

1. *Linea progettuale: Percorso diagnostico terapeutico condiviso e personalizzato per pazienti con multicronicità – anche in relazione all'emergenza Covid 19*

SCHEDA PROGETTO

1	LINEA PROGETTUALE	1. Percorso diagnostico terapeutico condiviso e personalizzato per pazienti con multicronicità – anche in relazione all'emergenza Covid 19
	TITOLO DEL PROGETTO E DEGLI INTERVENTI PER ESTESO	<p>Intervento 1: Cure primarie e PDTA personalizzati per pazienti con multicronicità anche in relazione all'emergenza Covid 19</p> <p>Intervento 2: Sperimentazione del “<i>Budget di Salute</i>” quale strumento per la realizzazione di progetti terapeutici riabilitativi individualizzati con particolare riferimento alle malattie mentali e alle dipendenze – borse lavoro per inserimento lavorativo.</p>
	AREA DI INTERVENTO	Miglioramento dell'efficienza e dell'accessibilità delle cure.

2	REGIONE MOLISE RESPONSABILE DEL PROGETTO		
	Azienda Sanitaria Regionale del Molise – A.S.Re.M./Regione Molise	<i>Cognome Nome Responsabile</i>	
		<i>Ruolo e qualifica</i>	
		<i>Recapiti telefonici</i>	
		<i>e - mail</i>	

1. Linea progettuale: Percorso diagnostico terapeutico condiviso e personalizzato per pazienti con multicronicità – anche in relazione all'emergenza Covid 19"

INTERVENTO 1: Cure primarie e PDTA personalizzati per pazienti con multicronicità anche in relazione all'emergenza Covid 19

RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO MODALITA' DI REPERIMENTO RISORSE			
3	Finanziamento	Riferimento (Delibera, atto ecc.)	Importo
	Risorse vincolate degli obiettivi del PSN	Accordo Stato/Regioni n. 281/CSR del 21 dicembre 2022 - Intesa n. 280/CSR del 21 dicembre 2022 - Decreto del Commissario ad Acta n _____ del _____	1.885.000

ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO			
4	Tipologia di costi	Importo in euro	Note
	Costi per la formazione		
	Costi gestione progetto	1.885.000	

RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO			
5	RISORSE NECESSARIE	N. RISORSE	NOTE
	Disponibili	1.885.000	
	Da acquisire		

1. *Linea progettuale: Percorso diagnostico terapeutico condiviso e personalizzato per pazienti con multicronicità – anche in relazione all'emergenza Covid 19"*

Atto: DEC.COMSAN 2025/91 del 27-05-2025
 Servizio proponente: DS.06 ECONOMICO FINANZIARI SSR
 Copia Del Documento Firmato Digitalmente

<p style="text-align: center;">ANALISI DEL CONTESTO/ SCENARIO DI RIFERIMENTO</p> <p>6</p> <p>Se pertinente, riportare dati epidemiologici, di attività, ecc.</p>	<p>La prospettiva di programmazione strategica del Sistema Sanitario Nazionale è rivolta allo sviluppo e messa in campo di azioni in grado di migliorare l'erogazione delle prestazioni per i cittadini, ottimizzare l'organizzazione sanitaria, monitorare i LEA e funzionalmente la spesa sanitaria.</p> <p>Il buon funzionamento dei sistemi sanitari tradotto in termini di qualità, efficacia, equità e sostenibilità, dunque, sempre più spesso si rapporta alla capacità di determinare le priorità nella programmazione sanitaria e di identificare i giusti percorsi di cura, minimizzando fenomeni di inappropriately e di rischio clinico.</p> <p>In quest'ottica di funzionamento del SSN, una delle principali sfide per il nostro sistema sanitario è caratterizzata dalla gestione delle malattie croniche, <u>in particolare la gestione dei pazienti affetti da multicronicità.</u></p> <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.</p> <p>Tenendo in considerazione che gli obiettivi di cura dei pazienti con cronicità, non potendo essere rivolti alla guarigione, sono finalizzati al miglioramento del quadro clinico e dello stato funzionale, alla minimizzazione della sintomatologia, alla prevenzione della disabilità, alla riduzione del peso di tale condizione clinica sull'individuo, sulla sua famiglia e sul contesto sociale e, dunque, al miglioramento della qualità di vita.</p> <p>La direzione verso cui si dovrebbe tendere passa, inevitabilmente, dal potenziamento dei servizi extra ospedalieri, ossia dai servizi territoriali e di assistenza sanitaria extra ospedaliera, legati alle risorse messe a disposizione.</p> <p>Si delinea, quindi, un modello incentrato sulle cure territoriali e domiciliari integrate che delega all'assistenza ospedaliera la gestione dei casi acuti/complessi non gestibili dagli operatori sanitari delle cure primarie.</p> <p>In questo modello organizzativo lo strumento per garantire appropriatezza ed efficacia dell'assistenza è costituito dai Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA), ossia uno strumento di gestione clinica basato sulle migliori evidenze scientifiche e caratterizzato 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>Lo scopo di questi percorsi clinici è, pertanto, quello di definire sul territorio provinciale un percorso omogeneo strutturato e multidisciplinare per la gestione della patologia/condizione trattata, ottimizzare la rete dei servizi cercando, ove possibile, di venire incontro alle esigenze dei pazienti, assicurare durante tutte le fasi la continuità assistenziale e promuovere la comunicazione e il confronto tra i professionisti coinvolti (centralità della persona, orientamento a una migliore organizzazione dei servizi sanitari, piena responsabilizzazione di tutti gli attori dell'assistenza sanitaria), tenendo conto in analisi delle risorse disponibili e garantendo i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Assicurando, dunque, l'appropriatezza dell'erogazione del servizio sanitario richiesto, in un'ottica di efficacia e accessibilità delle cure.</p>
---	---

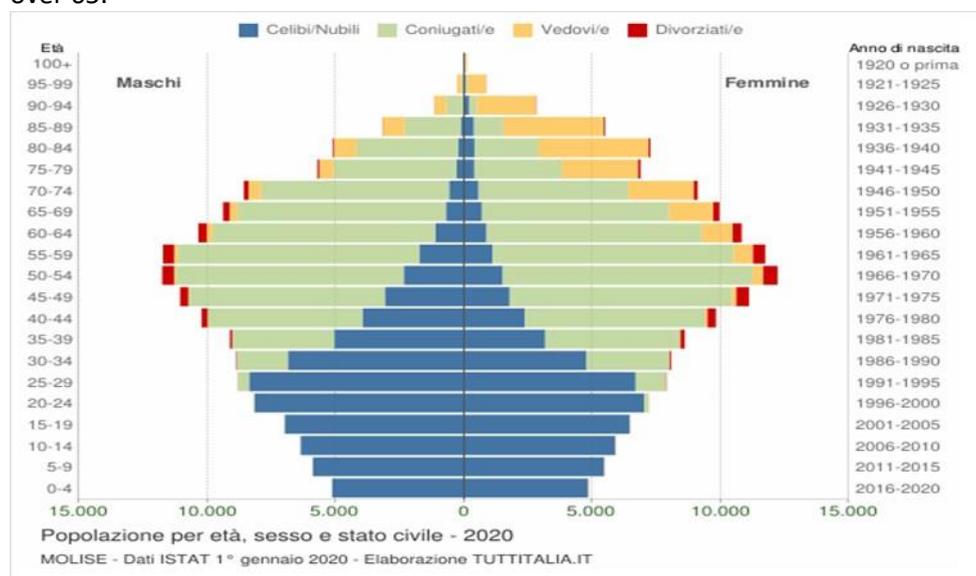
1. *Linea progettuale: Percorso diagnostico terapeutico condiviso e personalizzato per pazienti con multicronicità – anche in relazione all'emergenza Covid 19"*

L'obiettivo generale di questa attività progettuale è quello di contribuire alla promozione di quanto delineato a livello nazionale attraverso azioni specifiche mirate a favorire il dialogo tra i vari attori sanitari regionali in un'ottica di orientamento non sull'analisi della singola malattia, ma una presa in carico globale che permetta di tenere in considerazione la presenza contemporanea di più patologie croniche per uno stesso paziente e, attraverso la modernizzazione e il miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali, determinare il miglioramento della qualità della vita del paziente.

In Molise da molti anni si sta ormai osservando l'instaurarsi di due fenomeni: da un lato il progressivo invecchiamento della popolazione, derivante da un aumento dell'aspettativa di vita, dall'altro l'incremento della prevalenza di numerose patologie croniche.

