una fase tecnico sanitaria.</p> <p>I controlli effettuati sia l'attività di ricovero (SDO/DRG) sono effettuati sulla base di diversificate metodiche (Es. ADP- DRG per le Case di cura; APR - MAAP per gli Ospedali Pubblici e Privati; PRUO per il controllo degli Istituti Pubblici; APPRO per la valutazione dei Ricoveri in DH; Disease Staging per i ricoveri in riabilitazione;). Per quanto attiene alle prestazioni di Medicina Specialistica Ambulatoriale – A.P.G. il Controllo deve riguardare l'esame dell'appropriatezza e della congruità delle prestazioni nonché il controllo della conformità dell'applicazione dei ticket sanitari in base alla normativa nazionale vigente e alle disposizioni regionali.</p> <p>Il progetto in argomento prevede il miglioramento dei sistemi informativi anche rispetto all'innovazione tecnologica derivante dalla normativa sulla regolamentazione dei nuovi sistemi informativi sanitari che prevedono la completa digitalizzazione delle procedure afferenti l'assistenza, come nel caso dell'introduzione del CUNA rispetto alla ricetta elettronica, al Fascicolo Sanitario elettronico, nell'ottica dell'interconnessione delle base dati dei Sistemi informativi ad oggi esistenti.</p> <p>A tale scopo si intende procedere ad un complessivo efficientamento delle procedure e dei supporti hardware e software disponibili per lo sviluppo e lo svolgimento delle attività di controllo.</p> <p>Le azioni specifiche programmate afferiscono ad i seguenti ambiti:</p> <p>Definizione di un Piano strategico volto all'efficientamento del sistema di controllo regionale: entro la cornice normativa e di programmazione di riferimento si ritiene di individuare azioni specifiche tese all'individuazione di nuovi ambiti di controllo al fine di garantire il miglior funzionamento del sistema;</p> <p>Progettazione e sviluppo/acquisizione di strumenti tecnici, tra cui hardware e software, al fine di condurre le attività di controllo programmate;</p> <p>Supporto professionale specifico per le attività connesse alle azioni poste in essere.</p>
--	--

5. Linea progettuale: La tecnologia sanitaria innovativa come strumento di integrazione ospedale territorio.

CRONOPROGRAMMA IN FORMATO GRAFICO

7	DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO	Data inizio prevista	Data termine prevista	Possibile ulteriore proseguimento per anno successivo
		01/01/2019	31/12/2019	In valutazione

8	OBIETTIVO GENERALE	<p>L'obiettivo del presente intervento è quello di assicurare il controllo dell'appropriatezza e della congruità delle prestazioni di assistenza sanitaria erogabili nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale sulla base della classificazione di riferimento e delle relative tariffe in vigore.</p> <p>Tale obiettivo risulta strumentale alla garanzia di formulare in maniera corretta ed efficace le azioni di programmazione sanitaria e di consentire un esame dei fabbisogni assistenziali continuamente aggiornato anche rispetto al mantenimento dell'equilibrio economico finanziario.</p>
---	---------------------------	---

9	OBIETTIVI SPECIFICI	<p>Definizione di un Piano strategico volto all'efficientamento dei sistema di controllo regionale;</p> <p>acquisizione di strumenti tecnici, tra cui hardware e software, al fine di condurre le attività di controllo programmate;</p> <p>Supporto professionale specifico per le attività connesse alle azioni poste in essere.</p>
---	----------------------------	--

10	RISULTATI ATTESI	
	A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati dal progetto	Il completamento delle azioni progettuali consentirà di assicurare la completezza dei controlli, il miglioramento della qualità di dati, l'efficientamento dei sistemi informativi, il perfezionamento delle procedure di programmazione.
	A lungo periodo, a cui tendere, non direttamente raggiungibili al termine del progetto	Complessivo miglioramento delle "performance" del Sistema assistenziale regionale.