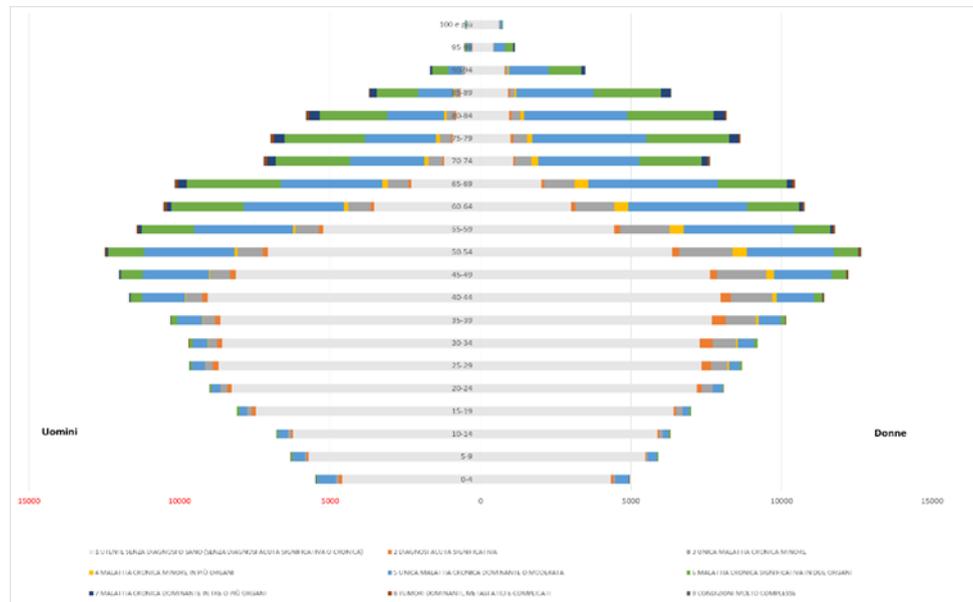
In Molise, la quota di cittadini ultra sessantacinquenni rappresenta, infatti, il 24,23% della popolazione (308.493 nel 2018), quella degli ultra 75enni il 12,87% e quella degli ultra85enni il 4,32%.

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



1. *Linea progettuale: Percorso diagnostico terapeutico condiviso e personalizzato per pazienti con multicronicità – anche in relazione all'emergenza Covid 19"*

Atto: DEC.COMSAN 2025/91 del 27-05-2025
 Servizio proponente: DS.06 ECONOMICO FINANZIARI SSR
 Copia Del Documento Firmato Digitalmente



Negli stessi perimetri regionali, la distribuzione delle patologie è diversa in base al Distretto dove queste si manifestano. Ciò deve spingere la programmazione regionale verso la costruzione di forme organizzative specifiche, tali cioè da modulare la presenza di specialisti, di strutture e di politiche assistenziali lì dove i dati dimostrano che ve n'è più necessità, principalmente per le patologie croniche e multicroniche.

Le previsioni dell'ISTAT confermano i processi in atto: l'età media continuerà a crescere, tendendo ad aumentare di circa due anni ogni dieci, e superare nel 2050 i 52 anni.

L'indice di dipendenza strutturale tenderà ad aumentare notevolmente: nel 2030 sarà già di otto punti percentuali superiore a quello del 2020 (63%), nel 2040 aumenterà fino al 73% e toccherà il 79% nel decennio successivo. L'indice di dipendenza degli anziani inciderà rispettivamente del 46% (quasi 10 punti percentuali in più rispetto a livello attuale), del 57% e del 64% sulla popolazione attiva; per cui il carico della popolazione anziana sarà sempre maggiore e graverà significativamente sulla popolazione attiva, che – al contrario – sarà in continua diminuzione, con effetti negativi sull'interno sistema previdenziale.

L'indice di vecchiaia è quello che mostra – più degli altri – un futuro allarmante, in quanto si registra un distacco notevole sin dal 2017 (207%) al 2030; secondo le previsioni l'indice sarà pari al 276% e continuerà ad aumentare esponenzialmente fino al 351% nel 2040 e al 403% nel 2050. Questo significa che per ogni bambino con meno di 14 anni ci saranno 4 anziani con più di 65 anni. I tassi di natalità (in diminuzione) e di mortalità (in crescita) continueranno i loro trend, ampliando il divario e il saldo naturale (derivante dalla differenza tra il numero di nati e di morti)

1. *Linea progettuale: Percorso diagnostico terapeutico condiviso e personalizzato per pazienti con multicronicità – anche in relazione all'emergenza Covid 19"*

risulterà sempre più negativo, dal 2030 diminuirà di 2.019 persone, rispetto alle 1.785 del 2017.

La popolazione anziana (ultra 65enni) stimata al 24% del totale, aumenterà costantemente fino al 2050, anno in cui oltrepasserà il 35,5%. Inoltre, la percentuale relativa agli over 85 crescerà notevolmente, passando da 4,3% attuali, al 5,7% del 2040, giungendo nel 2050 al 7,6%; al contrario, la proporzione di popolazione giovanile (0-14 anni), scenderà costantemente (11,6% 2017, 10,3% 2030, 9,4% 2040 e 8,8% 2050).

Previsioni al 2030, 2040 e 2050 della Regione Molise con base al 2017.

Anno	EM	P65	P85	IDS	IDA	IV	TF	SVN-M	SVN-F	SVN-M65	SVN-F65
2017	46,3	24	4,3	55	37	207	1,21	79,7	84,9	18,7	18,7
2030	48,6	28,3	4,4	63	46	276	1,24	81,3	86,6	19,7	19,7
2040	50,7	33	5,7	73	57	351	1,26	82,1	87,4	20,3	20,3
2050	52,4	35,5	7,6	79	64	403	1,27	82,9	88,2	20,8	20,8

Legenda:

EM = Età Media

P65 = Percentuale di popolazione over 65 sulla totalità della popolazione residente

P85 = Percentuale di popolazione over 85 sulla totalità della popolazione residente

IDS = Indice di dipendenza strutturale in percentuale

IDA = Indice di dipendenza degli anziani in percentuale

IV = Indice di vecchiaia in percentuale

TF = Tasso di Fecondità

SVN-M = Speranza di vita alla nascita (maschi) in percentuale

SVN-F = Speranza di vita alla nascita (femmine) in percentuale

SVN-M65 = Speranza di vita a 65 anni (maschi) in percentuale

SVN-F65 = Speranza di vita a 65 anni (femmine) in percentuale

Dagli scenari futuri si evince che la popolazione molisana continuerà a subire trasformazioni rilevanti nella struttura per età: si registra la costante crescita dei soggetti ultrasessantacinquenni e una accentuata riduzione della classe in età lavorativa (popolazione adulta tra i 15-64 anni: 64,5% attuali fino al 55,7% nel ventennio successivo). Inoltre, si nota che gli ultra-ottantacinquenni saranno, quasi, numericamente uguali alla fascia di bambini da zero a 14 anni.

Le previsioni evidenziano la crescita numerica e proporzionale della popolazione anziana e l'incremento di individui più longevi, sicuramente per il costante miglioramento della qualità e delle condizioni della vita e degli sviluppi in campo medico. Nondimeno, se l'allungamento della vita può essere considerato una vittoria, l'invecchiamento demografico incide su molteplici aspetti della società: sul piano economico, previdenziale, assistenziale, sanitario. La presenza crescente di anziani richiederà prontezza nell'erogare le richieste sempre maggiori di servizi sociosanitari e di cura, considerando che le patologie cronico-degenerative contraddistinguono le società con maggiore percentuale di anziani.

Dall'analisi del contesto molisano, 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.

1. *Linea progettuale: Percorso diagnostico terapeutico condiviso e personalizzato per pazienti con multicronicità – anche in relazione all'emergenza Covid 19"*

La Regione, inoltre, ha definito specifici percorsi diagnostico terapeutico assistenziali (PDTA), integrati tra ospedale e territorio, per le principali patologie cronico degenerative e per le condizioni ad elevato impatto sociale. Nell'ambito di tali percorsi sono determinati i contributi dei diversi professionisti coinvolti (medico di medicina generale, medico specialista, infermiere), nello specifico ci si è concentrati su specifiche tipologie di assistiti. In particolare, la Regione Molise ha finalizzato l'elaborazione di PDTA per la gestione del paziente cronico con riferimento allo scompenso cardiaco, diabete, BPCO e gestione della terapia con anticoagulanti orali. Nelle forme di cronicità, specie le più avanzate una medicina basata sulla persona appare più adeguata ed esaustiva nei confronti dei bisogni che si creano in tale situazione e più appropriata nelle risposte.

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

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

In questo contesto, si continuerà l'opera di "messa a regime" delle cure domiciliari sia a livello regionale che aziendale, favorendo le cure in ADI, attraverso azioni tese ad applicare efficientemente le Linee guida per l'integrazione sociosanitaria, l'UVM e il PAI e coinvolgendo in maniera attiva anche la Medicina Generale.

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.

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

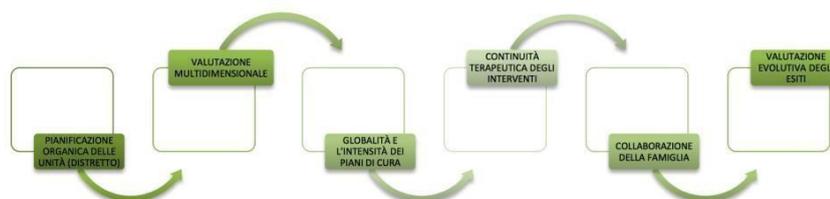
1. *Linea progettuale: Percorso diagnostico terapeutico condiviso e personalizzato per pazienti con multicronicità – anche in relazione all'emergenza Covid 19"*

L'invecchiamento della popolazione si accompagna anche ad un aumento della prevalenza di malattie croniche e, quindi, ad aumento della spesa sanitaria. Specificatamente, in Molise la spesa procapite è tra le più alte in Italia, e conseguentemente anche la spesa farmaceutica aumenta significativamente. Quanto di tale incremento di spesa sia da ascrivere al fenomeno dell'invecchiamento popolazione è intuibile considerando che, a livello italiano, circa il 65% della spesa del Servizio Sanitario Nazionale ed il 70% della spesa farmaceutica è utilizzata per la cura e l'assistenza alle persone anziana.