11	PUNTI DI FORZA	
	Indicare i punti di forza	Indicare le strategie/azioni per l'implementazione
	Supporto professionale specifico	Aggiornamento

5. Linea progettuale: La tecnologia sanitaria innovativa come strumento di integrazione ospedale territorio.

12	PUNTI DI DEBOLEZZA	
	Indicare i punti di debolezza	Indicare le strategie/azioni per la riduzione
	Necessità di aggiornamento costante	Azioni specifiche

DIAGRAMMA DI GANT												
Descrizioni delle azioni relative a ogni fase	Mesi 12											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Inizio progetto	x											
Fase attuativa e di monitoraggio		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Conclusione progetto												x
Valutazione												x

13	DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO		Breve descrizione dei contenuti	Indicatori di verifica
	Fase	Azioni		
				100% strutture controllate; % di completezza dei dati disponibili all'interno delle base dati dei sistemi informativi; Completamento dell'interconnessione dei sistemi informativi

5. Linea progettuale: La tecnologia sanitaria innovativa come strumento di integrazione ospedale territorio.

14	TRASFERIBILITA' Indicare a quale altra realtà il progetto o parte di esso può essere trasferito	
	Tipo di realtà nella quale può essere implementato il progetto	Progetto o parte del progetto che può essere trasferita
	Asrem	Da valutare

5. Linea progettuale: La tecnologia sanitaria innovativa come strumento di integrazione ospedale territorio.

INTERVENTO 2: LE TECNOLOGIE A SUPPORTO DELL'INTEGRAZIONE TRA I DUE ASPETTI DELL'ASSISTENZA: L'OSPEDALE ED IL TERRITORIO.

3	RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO MODALITA' DI REPERIMENTO RISORSE		
	<i>Finanziamento</i>	<i>Riferimento (Delibera, atto ecc.)</i>	<i>Importo</i>
	<ul style="list-style-type: none"> Risorse vincolate degli obiettivi del PSN 	Accordo Stato/regioni n. 91/CSR del 6 giugno 2019 - Intesa n. 89/CSR del 6 giugno 2019 - Decreto del Commissario ad Acta n. _____ del _____	€ 320.000,00
	<ul style="list-style-type: none"> Eventuali risorse regionali 		

4	ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
	<i>Tipologia di costi</i>	<i>Importo in euro</i>	<i>Note</i>
	<ul style="list-style-type: none"> Costi per la formazione 		
	<ul style="list-style-type: none"> Costi gestione progetto 	€ 320.000,00	
	<ul style="list-style-type: none"> Costi 		
	<ul style="list-style-type: none"> Costi 		
	<ul style="list-style-type: none"> 		

5	RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
	<i>RISORSE NECESSARIE</i>	<i>N. RISORSE</i>	<i>NOTE</i>
	<ul style="list-style-type: none"> Disponibili 	€ 320.000,00	
	<ul style="list-style-type: none"> Da acquisire 		