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 multiprofessionale, (medicina generale, assistenza infermieristica, specialistica, assistenza domiciliare) che possano rappresentare una risposta coordinata ed efficace alle richieste dei pazienti con multicronicità, anche al fine di ridurre il ricorso a esami diagnostici inappropriati e/o non pianificati.

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.

1. *Linea progettuale: Percorso diagnostico terapeutico condiviso e personalizzato per pazienti con multicronicità – anche in relazione all'emergenza Covid 19"*

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 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.

Il percorso assistenziale già organizzato negli anni precedenti prevede per il 2022 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.

1. *Linea progettuale: Percorso diagnostico terapeutico condiviso e personalizzato per pazienti con multicronicità – anche in relazione all'emergenza Covid 19"*

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.).

Infine, il modello d'integrazione multiprofessionale proposto ha la finalità strategica di attivare un'azione di comunicazione quale elemento indispensabile tra i diversi operatori, tra i vari servizi, tra i differenti livelli (territorio/ospedale), necessario soprattutto in questo momento storico che impone una particolare attenzione al rischio per i malati cronici di contagio da Covid-19.

Le persone anziane che soffrono di una o più malattie pregresse hanno più probabilità di sviluppare sintomi e complicanze, comportando la necessità di un'assistenza continua.

La sindemia di malattie croniche e covid ha creato una situazione nella quale la gestione delle malattie croniche è diventata ancor più complessa e prioritaria poiché la situazione emergenziale ha sicuramente impattato in modo rilevante sulla capacità del sistema sanitario di garantire cure adeguate a tutti i malati cronici. In questo contesto diventano ancora più importanti tutte le attività per la clinical governance dei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali.

Il Progetto, pertanto, 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.

1. *Linea progettuale: Percorso diagnostico terapeutico condiviso e personalizzato per pazienti con multicronicità – anche in relazione all'emergenza Covid 19"*

CRONOPROGRAMMA IN FORMATO GRAFICO

7	DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO	Data inizio prevista	Data termine prevista	Possibile ulteriore proseguimento per anno successivo
		01/01/2022	31/12/2022	Si

8	OBIETTIVO GENERALE	Promozione di un approccio unitario centrato sulla persona, orientato a una migliore organizzazione dei servizi e alla piena responsabilizzazione di tutti gli attori dell'assistenza determinando un miglioramento della qualità della vita del paziente, implementando le disponibilità delle risorse umane e strumentali.
---	---------------------------	--

9	OBIETTIVI SPECIFICI	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ottimizzazione dell'assistenza riducendo il ricorso a esami diagnostici ripetitivi e inappropriati; ➤ Ottimizzazione della gestione della multicronicità in relazione al rischio di infezione da Covid – 19;
---	----------------------------	---

RISULTATI ATTESI	
10	<p>A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati dal progetto</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Attivazione di nodi sensibili della rete assistenziale, favorendo una visione globale del paziente cronico; ➤ Modernizzazione e miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali nella fase di costruzione di un Piano Assistenziale Individuale (PAI); ➤ Contrasto e limitazione al rischio di infezione da covid – 19 per i pazienti affetti da multicronicità.
	<p>A lungo periodo, a cui tendere, non direttamente</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Miglioramento dello stato di salute degli anziani; ➤ Rallentamento nell'incremento del consumo di farmaci.

1. *Linea progettuale: Percorso diagnostico terapeutico condiviso e personalizzato per pazienti con multicronicità – anche in relazione all'emergenza Covid 19"*

raggiungibili al termine del progetto	➤ Diminuzione percentuale di correlazione tra mortalità da Covid –19 e presenza di più condizioni croniche.
---------------------------------------	---

PUNTI DI FORZA	
Indicare i punti di forza	Indicare le strategie/azioni per l'implementazione
11 <ul style="list-style-type: none"> Competenza e qualità professionale del personale sanitario. 	Valutazione multidimensionale e multidisciplinare del bisogno della persona affetta da malattie croniche attraverso il dialogo tra le diverse figure coinvolte e definizione di un Piano di cura personalizzato, con individuazione degli obiettivi di cura, dei tempi di recupero e delle tipologie di intervento non per singola malattia, ma attraverso una visione globale della persona.

PUNTI DI DEBOLEZZA	
Indicare i punti di debolezza	Indicare le strategie/azioni per la riduzione
12 <ul style="list-style-type: none"> Difficoltà nella gestione della domanda sanitaria connessa alla transazione epidemiologica; 	Mappatura territoriale degli individui affetti da più patologie e vulnerabili al rischio di contagio da Covid-19.

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	x		
Conclusione progetto														x
Valutazione														x

1. Linea progettuale: Percorso diagnostico terapeutico condiviso e personalizzato per pazienti con multiconicità – anche in relazione all'emergenza Covid 19"

DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO			
Fase	Azioni	Breve descrizione dei contenuti	Indicatori di verifica
713	Piena realizzazione dei PDTA regionali e aziendali per pazienti affetti da multiconicità.	Favorire il dialogo tra i vari attori sanitari regionali in un'ottica di orientamento non sulla singola malattia, ma una presa in carico globale che permetta di tenere in considerazione la presenza contemporanea di più patologie croniche per uno stesso paziente.	<ul style="list-style-type: none"> Numero di pazienti con patologie croniche presi in carico tramite Strutture Territoriali ASReM;
	Contrasto Covid- 19	Mappatura territoriale degli individui affetti da più patologie e vulnerabili al rischio di contagio da Covid-19	<ul style="list-style-type: none"> incremento o diminuzione della % del tasso di mortalità da Covid-19 per i pazienti affetti da patologie croniche
	Monitoraggio e valutazione	Stesura di report mensili sullo stato di attuazione del progetto al fine di ottenere una base di dati utili alla valutazione in riferimento allo svolgimento delle diverse fasi progettuale in vista del raggiungimento dei risultati attesi nei tempi previsti.	report mensili
	Comunicazione e diffusione	Azione trasversale di diffusione dell'iniziativa progettuale, delle strategie e delle azioni individuate, finalizzate al raggiungimento dei risultati attesi e degli obiettivi specifici, attraverso campagne di sensibilizzazione e diffusione dei risultati sul territorio regionale e nazionale mediante il supporto delle piattaforme informatiche e siti web.	statistiche del sito web

1. Linea progettuale: Percorso diagnostico terapeutico condiviso e personalizzato per pazienti con multicronicità – anche in relazione all'emergenza Covid 19"

14	TRASFERIBILITA' Indicare a quale altra realtà il progetto o parte di esso può essere trasferito	
	Tipo di realtà nella quale può essere implementato	Progetto o parte del progetto che può essere trasferita
	Sistemi Sanitari Regionali	<p>Il progetto propone un sistema di <i>clinical governance</i> dei percorsi diagnostico – terapeutico – assistenziali facilmente replicabile in altri territori e trasferibile ad altri contesti.</p> <p>Scopo principale è quello di sviluppare una metodologia e strumenti operativi in grado di porre in essere un approccio multidisciplinare e multisettoriale orientato a una migliore organizzazione dei servizi e alla piena responsabilizzazione di tutti gli attori dell'assistenza sanitaria in riferimento alla presa in carico di pazienti affetti da multicronicità.</p> <p>Favorendo un dialogo tra i vari attori sanitari regionali basato non sulla singola malattia, ma su una presa in carico totale del paziente in un'ottica che permetta di tenere in considerazione la presenza contemporanea di più patologie croniche per uno stesso paziente, si potranno raggiungere risultati in termini di ottimizzazione dell'assistenza riducendo il ricorso a esami diagnostici ripetitivi e inappropriati, limitazione del carico del trattamento farmacologico, ottimizzazione della gestione della multicronicità in relazione al rischio di infezione da Covid – 19;</p> <p>Si pongono in essere, pertanto, attività che vedono nei PDTA la sommatoria di processi eterogenei sanitari e assistenziali di prevenzione, diagnosi, trattamento e follow up, di natura differente sotto il profilo professionale, organizzativo e logistico. L'efficientamento dei modelli organizzativi di tale processo permette di individuare e realizzare la migliore sequenza temporale e spaziale possibile, sulla base delle conoscenze tecnico-scientifiche e delle risorse professionali e tecnologiche a disposizione, delle attività da svolgere per risolvere i problemi di salute del paziente.</p> <p>Obiettivo del presente progetto è quello di individuare e definire un possibile modello organizzativo che sia in grado di garantire il conseguimento degli obiettivi stabiliti e relativo alla riduzione del carico del trattamento (polifarmacia), alle cure non pianificate, agli accessi impropri al Pronto Soccorso e al miglioramento della qualità della vita del paziente attraverso la promozione di decisioni condivise basate sull'assistenza personalizzata. In tal modo oltre al conseguimento dei principali obiettivi connessi al miglioramento gestionale (incremento dell'appropriatezza organizzativa e riduzione dei costi per ricoveri ospedalieri), si coglie l'opportunità per il potenziamento degli attuali processi assistenziali in un'ottica di deospedalizzazione, creando procedure standard facilmente attuabili in altri contesti regionali.</p>

1. Linea progettuale: Percorso diagnostico terapeutico condiviso e personalizzato per pazienti con multiconicità – anche in relazione all'emergenza Covid 19"

INTERVENTO 2: Sperimentazione del "Budget di Salute" quale strumento per la realizzazione di progetti terapeutici riabilitativi individualizzati con particolare riferimento alle malattie mentali e alle dipendenze – borse lavoro per inserimento lavorativo.

RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO MODALITA' DI REPERIMENTO RISORSE			
Finanziamento	Riferimento (Delibera, atto ecc.)	Importo	
3	<ul style="list-style-type: none"> ○ Risorse vincolate degli obiettivi del PSN 	Accordo Stato/Regioni n. 281/CSR del 21 dicembre 2022 - Decreto del Commissario ad Acta n. _____ del _____	322.600
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Eventuali risorse regionali 		

ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO			
Tipologia di costi	Importo in euro	Note	
4	<ul style="list-style-type: none"> ○ Costi per la formazione 		
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Costi gestione progetto 		
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Costi personale esterno 		
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Costi mobilità 		
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Costi indiretti 		

RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO			
RISORSE NECESSARIE	N. RISORSE	NOTE	
5	<ul style="list-style-type: none"> ○ Disponibili 		
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Da acquisire 		

1. Linea progettuale: Percorso diagnostico terapeutico condiviso e personalizzato per pazienti con multicronicità – anche in relazione all'emergenza Covid 19"

Atto: DEC.COMSAN 2025/91 del 27-05-2025
 Servizio proponente: DS.06 ECONOMICO FINANZIARI SSR
 Copia Del Documento Firmato Digitalmente

6	<p>ANALISI DEL CONTESTO/ SCENARIO DI RIFERIMENTO</p> <p>Se pertinente, riportare dati epidemiologic, di attività, ecc.</p>	<p>La salute mentale costituisce uno degli obiettivi primari del Servizio Sanitario Nazionale ed in tale ambito lo scopo principale di un moderno ed efficace sistema sanitario è quello di individuare metodologie e strumenti il più possibili efficienti. In particolare, la corretta gestione dei disturbi mentali si traduce in una sostanziale riduzione dell'onere sociale ed economico che tali disturbi apportano a livello di sistema. Inoltre comporta significativi risparmi sui costi del SSN principalmente associati alla riduzione dei casi di istituzionalizzazione, a una maggiore appropriatezza degli interventi al fine di erogare un trattamento sanitario più adeguato e accrescere il benessere e la salute fisica e psicologica delle persone, che persistano nel tempo. Per dare una risposta appropriata ed efficace alla complessità dei problemi connessi alla tutela della salute mentale diventa fondamentale creare condizioni strutturali e contesti tecnici innovativi per una integrazione, la più articolata possibile, delle politiche e delle risorse del sistema sanitario con quelle del sistema sociosanitario e sociale. Gli interventi sociosanitari integrati sono normati da ultimo dal DPCM 12 gennaio 2017 agli artt. 24, 25, 26, 27, 28, 57, 60, dalla Delibera del Consiglio dei Ministri 21 aprile 2022 Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN e dalla normativa vigente relativa ai Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali LEPS, riguardanti l'assistenza ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico, alle persone con disturbi mentali, con disabilità, con dipendenze patologiche, con infezioni HIV/AIDS, con disturbi dello spettro autistico. Essi perseguono la finalità di recuperarne e/o mantenerne e rafforzarne l'autonomia individuale, contrastando fenomeni di istituzionalizzazione, segregazione e delega della cura a soggetti terzi, attraverso la promozione del protagonismo della persona e della comunità. Il Budget di Salute in tal senso si è rivelato un modello innovativo favorendo l'integrazione tra il sistema di cura ed il sistema di comunità, portando a un miglioramento clinico della qualità di vita delle persone con problemi cognitivi, fisici o di disabilità, nonché comportamentali, di relazioni di adempimenti di attività della vita quotidiana.</p> <p>In tale contesto il progetto proposto per la Regione Molise, avviato nel 2020, denominato: <i>"Inserimento lavorativo per la salute mentale"</i>, così come da DCA n. 51 del 30.07.2020, ha come fine di creare le necessarie sinergie tra il servizio sanitario e l'ambiente della cooperazione sociale per realizzare le condizioni ideali per l'inserimento del beneficiario del progetto nel mondo del lavoro. Tutto ciò per implementare il modello del Budget di Salute in un'ottica di inclusione sociale e di risposta personalizzata ai bisogni complessi delle persone con disturbi mentali gravi. Pertanto si prevede la prosecuzione dell'attivazione di borse lavoro destinate ai soggetti con disabilità psichica, inseriti nei percorsi terapeutico-riabilitativi personalizzati. <u>L'iniziativa in parola vedrà il coinvolgimento attivo dei responsabili dei Centri di Salute Mentale (CSM) della Regione – Campobasso, Isernia e Termoli – i quali potranno usufruire, ciascuno, di un numero congruo di borse lavoro su indicate, equamente distribuite tra i citati CSM, che coordineranno tale attività.</u> Tanto al fine di porre l'obiettivo di favorire l'inserimento socio-lavorativo di persone con disabilità psichica o cognitiva, promuovendo contestualmente la creazione di reti territoriali integrate tra servizi sanitari, sociali e imprese locali. Le borse lavoro saranno strutturate come strumento di accompagnamento al lavoro retribuito, garantendo formazione specifica, tutoraggio continuo supporto psicosociale durante tutto il percorso di inserimento lavorativo. I partecipanti al progetto saranno coinvolti attivamente nella definizione del loro percorso riabilitativo attraverso incontri periodici con équipe multidisciplinari composte da</p>
---	---	--

1. *Linea progettuale: Percorso diagnostico terapeutico condiviso e personalizzato per pazienti con multicronicità – anche in relazione all'emergenza Covid 19"*

Atto: DEC.COMSAN 2025/91 del 27-05-2025
 Servizio proponente: DS.06 ECONOMICO FINANZIARI SSR
 Copia Del Documento Firmato Digitalmente

		<p>psichiatri, assistenti sociali, educatori professionali.</p> <p>Il progetto si inserisce in un contesto più ampio di programmazione sanitaria e sociale, con obiettivi definiti nel Piano Sanitario Nazionale 2022, in prosecuzione delle linee guida stabilite nel 2020, come anzidetto. Tale piano mira a consolidare e ampliare gli interventi già avviati per la gestione delle multicronicità legate ai disturbi mentali, con particolare attenzione all'inclusione socio-lavorativa. Il cronoprogramma del progetto prevede una durata complessiva di 12 mesi, con la possibilità di proseguire l'iniziativa anche nei periodi successivi, garantendo continuità alle azioni intraprese e quindi attraverso l'assegnazione di borse lavoro.</p> <p>Gli indicatori di valutazione del progetto includono la tenuta lavorativa del paziente, la riduzione dei ricoveri ospedalieri e dei trattamenti sanitari obbligatori (TSO), il numero di visite ambulatoriali, episodi critici, giorni trascorsi in attività produttive e la valutazione del funzionamento sociale e del carico familiare. A breve termine, l'obiettivo è quello di realizzare percorsi di inclusione sociale mediante l'inserimento lavorativo, mentre a lungo termine si punta a strutturare uno strumento efficace per gestire le multicronicità legate ai disturbi mentali.</p> <p>Il progetto si avvale di un budget complessivo di € 322.600,00, interamente destinato alla gestione delle attività.</p> <p>L'approccio innovativo del Budget di Salute si conferma uno strumento efficace per favorire l'integrazione tra il sistema di cura e il sistema di comunità, portando a miglioramenti clinici e in termini di qualità della vita delle persone con problemi legati a dipendenze, disabilità cognitive o fisiche, disturbi mentali e comportamentali, e difficoltà relazionali o occupazionali. I pazienti e i caregiver coinvolti hanno espresso livelli medio-alti di soddisfazione con tale modello di intervento, evidenziando la sua efficacia nel promuovere il protagonismo della persona e della comunità, contrastando fenomeni di istituzionalizzazione, segregazione e delega della cura a soggetti terzi.</p>
--	--	---

		Data inizio prevista	Data termine prevista	Possibile ulteriore proseguimento per anno successivo
7	DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO	01/01/2022	31/12/2022	si

8	OBIETTIVO GENERALE	<p>Sostenere la sperimentazione e validare il protocollo di applicazione del Budget di salute secondo quanto previsto dalle Linee Programmatiche nazionali: progettare il Budget di salute con la persona, attraverso il coinvolgimento diretto dei Dipartimenti di salute mentale e Dipendenze Patologiche, in collaborazione con gli Enti locali, il Terzo settore e la comunità di riferimento.</p> <p>Realizzare interventi socio-terapeutico e riabilitativi idonei a favorire l'inserimento sociale e l'autonomia dal servizio di persone affette da disturbi</p>
----------	---------------------------	---

1. *Linea progettuale: Percorso diagnostico terapeutico condiviso e personalizzato per pazienti con multicronicità – anche in relazione all'emergenza Covid 19"*

		mentali attraverso pratiche lavorative.
--	--	---

CRONOPROGRAMMA IN FORMATO GRAFICO

9	OBIETTIVI SPECIFICI	OBIETTIVO SPECIFICO: attuazione di strumenti (borse lavoro) per la migliore applicazione delle attività inerenti per il budget di salute.
----------	----------------------------	--

	RISULTATI ATTESI	
10		Benessere psicofisico dei soggetti interessati ai progetti relativi al budget di salute.