5. Linea progettuale: La tecnologia sanitaria innovativa come strumento di integrazione ospedale territorio.

6	<p>ANALISI DEL CONTESTO/ SCENARIO DI RIFERIMENTO</p> <p>Se pertinente, riportare dati epidemiologici, di attività, ecc.</p>	<p>L'atto di indirizzo per il 2018 del Ministro della Salute, tra le altre raccomandazioni, ha sollecitato l'utilizzo della Information and Communications Technology (ICT) nel settore della sanità, anche al fine di diminuire l'importanza della discrezionalità nei meccanismi decisionali concernenti l'acquisizione di nuove tecnologie ed il loro rinnovo, aumentando di converso la partecipazione delle categorie professionali e dei criteri scientifici più aggiornati.</p> <p>Le tecnologie sanitarie innovative, se ben contestualizzate in una riforma sistemica che ha come perno fondamentale l'integrazione tra ospedale e territorio, quale quella del Sistema Sanitario regionale molisano, costituisce un fattore determinante per la realizzazione di modelli sia assistenziali che organizzativi rispondenti ai nuovi bisogni di salute della popolazione molisana.</p> <p>L'adozione di piattaforme e di soluzioni innovative devono essere realizzate in funzione di supporto al nuovo modello di servizio sanitario basato sui pilastri della continuità assistenziale, del <i>care management</i>, della deospedalizzazione e della piena cooperazione tra tutti i soggetti coinvolti nella filiera della salute e del benessere. Ciò comporta necessariamente un efficientamento delle risorse oggi utilizzate.</p> <p>Infatti, la digitalizzazione deve essere considerata non solo come un cambiamento progressivo del modo di fare assistenza, ma una vera e propria opportunità: l'adozione di soluzioni basate sulle tecnologie dell'informazione e delle comunicazioni (ICTs) diventa un'operazione strumentale, finalizzata al miglioramento dell'appropriatezza, dell'efficienza e dell'efficacia, attraverso l'efficientamento complessivo del SSR.</p> <p>Il Ministero della Salute ha anche individuato, tra le traiettorie tecnologiche, quelle dell'<i>active & healthy ageing</i>, e cioè quelle tecnologie per l'invecchiamento attivo e l'assistenza domiciliare.</p> <p>È vero anche che la salute è un esito in costante ridefinizione e mutamento lungo tutto il corso di vita di processi culturali e biologici, e interventi e cure dovrebbero essere implementati tenendo conto del genere, dell'età, dell'appartenenza etnica e culturale.</p> <p>La tecnologia nel settore sanitario è un elemento fondamentale e il suo contributo al miglioramento della salute e della qualità di vita dei cittadini è da sempre irrinunciabile. Allo stesso tempo, considerando che le proposte di nuove tecnologie sono in continuo aumento, l'impatto economico della loro introduzione è sempre più significativo.</p> <p>Attraverso quindi questa linea progettuale, l'ASReM vuole garantire anche l'implementazione di tali traiettorie, consentendo all'intero Sistema, tra l'altro oggetto di una profonda riorganizzazione strutturale, di intercettare le principali sfide che caratterizzano il Sistema Sanitario regionale, come l'invecchiamento della popolazione, l'aumentata incidenza di molte patologie croniche degenerative, lo sviluppo di opzioni di diagnosi e trattamento innovativi. La direzione è quella di una medicina personalizzata per il trattamento e per la prevenzione di numerose patologie di grande rilevanza e d'impatto sull'utilizzo delle risorse economiche. Queste sfide, in una logica complessiva, dovranno essere affrontate anche attraverso lo sviluppo di progetti sistemici, articolati e integrati nel contesto sanitario ed informativo regionale.</p> <p>In una visione di contesto, ad esempio, l'introduzione ormai a regime del Fascicolo Sanitario Elettronico ha rappresentato un importante passaggio per la sanità molisana, provando a <i>linkare</i> in rete tutto il Sistema, mettendo a disposizione dei cittadini/utenti una nuova piattaforma di servizi <i>information intensive</i>, uno strumento attraverso cui ogni cittadino può tracciare e consultare tutta la storia della propria vita sanitaria, condividendola con i professionisti sanitari per garantire un servizio più efficace ed efficiente.</p> <p>L'utilizzo della tecnologia sanitaria innovativa è da intendersi quindi come valido supporto d'integrazione ospedale territorio, e tende al miglioramento complessivo della qualità dei servizi sanitari regionali. I principali obiettivi sono quello di agevolare l'assistenza del paziente, offrire un servizio che possa facilitare l'integrazione delle diverse competenze professionali, fornire una base informativa consistente.</p> <p>È vero anche che la maggior parte delle tecnologie oggi sono concentrate nell'ambito ospedaliero, anche per via della storica organizzazione che ha caratterizzato il Sistema sanitario molisano nel suo passato. Meno diffuso è il loro utilizzo in ambito territoriale per la garanzia della continuità delle cure. La diffusione di strumenti tarati sull'integrazione di servizi ospedalieri e territoriali, in cui collaborano equipe multiprofessionali (medici, infermieri, amministrativi, etc.), talora distanti logisticamente tra loro, diventa strategica per rendere più efficiente il sistema sanitario e migliorare la qualità assistenziale attraverso l'ottimizzazione delle procedure per la continuità delle cure.</p> <p>Questa linea progettuale servirà a migliorare le tecnologie a supporto dell'integrazione tra i due aspetti dell'assistenza, e cioè l'Ospedale ed il territorio, affinando anche il grado di accountability dei percorsi domiciliari.</p> <p>Le nuove risorse tecnologiche per l'assistenza sanitaria e sociosanitaria da implementare nel territorio regionale (es. teleconsulto, telesalute, teleassistenza, etc.) saranno a supporto della riorganizzazione del Sistema, sia nei setting assistenziali territoriali e nei PDTA, sia in altri setting caratterizzati da esigenze di prossimità territoriale come quelli della prevenzione, della salute mentale o in quelli più specificatamente ospedalieri.</p> <p>Saranno implementate le soluzioni ed i servizi per la continuità assistenziale ospedale-territorio, garantendo solide strutture informatiche anche ai percorsi diagnostico terapeutici oggi in vigore in Molise. Particolare attenzione si porrà alla presa in carico del paziente cronico attraverso la trasmissione a distanza di parametri clinici interpretati e gestiti dai professionisti sanitari</p>
---	--	---