	PUNTI DI FORZA	
11	Indicare i punti di forza	<ol style="list-style-type: none"> 1. monitoraggio e contro degli interventi attivati in materia di sanità 2. rendicontazione degli interventi attivati

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

12	PUNTI DI DEBOLEZZA	
	Indicare i punti di debolezza	

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													
Fase attuativa/monitoraggio													
Conclusione progetto													
Valutazione													

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	
	Distretti di Campobasso, Isernia e Termoli	

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

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. 281/CSR del 21 dicembre 2022 - Decreto del Commissario ad Acta n. _____ del _____	€ 125.000
	○ 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		
	○ Costi gestione progetto	€ 125.000	
	○ Costi		
	○ Costi		
	○		

5	RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
	<i>RISORSE NECESSARIE</i>	<i>N. RISORSE</i>	<i>NOTE</i>
	○ Disponibili	€ 125.000	
	○ Da acquisire		

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

Atto: DEC.COMSAN 2025/91 del 27-05-2025
 Servizio proponente: DS.06 ECONOMICO FINANZIARI SSR
 Copia Del Documento Firmato Digitalmente

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, in considerazione degli effetti della pandemia, 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, accentuatesi durante questi anni di emergenza pandemica.</p> <p>In questo senso, dunque, la chiusura degli ambulatori pediatrici territoriali nei giorni festivi e prefestivi comporta un intasamento dei Pronto Soccorso regionali e dei reparti di Pediatria, dove affluiscono codici bianchi in età pediatrica. Questo pregiudica la piena funzionalità ed operatività di queste strutture, aumentando il grado d'inappropriatezza dell'intero Sistema.</p> <p>In un processo di superamento della logica ancora ospedalocentrica, si è avviato un processo di cambiamento culturale, tutt'ora in atto, dalle attuali disposizioni programmatiche regionali. L'utenza si avvale del Pronto Soccorso come percorso preferenziale per accedere a consulenze specialistiche pediatriche, affannando così l'efficienza assistenziale del reparto. Sviluppare e attuare misure per il benessere sociale risolutive, fondate sulle evidenze scientifiche e affidabili, basandosi su indicatori e programmi esistenti, anche in termini di equità, è un obiettivo della Direzione per la Salute.</p> <p>Dalle evidenze emerge chiaro che queste consulenze siano per la maggior parte eseguite nei giorni festivi e prefestivi e per patologie minori. Questo comporta una conseguente minore disponibilità di tempo da parte dei professionisti per l'assistenza dei bambini ricoverati, in neonatologia, in sala parto e per la gestione delle emergenze.</p> <p>Altro ulteriore elemento di criticità è l'acclarata situazione del personale sanitario, attualmente sotto organico per via della mancanza di pediatri ospedalieri nell'Azienda Sanitaria regionale.</p> <p>Le analisi dei dati disponibili sugli accessi ai Pronto Soccorso Pediatrici, evidenziano che l'80% dei codici bianchi e verdi effettua l'accesso tra ore 8:00 e le 20:00.</p> <p>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, presso i Presidi Ospedalieri di Campobasso, Isernia, Termoli e Agnone 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.

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 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 prosecuzione per anno successivo
		01/01/2022	31/12/2022	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	
	A lungo periodo, a cui tendere, non direttamente raggiungibili al termine del progetto	

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

PUNTI DI FORZA		
11	Indicare i punti di forza	Indicare le strategie/azioni per l'implementazione
	<ul style="list-style-type: none"> assistenza continuativa 	Definire della procedura di reclutamento e adesione dei medici PLS, tenendo conto della distribuzione oro geografica del territorio e dell'affluenza ai P.S., ai reparti di pediatria, alle consulenze specialistiche e del numero di postazioni possibili in relazione al numero dei PLS impiegati.

PUNTI DI DEBOLEZZA		
12	Indicare i punti di debolezza	Indicare le strategie/azioni per la riduzione
	<ul style="list-style-type: none"> Difficoltà di reperimento dei PLS 	Protocollo di Intesa con medici PLS, che preveda una organizzazione dei turni

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

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

DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO			
Fase	Azioni	Breve descrizione dei contenuti	Indicatori di verifica
13			<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"> grado di soddisfazione dell'utenza (<i>customer satisfaction</i>) con appositi questionari somministrare da

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

	<p>TRASFERIBILITA' Indicare a quale altra realtà il progetto o parte di esso può essere trasferito</p>	
14	<p>Tipo di realtà nella quale può essere implementato il progetto</p>	<p>Progetto o parte del progetto che può essere trasferita</p>
	<p>Presidi Ospedalieri di Campobasso, Isernia, Termoli e Agnone dove sono presentisia i Pronto Soccorso</p>	<p>Progetto o parte del progetto che può essere trasferita</p>
		<p>Il progetto si innesta su una visione di <i>clinical governance pediatrico</i> dei percorsi diagnostico – terapeutico – assistenziali facilmente replicabile in altri territori e trasferibile ad altri contesti.</p> <p>E' necessario prevedere, nelle città grandi e piccole, equipe composte da pediatra, infermiere professionale ed una combinazione attenta di alcuni specialisti che permettano alle famiglie di rivolgere, nell'arco delle 24 ore, piccole domande di salute ad un interlocutore "vicino", spesso il proprio pediatra di libera scelta o un suo collega, che abbia la disponibilità di tempo e spazio per rassicurare prontamente ovvero programmare ulteriori valutazioni, evitando un "inevitabile" quanto inappropriato ricorso al pronto soccorso, che dovrebbe essere dedicato ai codici a più elevata priorità, con vantaggio di tutti, a partire dalle famiglie che troverebbero sale di attesa più sgombre e operatori meno in affanno.</p> <p>La sperimentazione di un possibile modello organizzativo in grado di garantire il conseguimento degli obiettivi stabiliti e relativo alla riduzione del carico del trattamento, alle cure non pianificate, agli accessi impropri al Pronto Soccorso e al miglioramento della qualità della vita del paziente pediatrico, da l'opportunità di potenziare gli attuali processi assistenziali in atto nelle diverse realtà sanitarie italiane, in un'ottica di deospedalizzazione, creando procedure standard facilmente attuabili in altri contesti regionali.</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*

1	LINEA PROGETTUALE	Costituzione e implementazione della rete della terapia del dolore e sviluppodelle cure palliative e della terapia del dolore in area pediatrica.
	TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO	Intervento 1: Costituzione e implementazione della rete della terapia del dolore Intervento 2: Sviluppodelle 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>	Azienda Sanitaria Regionale del Molise –A.S.Re.M
		<i>Ruolo e qualifica</i>	
		<i>Recapiti telefonici</i>	
		<i>e - mail</i>	

3	RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO MODALITA' DI REPERIMENTO RISORSE		
	<i>Finanziamento</i>	<i>Riferimento (Delibera, atto ecc.)</i>	<i>Importo</i>
	<input type="radio"/> Risorse vincolate degli obiettivi del PSN	Accordo Stato/Regioni n. 281/CSR del 21 dicembre 2022 - Decreto del Commissario ad Acta n. ____del ____	€ 557.808
	<input type="radio"/> 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*

ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO			
	<i>Tipologia di costi</i>	<i>Importo in euro</i>	<i>Note</i>
4	○ Costi per la formazione		
	○ Costi gestione progetto	€ 557.808	
	○ Costi		
	○ Costi		
	○		

RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO			
	<i>RISORSE NECESSARIE</i>	<i>N. RISORSE</i>	<i>NOTE</i>
5	○ Disponibili	€ 557.808	
	○ 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*

6	<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. Il progetto si pone in linea di continuità con le scorse annualità, tenendo ben presente l'esperienza della pandemia da Covid-19 maturata all'interno della Rete delle Cure Palliative e di Terapia del Dolore Pediatriche della Regione Molise.</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 <i>Royal College of Pediatrics and Children Health</i> 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 del Molise, su una popolazione di 292.150 al 1 gennaio 2022 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 4 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. ospedaliera 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>	

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*

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.

Il PLS/MMG è il referente della conduzione clinica domiciliare di base del minore. La gestione specialistica domiciliare prevista dalle dimensioni strutturali e di processo che caratterizzano la rete di cure palliative e di terapia del dolore pediatriche sarà garantita in coerenza con lo sviluppo di modelli assistenziali di case management/primary nursing

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

- 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 *burnout* per gli operatori che lavorano nella rete.

Gli interventi di supporto psicologico sono coordinati dall'Hospice di Larino (CB) in collaborazione con l'UCPP di Neuropsichiatria infantile.

L'UCPP di Neuropsichiatria infantile partecipa inoltre per tutti gli aspetti di competenza clinica in pazienti con patologia di pertinenza neuropsichiatrica.

L'intervento del neuropsichiatra infantile è volto:

- al monitoraggio clinico della patologia di base;
- alla valutazione del livello globale di sviluppo neuropsichico del bambino e degli eventuali deficit presenti nelle diverse componenti cognitive, neuropsicologiche, motorie, affettivo-relazionali e comportamentali;
- alla definizione, in sinergia con i terapisti della riabilitazione, di un progetto riabilitativo specifico riferito ai suddetti deficit funzionali e al mantenimento delle competenze residue;
- alla definizione, in collaborazione con le agenzie educative coinvolte (scuola, servizi sociali, ecc.) di un progetto di vita del bambino finalizzato al maggior coinvolgimento possibile nelle attività educative, didattiche, sociali prevedibili per l'età;
- alla prescrizione, di presidi ed ausili riferibili alla protesizzazione delle aree di sviluppo sopracitate.

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

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;

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.

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*

Formazione

Lo sviluppo della Rete di Cure Palliative e Terapia del dolore pediatriche procede di pari passo ai percorsi formativi dei professionisti coinvolti; i programmi formativi sono articolati su due livelli, quello generico rivolto a tutti gli operatori e quello avanzato rivolto agli specialisti. Si prevede di organizzare in tal senso giornate di informazione e promozione sulle cure palliative pediatriche.