5. Linea progettuale: *La tecnologia sanitaria innovativa come strumento di integrazione ospedale territorio.*

		<p>all'interno di un piano assistenziale individuale.</p> <p>La tecnologia sanitaria innovativa, intesa come l'insieme di attrezzature sanitarie, dispositivi medici, farmaci, sistemi diagnostici, procedure mediche e chirurgiche, percorsi assistenziali e assetti strutturali e organizzativi nei quali viene erogata l'assistenza sanitaria, darà modo di definire al meglio strategie di assistenza coordinate ed integrate tramite l'ottimizzazione dei processi prestazionali socio-sanitarie.</p> <p>Nell'ambito dell'intero sistema delle cure regionale, inoltre, sarà riconosciuta la rilevanza delle tecnologie "organizzative", utili a migliorare efficienza ed efficacia degli interventi assistenziali pubblici, valorizzando anche il ruolo degli stakeholders coinvolti e con un'attenzione particolare a quanto attiene l'<i>assessment</i>.</p>

5. Linea progettuale: La tecnologia sanitaria innovativa come strumento di integrazione ospedale territorio.

CRONOPROGRAMMA IN FORMATO GRAFICO

7	DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO	Data inizio prevista	Data termine prevista	Possibile ulteriore proseguimento per anno successivo
		01/01/2019	31/12/2019	In valutazione

8	OBIETTIVO GENERALE	<ul style="list-style-type: none"> • focalizzare l'intervento di prevenzione e salute a livello di popolazione e non di pazienti; • promuovere la digitalizzazione dei percorsi di presa in carico per favorire l'integrazione tra ospedale e territorio; • agevolare l'assistenza del paziente facilitando l'integrazione delle diverse competenze professionali; • favorire l'impiego della telemedicina per la garanzia di una migliore qualità assistenziale attraverso il monitoraggio delle attività svolte ed il supporto alle decisioni cliniche; • ottimizzare l'integrazione dei PDTA per la gestione del paziente, soprattutto per le fragilità; • supportare la residenzialità e domiciliarità; • migliorare l'empowerment del paziente e la qualità della vita; • re ingegnerizzare i flussi informativi sanitari anche in funzione della riduzione delle liste di attesa; • migliorare le performance del SSR, fornendo una base informativa consistente.
---	---------------------------	--

9	OBIETTIVI SPECIFICI	<ul style="list-style-type: none"> • focalizzare l'intervento di prevenzione e salute a livello di popolazione e non di pazienti; • promuovere la digitalizzazione dei percorsi di presa in carico per favorire l'integrazione tra ospedale e territorio; • agevolare l'assistenza del paziente facilitando l'integrazione delle diverse competenze professionali; • favorire l'impiego della telemedicina per la garanzia di una migliore qualità assistenziale attraverso il monitoraggio delle attività svolte ed il supporto alle decisioni cliniche; • ottimizzare l'integrazione dei PDTA per la gestione del paziente, soprattutto per le fragilità; • supportare la residenzialità e domiciliarità; • migliorare l'empowerment del paziente e la qualità della vita; • re ingegnerizzare i flussi informativi sanitari anche in funzione della riduzione delle liste di attesa; • migliorare le performance del SSR, fornendo una base informativa consistente.
---	----------------------------	--

5. Linea progettuale: La tecnologia sanitaria innovativa come strumento di integrazione ospedale territorio.

10	RISULTATI ATTESI	
	A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati dal progetto	Gli obiettivi sopra descritti sono esplicativi dei risultati attesi da questa attività progettuale.
	A lungo periodo, a cui tendere, non direttamente raggiungibili al termine del progetto	<p>Quest'annualità rappresenta un ulteriore tassello per la completa riorganizzazione dell'intero Sistema sanitario e che permetterà alla Regione Molise di disporre di un rinnovato e potenziato modello, ben integrato tra i vari settori dell'assistenza, che favorirà il progressivo superamento di alcune criticità espresse nelle precedenti parti.</p> <p>L'opportunità dell'utilizzo delle tecnologie sanitarie, così come immaginato in fase di progettazione, garantirà inoltre un potenziamento del grado di <i>accountability</i> in grado di verificare la qualità assistenziale delle strutture regionali pubbliche, in una logica di <i>benchmarking</i> caratterizzata dalla competitività positiva.</p>

11	PUNTI DI FORZA	
	Indicare i punti di forza	Indicare le strategie/azioni per l'implementazione
	Utilizzo delle tecnologie sanitarie	Implementazione delle tecnologie disponibili

12	PUNTI DI DEBOLEZZA	
	Indicare i punti di debolezza	Indicare le strategie/azioni per la riduzione
	Tempi di realizzazione	Massimizzazione dei tempi previsti

[illegible]

5. Linea progettuale: La tecnologia sanitaria innovativa come strumento di integrazione ospedale territorio.

13	DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO		Breve descrizione dei contenuti	Indicatori di verifica
	Fase	Azioni		
				<ul style="list-style-type: none"> Potenziamento flussi per l'assistenza integrata tra ospedale e territorio;
				<ul style="list-style-type: none"> N. pazienti censiti nei flussi informativi regionali;
				<ul style="list-style-type: none"> Attivazione nuovi flussi;
				<ul style="list-style-type: none"> Aumento della dotazione di tecnologie sanitarie innovative;

14	TRASFERIBILITA' Indicare a quale altra realtà il progetto o parte di esso può essere trasferito	
	Tipo di realtà nella quale può essere implementato il progetto	Progetto o parte del progetto che può essere trasferita
	Regione Molise	Da valutare

5. Linea progettuale: La tecnologia sanitaria innovativa come strumento di integrazione ospedale territorio.

INTERVENTO 3: DIAGNOSI PRECOCE DI DEMENZA DI ALZHEIMER: STUDIO PILOTA PER MESSA PUNTO E VALIDAZIONE DI TEST EMATICI E LIQUORALI UTILIZZANDO UNA NUOVA GENERAZIONE DI ANTICORPI POLICLONALI E MONOCLONALI BREVETTATI.