Misure di contrasto alla pandemia e di prevenzione del contagio da COVID-19

Si è ritenuto opportuno prevedere in fase di pre-ricovero l'esecuzione di tampone molecolare all'assistito, ai genitori e al caregiver, nonché una raccolta attenta, previa telefonata, il giorno prima del ricovero, di dati relativi allo stato di salute dell'assistito, dei familiari e/o del caregiver. È stato costruito un percorso esterno la struttura residenziale per i visitatori, protetto e a senso unico, a cui si accede ad una sala separata dal reparto di degenza attraverso una vetrata, in modo da permettere i colloqui con i degenti. Considerate le limitazioni di accesso alla struttura sono state intensificate le comunicazioni telefoniche con i familiari dei pazienti, facilitando le videochiamate con dispositivi messi a disposizione del personale formato come tablet e smartphone.

L'attività di assistenza domiciliare è stata intensificata considerata la diminuzione dei ricoveri, prima dell'accesso dell'operatore a domicilio è stato verificato se il paziente e/o i suoi conviventi siano già sottoposti a misure di quarantena/isolamento, prima di ogni accesso a domicilio deve essere implementato uno stringente triage telefonico.

CRONOPROGRAMMA IN FORMATO GRAFICO

		Data inizio prevista	Data termine prevista	Possibile ulteriore proseguimento per anno successivo
7	DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO	01/01/2022	31/12/2022	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 a 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. • Rafforzare procedure volte al contrasto della pandemia da SarS_CoV- 2 all'interno dell'intera rete della terapia del dolore e sviluppo delle cure palliative e della terapia del dolore in area pediatrica 		
----------	----------------------------	--	--	--

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*

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	

	PUNTI DI FORZA	
	Indicare i punti di forza	Indicare le strategie/azioni per l'implementazione
	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.

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												
Fase attuativa e di monitoraggio												
Conclusione progetto												
Valutazione												

13	DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO		Breve descrizione dei contenuti	Indicatori di verifica
	Fase	Azioni		
				<ul style="list-style-type: none"> N° di pazienti presi in carico; N° di pazienti presi in carico/N° annuale di decessi;

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*

				<ul style="list-style-type: none"> • % di decessi a domicilio/Totale dei decessi; • Durata della presa in carico e figure professionali coinvolti; • Giorni di ricovero/totale giorni di presa in carico e assistenza; • Giorni di ricovero in degenza palliativa/totale giorni di ricovero; • Presenza di un database aggiornato; • Eventi di aggiornamento del personale per le cure palliative pediatriche di base e specialistiche; • Percezione della famiglia della qualità dell'assistenza e della presa in carico; • Percezione degli operatori coinvolti della qualità dell'assistenza.
--	--	--	--	--

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 regionale	Il grado di trasferibilità è alto poiché il progetto fonda su di una base concreta data dalla pluriennalità esperienziale del modello e dei professionisti impegnati.

4. Linea progettuale: Piano Nazionale della Prevenzione

INTERVENTO 1: Piano Nazionale della Prevenzione

RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO MODALITA' DI REPERIMENTO RISORSE			
	Finanziamento	Riferimento (Delibera, atto ecc.)	Importo
3	Risorse vincolate degli obiettivi del PSN	Accordo Stato/Regioni n. 281/CSR del 21 dicembre 2022 - Decreto del Commissario ad Acta n. ____ del _____	€ 6.694,00
	Eventuali risorse regionali		

ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO			
	Tipologia di costi	Importo in euro	Note
4	Costi per la formazione		
	Costi gestione progetto	€ 6.694,00	
	Costi		
	Costi		

RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO			
	RISORSE NECESSARIE	N. RISORSE	NOTE
	Disponibili	€ 6.694,00	
	Da acquisire		

6	<p style="text-align: center;">ANALISI DEL CONTESTO/ SCENARIO DI RIFERIMENTO</p> <p>Se pertinente, riportare dati epidemiologici, di attività, ecc.</p>	<p>L'Intesa Stato – Regioni del 6 agosto 2020 (Rep. Atti n. 127/CSR) concernente il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2020-2025:</p> <ul style="list-style-type: none"> – si articola nei seguenti sei Macro Obiettivi: 1) Malattie croniche non trasmissibili; 2) Dipendenze e problemi correlati; 3) Incidenti stradali e domestici; 4) Infortuni e incidenti sul lavoro, malattie professionali; 5) Ambiente, clima e salute; 6) Malattie infettive prioritarie; – ritiene necessario consolidare il contrasto alle malattie croniche secondo un approccio integrato tra prevenzione e assistenza sul territorio, attraverso un raccordo operativo tra Piano Nazionale della Prevenzione e Piano Nazionale della Cronicità, coinvolgendo tutte le aree di competenza del Servizio Sanitario, al fine di assicurare appropriatezza, uniformità ed equità di accesso ai cittadini; – ritiene necessario rafforzare le azioni di promozione della salute e prevenzione secondo la visione "One Health" che considera la salute come il risultato dello sviluppo armonico e sostenibile dell'essere umano, della natura e dell'ambiente; – indica la riduzione delle principali disuguaglianze sociali e geografiche come priorità trasversale a tutti gli Obiettivi del Piano cui consegue la necessità di avvalersi di dati scientifici, metodi e strumenti idonei a garantire l'equità nell'azione atteso che lo svantaggio sociale rappresenta un inconfutabile fattore di rischio per la salute e la qualità della vita; – promuove l'intersectorialità quale elemento cardine della pianificazione e dell'azione. <p>La Regione Molise ha recepito l'Intesa 6 agosto 2020 con DCA n. 92 del 17 dicembre 2020 ed ha avviato le attività di pianificazione regionale per la prevenzione 2020-2025 in armonia con la visione, i principi, le priorità e la struttura del Piano Nazionale della Prevenzione. In seguito alla prevista e favorevole interlocuzione con il Ministero della Salute, come sopra richiamato, con DCA n. 119 del 30 dicembre 2021 è stato adottato, ai sensi dell'articolo 1 comma 6 dell'Intesa 6 agosto 2020 Rep. Atti n. 127/CSR come sostituito dall'art. 2 dell'Intesa 5 maggio 2021 Rep. Atti n. 51/CSR, il Piano Regionale della Prevenzione (PRP) della Regione Molise 2020-2025.</p> <p>A partire dalla attuale programmazione 2020-2025 il Ministero della Salute, di concerto con le Regioni e le Province autonome, ha reso disponibile la piattaforma <i>web based</i> «I Piani regionali di Prevenzione (PF)» quale strumento esclusivo e vincolante per la pianificazione, il monitoraggio e la valutazione dei Piani regionali di Prevenzione (PRP).</p> <p>Il sistema di monitoraggio dei PRP è legato alla definizione dei Programmi che compongono il PRP; i PRP sono organizzati in "Programmi": il programma è l'unità elementare di pianificazione nonché l'oggetto del monitoraggio dei PRP. I Programmi sono definiti secondo la specificità e l'analisi del contesto regionale documentata nel «profilo di salute».</p> <p>I Programmi del PRP devono rispondere alle linee strategiche del PNP; devono coprire tutti i Macro-obiettivi e tutti gli Obiettivi strategici del PNP; inoltre ciascun programma deve essere il più possibile trasversale a più Macro obiettivi e a più Obiettivi strategici del PNP.</p> <p>Alcuni Programmi sono "predefiniti" ("Programmi predefiniti" - PP) ossia hanno caratteristiche uguali per tutte le Regioni, sono vincolanti e vengono monitorati attraverso indicatori e relativi valori attesi uguali per tutte le Regioni; ai Programmi predefiniti (PP) si affiancano i "Programmi Liberi" (PL) i quali sviluppano gli Obiettivi strategici non coperti ovvero solo in parte coperti dai PP. La pianificazione 2020-2025 della Regione Molise è organizzata nei seguenti PP e PL:</p>
---	--	---

4. Linea progettuale: Piano Nazionale della Prevenzione

	<p>PP01 Scuole che promuovono salute</p> <p>PP02 Comunità attive</p> <p>PP03 Luoghi di lavoro che promuovono salute</p> <p>PP04 Dipendenze</p> <p>PP05 Sicurezza negli Ambienti di Vita</p> <p>PP06 Piano mirato di Prevenzione</p> <p>PP07 Prevenzione in Edilizia e Agricoltura</p> <p>PP08 Prevenzione del rischio cancerogeno professionale, de dell'apparato muscolo-scheletrico e del rischio stress corr</p> <p>PP09 Ambiente, clima e salute</p> <p>PP10 Misure per il contrasto dell'antimicrobico-resistenza</p> <p>PL11 Screening oncologici</p> <p>PL12 Primi 1000 giorni</p> <p>PL13 Alimentare la Salute</p> <p>PL14 Integrazione Calendario per la vita</p> <p>Ciascun programma, in linea con principi e obiettivi del PNP, adotta le lenti dell'equità, secondo il modello operativo dell'<i>health equity audit</i> (HEA) proposto dal PNP, che si articola nelle fasi dell'elaborazione del profilo di salute ed equità, identificazione di aree/gruppi a più alto rischio di esposizione o di vulnerabilità ai fattori di rischio, conseguente adeguamento/orientamento dell'intervento in termini di disegno e allocazione, valutazione di impatto.</p> <p>Nel garantire il perseguimento degli obiettivi programmati è stato istituito un Nucleo di Coordinamento con funzioni di organizzazione, monitoraggio e controllo interno. Mediante l'introduzione del nucleo di coordinamento, inoltre, si intende promuovere un confronto strutturato a livello regionale e territoriale con tutti gli stakeholders coinvolti che permetta di superare ritardi e difficoltà riscontrati nella fase attuativa del piano.</p> <p>Lo stato di attuazione ed avanzamento dei programmi predefiniti e liberi ricompresi nel piano regionale approvato con il DCA n. 119 del 30 dicembre 2021 é oggetto di monitoraggio: la Regione Molise provvederà, in armonia con i criteri stabiliti dal PNP 2020-2025, a verificare, misurare e documentare annualmente nella piattaforma web ministeriale (PF) il livello di raggiungimento dei valori attesi espressi dagli indicatori di monitoraggio degli obiettivi relativi alle azioni trasversali del PNP e degli obiettivi specifici del programma.</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
		01/01/2022	31/12/2022	Si
8	OBIETTIVO GENERALE	Per tale obiettivo prioritario, in armonia e in continuità con le precedenti annualità, si confermano le azioni previste per l'anno 2022 nel Piano regionale della Regione Molise approvato con Decreto del Commissario ad Acta n. 119 del 28.12.21 cui pertanto si rinvia integralmente e il cui contenuto è interamente richiamato e confermato.		

9	OBIETTIVI SPECIFICI	<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 colonrettale. 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 colonrettale (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. *Introduzione della raccolta di dati individuali tramite la DWH nazionale di screening.*
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. *Attività di formazione all'alto livello in ambito regionale e nazionale* al fine di migliorare la qualità tecnico-professionale dei professionisti coinvolti nello screening oltre che la qualità organizzativa e gestionale dei singoli programmi.
4. *Attività di Quality Assurance (QA)*
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, analizzino 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 *site visit*, individuerà i professionisti, curerà gli aspetti logistici.
Saranno sperimentate e messe in atto modalità di *Quality Assurance* sulla base degli standard degli indicatori di qualità e di attività prodotti dalle *survey*: tali modalità comprenderanno l'esame da parte dei professionisti incaricati dei dati delle *survey*, la individuazione e segnalazione ai responsabili delle criticità rilevati, la implementazione di azioni correttive e *feed-back* all'esito dell'azione correttiva.
5. *Promozione della ricerca in ambito screening;*
6. *Produzione di linee guida/procedure in ambito screening;*
7. *Sviluppo della qualità della informazione, comunicazione e rendicontazione dei risultati* in collaborazione con le Società scientifiche multidisciplinari. Produzione materiale informativo.

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 é 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:

1. *Integrazione tra i vari registri Tumori (RT) italiani;*
2. *Banca dati AIRTUM;*

I dati dei RT regionali e locali vanno inviati alla banca dati AIRTum; la banca dati é 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. *Copertura territoriale;*
4. *Tempestività dei dati;*
5. *Qualità dei dati;*
6. *Formazione;*
7. *Accreditamento:* 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 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 *tutor* individuato da AIRTum; è stato avviato il percorso per l'accREDITAMENTO.
8. *I dati per la ricerca, la programmazione e l'ambiente.*
9. *Pubblicazione de "I numeri del cancro in Italia 2018".*

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:

1. *Supporto ai Piani Regionali di Prevenzione (PRP)*
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. *Formazione e aggiornamento di professionisti impegnati nell'attuazione del PRP;*
3. *Disseminazione delle evidenze e completamento ed aggiornamento della matrice NIEPB delle evidenze.*

	<p>Attività di Supporto al Piano Nazionale della Prevenzione:</p> <p>A) OSSERVATORIO NAZIONALE SCREENING:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizzazione della survey nazionale delle attività dei programmi di screening effettuate nel 2018 - 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 Quality Assurance. <p>B) ASSOCIAZIONE ITALIANA REGISTRI TUMORI:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tutoraggio del RT Molise nel percorso di accreditamento; - Formazione; - Analisi dati; - Produzione materiale scientifico ed informativo. <p>C) NETWORK PER L'EVIDENCE-BASED PREVENTION:</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; - Disseminazione delle evidenze <p>INDICATORI</p> <p>Obiettivo A (ONS) Al 31.12.2025</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Realizzazione della survey nazionale delle attività dei programmi di screening effettuate nel 2018; 2. Produzione dei risultati della survey; 3. Pubblicazione dei risultati. <p>Obiettivo B (Air.TUM.) Al 31.12.2025</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Analisi dati del Registro Tumori di cui alla L.R. Molise 6 ottobre 2017, n. 14 2. Tutoraggio nel percorso di accreditamento del registro molisano <p>Obiettivo C (NIEPB)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Formazione e aggiornamento di professionisti impegnati nell'attuazione del PRP. 2. Evento formativo interregionale.
--	---

4. Linea progettuale: Piano Nazionale della Prevenzione

RISULTATI ATTESI	
10	<p>A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati dal progetto</p> <ul style="list-style-type: none"> - n. indicatori "sentinella" di tutti i programmi definiti per l'anno 2024 aventi uno scostamento tra il «valore osservato» e quello «atteso» non superiore al 20% / n. indicatori "sentinella" \geq 80% - 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; - Finanziamento dei Network ONS-AirTUM. - NIEPB conformemente a quanto stabilito dal Patto per la Salute.
	<p>A lungo periodo, a cui tendere, non direttamente raggiungibili al termine del progetto</p> <ul style="list-style-type: none"> - Miglioramento della qualità dei programmi di screening attivati a livello regionale

PUNTI DI FORZA		
11	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

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

DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO		
Fase	Azioni	Indicatori di verifica
13	1 Obiettivo A (ONS)	1) Realizzazione della survey nazionale delle attività dei programmi di screening effettuate nel 2018; 2) Produzione dei risultati della survey; 3) Pubblicazione dei risultati.
	2 Obiettivo B (AirTUM)	Analisi dati del Registro Tumori di cui alla L.R. Molise 6 ottobre 2017, n. 14 Tutoraggio nel percorso di accreditamento del registro molisano.

4. Linea progettuale: Piano Nazionale della Prevenzione

3	Obiettivo C (NIEPB)	Formazione e aggiornamento di professionisti impegnati nell'attuazione del PRP. Evento formativo interregionale.
----------	----------------------------	--

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

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	

5. Linea progettuale: la tecnologia sanitaria innovativa come strumento di integrazione ospedale territorio – anche in relazione all'emergenza Covid-19

SCHEDA PROGETTO

1	LINEA PROGETTUALE 5	LA TECNOLOGIA SANITARIA INNOVATIVA COME STRUMENTO DI INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO - ANCHE IN RELAZIONE ALL'EMERGENZA COVID-19	
	TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO	<p>Intervento 1: Miglioramento e potenziamento della dotazione tecnologica, funzionale ad una più efficace integrazione ospedale territorio ed al contenimento dei tempi di attesa</p> <p>Intervento 2: Progetto Assistente Virtuale URP - ASReM</p>	
	AREA DI INTERVENTO	<ul style="list-style-type: none"> • Integrazione ospedale-territorio tramite innovazione tecnologica per ottimizzare percorsi assistenziali, migliorando accessibilità, qualità delle cure e governance del sistema sanitario regionale; • Favorire l'utilizzo della telemedicina per garantire la continuità delle cure dall'ospedale al territorio e tra gli stessi ambiti territoriali, per implementare la medicina di precisione, per supportare i processi clinici decisionali, per monitorare le attività svolte, per censire e utilizzare in maniera corretta le risorse disponibili, per monitorare l'appropriatezza prescrittiva e per migliorare le performance delle strutture sanitarie. 	

2	REGIONE RESPONSABILE DEL PROGETTO		
	Regione Molise	<i>Cognome Nome Responsabile</i>	Direzione Generale per la Salute/ A.S.Re.M.
		<i>Ruolo e qualifica</i>	
		<i>Recapiti telefonici</i>	
		<i>e - mail</i>	

5. Linea progettuale: la tecnologia sanitaria innovativa come strumento di integrazione ospedale territorio – anche in relazione all'emergenza Covid-19

INTERVENTO 1: Miglioramento e potenziamento della dotazione tecnologica, funzionale ad una più efficace integrazione ospedale territorio ed al contenimento dei tempi di attesa

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	Accordo Stato/Regioni n. 281/CSR del 21 dicembre 2022 - Decreto del Commissario ad Acta n. ____del____	244.000
	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		
	Costi gestione progetto	244.000	
	Costi		
	Costi		

5. Linea progettuale: la tecnologia sanitaria innovativa come strumento di integrazione ospedale territorio – anche in relazione all'emergenza Covid-19

5	RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
	RISORSE NECESSARIE	N. RISORSE	NOTE
	Disponibili	244.000	
	Da acquisire		