3	RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO MODALITA' DI REPERIMENTO RISORSE		
	<i>Finanziamento</i>	<i>Riferimento (Delibera, atto ecc.)</i>	<i>Importo</i>
	<ul style="list-style-type: none"> Risorse vincolate degli obiettivi del PSN 	Accordo Stato/Regioni n. 91/CSR del 6 giugno 2019 - Intesa n. 89/CSR del 6 giugno 2019 - Decreto del Commissario ad Acta n. _____ del _____	€ 30.000,00
	<ul style="list-style-type: none"> Eventuali risorse regionali 		

4	ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
	<i>Tipologia di costi</i>	<i>Importo in euro</i>	<i>Note</i>
	<ul style="list-style-type: none"> Costi per la formazione 		
	<ul style="list-style-type: none"> Costi gestione progetto 	€ 30.000,00	
	<ul style="list-style-type: none"> Costi 		
	<ul style="list-style-type: none"> Costi 		
	<ul style="list-style-type: none"> Costi 		

5. Linea progettuale: La tecnologia sanitaria innovativa come strumento di integrazione ospedale territorio.

5	RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
	<i>RISORSE NECESSARIE</i>	<i>N. RISORSE</i>	<i>NOTE</i>
	○ Disponibili	€ 30.000,00	
	○ Da acquisire		

5. Linea progettuale: La tecnologia sanitaria innovativa come strumento di integrazione ospedale territorio.

6	<p>ANALISI DEL CONTESTO/ SCENARIO DI RIFERIMENTO</p> <p>Se pertinente, riportare dati epidemiologici, di attività, ecc.</p>	<p>La demenza è in crescente aumento nella popolazione generale ed è stata definita secondo il Rapporto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e di Alzheimer Disease International una priorità mondiale di salute pubblica: "Nel 2010 35,6 milioni di persone risultavano affette da demenza con stima di aumento del doppio nel 2030, del triplo nel 2050, con 7,7 milioni di nuovi casi all'anno (1 ogni 4 secondi) e con una sopravvivenza media, dopo la diagnosi, di 4-8-anni. La stima dei costi è di 604 miliardi di dollari all'anno con incremento progressivo e continua sfida per i sistemi sanitari. Tutti i Paesi devono includere le demenze nei loro programmi di salute pubblica. A livello internazionale, nazionale regionale e locale sono necessari programmi e coordinamento su più livelli e tra tutte le parti interessate" (fonte: Ministero Salute http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2402&area=demenze&menu=vuoto)</p> <p>La popolazione anziana è in continua crescita nei paesi occidentali, ed in Italia la tendenza verso un invecchiamento rilevante della popolazione assume livelli preoccupanti in alcune regioni come la Liguria, il Friuli Venezia-Giulia, il Molise ed il Piemonte.</p> <p>Il maggior fattore di rischio associato all'insorgenza delle demenze è l'età e, in una società che invecchia, l'impatto del fenomeno è di dimensioni allarmanti. Si prevede che queste patologie diventeranno, in tempi brevi, uno dei problemi più rilevanti in termini di sanità pubblica.</p> <p>Il sesso femminile rappresenta un importante fattore di rischio per l'insorgenza della demenza di Alzheimer, la forma più frequente di tutte le demenze (circa il 60%). La prevalenza della demenza nei paesi industrializzati è circa del 8% negli ultrasessantacinquenni e sale ad oltre il 20% dopo gli ottanta</p> <p>Secondo alcune proiezioni, i casi di demenza potrebbero triplicarsi nei prossimi 30 anni nei paesi occidentali. In Italia, secondo le proiezioni demografiche, nel 2051 ci saranno 280 anziani ogni 100 giovani, con aumento di tutte le malattie croniche legate all'età, e tra queste le demenze.</p> <p>Attualmente il numero totale dei pazienti con demenza è stimato in oltre 1 milione (di cui circa 600.000 con demenza di Alzheimer) e circa 3 milioni sono le persone direttamente o indirettamente coinvolte nella loro assistenza, con conseguenze anche sul piano economico e organizzativo.</p> <p>In termini di disabilità -basandosi sulle valutazioni della scala Disability-adjusted life years (DALY)- risulta che il peso della demenza è, nei Paesi EU, quasi doppio di quello generato da una patologia pur invalidante e diffusa come il diabete (Fonte: Ministero della salute: http://www.salute.gov.it/demenze/paginaInternaDemenze.jsp?id=2402&lingua=italiano&menu=dati).</p> <p>Ad oggi non sono noti né i meccanismi molecolari responsabili della malattia né esiste la possibilità di avere una diagnosi certa (se non post-mortem) né tantomeno esiste una terapia efficace per la cura della DA né per le altre demenze ad essa associate [Herrmann et al, 2011]. L'identificazione di marcatori delle fasi precoci della malattia è fondamentale per agire il più precocemente possibile (farmacologicamente) per rallentare la progressione della DA, e diventa essenziale per organizzare in una fase iniziale (anche quando il paziente può ancora partecipare e collaborare) una azione coordinata e mirata di counseling con medici, familiari e caregivers, attivando anche percorsi di riabilitazione cognitiva adeguati. I meccanismi molecolari che causano la forma di demenza più diffusa, la demenza di Alzheimer (DA), sono ancora sconosciuti, così come non è chiara la funzione fisiologica delle proteine geneticamente coinvolte nella genesi della malattia (la proteina precursore dell'amiloide-APP- e le preseniline -PSs) (Hardy, 2009) Gli oligomeri solubili dei peptidi β-amiloide (Aβ) (Teller 1996), o gli aggregati intracellulari della</p>
---	--	---

5. Linea progettuale: La tecnologia sanitaria innovativa come strumento di integrazione ospedale territorio.

	<p>proteina tau iperfosforilata (noti come grovigli neurofibrillari o NTFS), sono considerati, in alternativa, come la causa più probabile della neurodegenerazione in AD e ad oggi rappresentano i marcatori più accreditati della malattia. Tuttavia, dati recenti hanno messo in dubbio l'"ipotesi dell'amiloide"; in particolare, studi clinici basati sull'immunizzazione attiva o passiva contro Aβ hanno dimostrato che la riduzione del carico cerebrale di amiloide non corrisponde ad una riduzione della gravità della demenza.</p> <p>Negli ultimi anni abbiamo seguito una ipotesi differente: la nostra ipotesi decifra l'azione sia di APP sia le PSs non solo legata alla formazione di amiloide, ma primariamente verso il condizionamento di un altro recettore necessario per la funzionalità neuronale: LRP8. Infatti LRP8 é degradato nei pazienti affetti da AD ed i suoi frammenti C-terminali sono molto numerosi in tali pazienti. Tanto da costituire marker di patologia.</p> <p>Abbiamo sviluppato anticorpi verso tali frammenti (Deposito brevettuale n. 102018000021157). Questi anticorpi sono in grado di rilevare le quantità di frammenti C-terminali di LRP8 con diverse metodologie da campioni biologici da pazienti, in maniera molto sensibile.</p> <p>Proponiamo di utilizzare questi anticorpi in un progetto pilota per la diagnosi precoce di AD in pazienti ancora non-AD ossia in quella fase prodromica definita "Mild cognitive impairment (MCI). Il progetto ha la durata di un anno.</p>
--	---

5. Linea progettuale: La tecnologia sanitaria innovativa come strumento di integrazione ospedale territorio.

CRONOPROGRAMMA IN FORMATO GRAFICO

7	DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO	Data inizio prevista	Data termine prevista	Possibile ulteriore proseguimento per anno successivo
		01/01/2019	31/12/2019	In valutazione

8	OBIETTIVO GENERALE	Obiettivo del progetto é quello di validare due diversi anticorpi monoclonali (GS1m e GS3m) per effettuare una diagnosi precoce di demenza di Alzheimer in una popolazione di soggetti affetti da Mild Cognitive Impairment e da pazienti clinicamente affetti da AD, attraverso l'analisi di campioni biologici dei pazienti.
---	---------------------------	--

9	OBIETTIVI SPECIFICI	<p>➤ inserimento lavorativo di pazienti affetti da disturbi mentali presso cooperative di tipo B individuate dalla A.S.Re.M. – CSM al fine di favorire l'autonomia e l'inserimento sociale dei pazienti;</p> <p>➤ riduzione delle attività in carico al servizio di salute mentale.</p> <p>Indicatori per la valutazione degli obiettivi specifici</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tenuta lavorativa del paziente • Ricoveri ospedalieri • TSO • Numero di Visite ambulatoriali • Numero di episodi critici • Drops-Out • Valutazione del Funzionamento Sociale • Valutazione del Carico Familiare • Numero di gg trascorsi in attività produttive
---	----------------------------	--

5. Linea progettuale: La tecnologia sanitaria innovativa come strumento di integrazione ospedale territorio.

10	RISULTATI ATTESI	
	A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati dal progetto	<p>La realizzazione del progetto potrà permettere di:</p> <ul style="list-style-type: none"> -validare uno strumento innovativo di diagnosi precoce di demenza di Alzheimer; <p>Ottenere dati significativi che consentano di stabilire un rischio effettivo di sviluppare la malattia confrontando un gruppo di controllo con un gruppo MCI con il gruppo di pazienti clinicamente avanzati (AD).</p> <p>-La diagnosi precoce é indispensabile nei pazienti affetti da demenza per tre ordini di ragioni:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) innanzi tutto permette di iniziare terapie di sostegno, e di protezione neuronale molto tempo prima, rallentando quindi la progressione della malattia e riducendone anche i costi assistenziali 2) Permetterebbe ai pazienti, familiari e caregivers ed agli operatori sanitari ed assistenziali di anticipare ed organizzare gli eventi che la malattia (allo stato incurabile e progressiva) causerà; migliorando quindi i percorsi assistenziali e riducendo l'impatto emozionale ed economico; 3) Permetterebbe di "guadagnare tempo" in previsione di una terapia. Allo stato attuale non vi é terapia per la demenza di Alzheimer (i farmaci in uso sono poco più che palliativi), tuttavia gli anticorpi GS1m e GS3m sono potenziali bloccanti dei frammenti del recettore LRP8 e, opportunamente modificati, potrebbero essere usati in trials clinici terapeutici. Ovviamente questo richiederà tempo e risorse economiche non indifferenti. Guadagnare tempo sarà quindi molto importante qualora nuove terapie vengano identificate
	A lungo periodo, a cui tendere, non direttamente raggiungibili al termine del progetto	Identificazione di una terapia per arrestare la progressione della malattia di Alzheimer

11	PUNTI DI FORZA	
	Indicare i punti di forza	
	Metodologia innovativa	

12	PUNTI DI DEBOLEZZA	
	Indicare i punti di debolezza	
	Costi futuri	

5. Linea progettuale: La tecnologia sanitaria innovativa come strumento di integrazione ospedale territorio.

DIAGRAMMA DI GANT												
Descrizioni delle azioni relative a ogni fase	Mesi 12											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Inizio progetto	x											
Fase attuativa e di monitoraggio		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Conclusione progetto												x
Valutazione												x

DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO				
13	Fase	Azioni	Breve descrizione dei contenuti	Indicatori di verifica
	1.	Individuazione pazienti Raccolta campioni Esame dei campioni		<ul style="list-style-type: none"> - Reclutamento dei pazienti classificati come MCI e AD clinici e reclutamento gruppo controllo (pazienti normali, non affetti né da MCI né da AD). Numerosità dei soggetti reclutati. - Raccolta campioni dai tre gruppi di pazienti. Numerosità campioni (Liquor, plasma, urine) - Numero di campioni positivi secondo analisi mediante metodica ELISA o western blotting o LC-Massa nei tre gruppi. - Valutazione statistica della sensibilità e specificità del dato diagnostico. - Validazione tecnica della procedura - Documenti di output: dati statistici, pubblicazioni scientifiche.

5. Linea progettuale: La tecnologia sanitaria innovativa come strumento di integrazione ospedale territorio.

14	TRASFERIBILITA' Indicare a quale altra realtà il progetto o parte di esso può essere trasferito	
	Tipo di realtà nella quale può essere implementato il progetto	Progetto o parte del progetto che può essere trasferita
	Regione Molise	Da valutare