6	<p>ANALISI DEL CONTESTO/ SCENARIO DI RIFERIMENTO</p> <p>Se pertinente, riportare dati epidemiologici, di attività, ecc.</p>	<p>Per contemperare le esigenze e dare una risposta efficace agli utenti che hanno multicronicità oltre che attraverso le cure è necessario un supporto tecnologico.</p> <p>L'innovazione tecnologica sanitaria, se ben contestualizzata da un punto di vista sistemico, garantisce sicuramente una più efficace integrazione ospedale-territorio e, quindi, il raggiungimento dei risultati con la messa in atto di PDTA dell'area territoriale e di nuovi modelli assistenziali ed organizzativi rispondenti ai bisogni di salute della popolazione molisana.</p> <p>Sul territorio della Regione Molise la situazione si presenta ancora abbastanza disomogenea. Pertanto, questa linea progettuale è tesa alla predisposizione di un sistema di monitoraggio e rilevazione delle prestazioni sanitarie volte al cittadino.</p> <p>La promozione della salute, svolta anche mediante apparecchiature più efficienti e tecnologicamente avanzate rappresenta un'opportunità per migliorare l'appropriatezza, l'efficienza e l'efficacia dei percorsi clinico-assistenziali che si intendono realizzare sul territorio molisano.</p> <p>L'implementazione del parco tecnologico nel territorio regionale per l'assistenza sanitaria e sociosanitaria è determinante per garantire al cittadino la continuità delle cure favorendo una migliore qualità assistenziale e lo sviluppo della medicina di prossimità.</p> <p>L'utilizzo intersettoriale delle tecnologie sanitarie nei diversi ambiti assistenziali (ospedaliero, territoriale, domiciliare e di emergenza) permette di soddisfare adeguatamente e tempestivamente il bisogno di prestazioni, di facilitare la qualità del lavoro degli operatori sanitari e di evitare i costi per ricoveri, prestazioni e prescrizioni farmaceutiche inappropriate.</p> <p>La tecnologia sanitaria innovativa come strumento di integrazione ospedale territorio è inoltre una leva per la knowledge accumulation & management (raccolta di conoscenze) e la loro diffusione (knowledge sharing). Il Sistema Sanitario Regionale del Molise deve dunque continuare nella specifica azione di cambiamento verso l'efficacia della multicanalità, moltiplicando la capacità del sistema di rispondere ai bisogni, di essere sostenibile.</p> <p>La gestione dei processi integrati con nuove e performanti tecnologie sanitarie nell'area territoriale contribuirà a garantire l'accessibilità e la fruibilità delle prestazioni da erogare entro tempi appropriati e, di conseguenza, a favorire una riduzione delle liste di attesa.</p> <p>Il Servizio Sanitario Regionale dovrà garantire una migliore qualità dell'assistenza</p>
----------	--	--

5. Linea progettuale: la tecnologia sanitaria innovativa come strumento di integrazione ospedale territorio – anche in relazione all'emergenza Covid-19

		<p>sanitaria ai cittadini attraverso l'attuazione dei contenuti di cui al DM 77/2022 mediante l'utilizzo dell'insieme di attrezzature sanitarie, dispositivi medici, farmaci, sistemi diagnostici, procedure mediche e chirurgiche, percorsi assistenziali e assetti strutturali e organizzativi.</p>
--	--	---

7	DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO	Data inizio prevista	Data termine prevista	Possibile ulteriore proseguimento per anno successivo
		01/01/2022	31/12/2022	Si

CRONOPROGRAMMA IN FORMATO GRAFICO

8	OBIETTIVO GENERALE	<ul style="list-style-type: none"> • Favorire e rendere sistemico l'utilizzo trasversale della tecnologia sanitaria innovativa come strumento di integrazione ospedale territorio • Realizzare interventi di ammodernamento del parco tecnologico al fine di garantire una migliore integrazione ospedale territorio funzionale ad una più idonea ed efficace risposta a bisogni di salute e renderlo effettivamente più rispondente alle attuali necessità.
----------	---------------------------	--

9	OBIETTIVI SPECIFICI	<ul style="list-style-type: none"> • Potenziare il parco tecnologico del territorio con strumenti sanitari innovativi, favorendo l'appropriatezza diagnostica, riducendo i tempi di intervento e supportando l'attuazione della medicina di prossimità. • Sviluppare modelli organizzativi integrati tra ospedale e territorio, basati sull'utilizzo di tecnologie avanzate, per migliorare la continuità assistenziale, ottimizzare i processi socio-sanitari e contenere i costi associati a prestazioni inappropriate.
----------	----------------------------	---

	RISULTATI ATTESI
--	-------------------------

5. Linea progettuale: la tecnologia sanitaria innovativa come strumento di integrazione ospedale territorio – anche in relazione all'emergenza Covid-19

10	A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati dal progetto	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento dell'accessibilità alle prestazioni sanitarie sul territorio grazie all'introduzione di tecnologie innovative e alla razionalizzazione delle procedure. • Miglioramento della capacità organizzativa del Servizio Sanitario Regionale nell'attuare PDTA territoriali integrati e modelli di medicina di prossimità.
	A lungo periodo, a cui tendere, non direttamente raggiungibili al termine del progetto	<ul style="list-style-type: none"> • Consolidamento di un modello assistenziale integrato ospedale-territorio-domicilio, centrato sui bisogni del cittadino. • Sostenibilità del sistema sanitario regionale attraverso l'ottimizzazione delle risorse, la diffusione della knowledge economy e il miglioramento continuo della qualità delle cure.

11	PUNTI DI FORZA	
	Indicare i punti di forza	<ul style="list-style-type: none"> • Introduzione di strumenti diagnostici, dispositivi medici avanzati e soluzioni digital health per aumentare l'efficienza e l'appropriatezza delle prestazioni erogate sul territorio. • Rafforzamento delle reti territoriali integrate per garantire diagnosi e cure vicino al domicilio del cittadino, riducendo il ricorso all'ospedale e ottimizzando i percorsi assistenziali. • Definizione di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali omogenei che favoriscono la continuità delle cure e migliorano la gestione coordinata dei casi clinici complessi. • Ottimizzazione delle procedure e razionalizzazione degli assetti organizzativi per migliorare l'efficienza del sistema e contenere sprechi e prestazioni inappropriate.
	Utilizzo delle tecnologie sanitarie	Implementazione delle tecnologie disponibili

12	PUNTI DI DEBOLEZZA	
	Indicare i punti di debolezza	<ul style="list-style-type: none"> • Disomogeneità territoriale nell'accesso alle prestazioni e distribuzione non uniforme delle risorse tecnologiche e professionali. • Lentezza nell'adozione di nuove tecnologie e resistenza al cambiamento da parte di alcuni operatori e strutture sanitarie. • Frammentazione dei processi tra ospedale e territorio, con limitata integrazione informatica e organizzativa.
	Tempi di realizzazione	Massimizzazione dei tempi previsti

5. Linea progettuale: la tecnologia sanitaria innovativa come strumento di integrazione ospedale territorio – anche in relazione all'emergenza Covid-19

DESCRIZIONI DELLE AZIONI RELATIVE A OGNIFASE	Mesi												
	12												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Inizio progetto													

Fase attuativa e di monitoraggio													
Conclusione progetto													
Valutazione													

DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO		Breve descrizione dei contenuti	Indicatori di verifica
Fase	Azioni		
13	1		<ul style="list-style-type: none"> • Percentuale di strutture territoriali dotate di tecnologie sanitarie innovative rispetto al totale delle strutture previste. • Percentuali di percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA) condivisi tra ospedale e territorio. • Percentuale di riduzione delle prestazioni effettuate in regime intramoenia o a pagamento rispetto al totale delle prestazioni specialistiche. • Soddisfazione degli utenti e degli operatori relativamente all'accessibilità, alla tempestività e alla qualità delle cure ricevute.
	2		Realizzazione del sistema di monitoraggio e rilevazione dei tempi di attesa (TDA)

5. Linea progettuale: la tecnologia sanitaria innovativa come strumento di integrazione ospedale territorio – anche in relazione all'emergenza Covid-19

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	Da valutare in itinere

5. Linea progettuale: la tecnologia sanitaria innovativa come strumento di integrazione ospedale territorio – anche in relazione all'emergenza Covid-19

INTERVENTO 2: Progetto Assistente Virtuale URP - ASReM

3	RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO MODALITA' DI REPERIMENTO RISORSE		
	<i>Finanziamento</i>	<i>Riferimento</i> <i>(Delibera, atto ecc.)</i>	<i>Importo</i>
	Risorse vincolate degli obiettivi	Accordo Stato/Regioni n. 281/CSR del 21 dicembre 2022 - Decreto del Commissario ad Acta n._ del_____	98.000
	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	€ 0	I Costi per la formazione rientrano nei costi di setup iniziale
	Costi gestione progetto	€ 0	
	Costi	€ 38.000	Setup iniziale
Costi	€ 60.000	Costo licenze e manutenzione annuale	

5. Linea progettuale: la tecnologia sanitaria innovativa come strumento di integrazione ospedale territorio – anche in relazione all'emergenza Covid-19

5	RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
	RISORSE NECESSARIE	N. RISORSE	NOTE
	Disponibili	€ 98.000	
	Da acquisire		

6	<p>ANALISI DEL CONTESTO/ SCENARIO DI RIFERIMENTO</p> <p>Se pertinente, riportare dati epidemiologici, di attività, ecc.</p>	<p>L'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) è una struttura che ha lo scopo di gestire le relazioni tra l'Ente ed i cittadini, offrendo un punto di riferimento per l'informazione, l'assistenza e la risoluzione di problematiche.</p> <p>Le funzioni principali svolte dall'URP sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Informazione e orientamento:</i> l'URP fornisce informazioni sulle attività, i servizi offerti e le procedure amministrative dell'Ente, istruendo i cittadini sui documenti necessari, modulistica, termini e tempi di attesa; • <i>Assistenza e accoglienza:</i> l'URP è il punto di contatto per i cittadini che necessitano di assistenza per la compilazione di moduli, l'accesso a servizi o la risoluzione di problemi; • <i>Gestione delle segnalazioni e reclami:</i> l'URP riceve segnalazioni, reclami o suggerimenti dai cittadini e si occupa di inoltrarli ai settori competenti, in modo tale da migliorare la qualità dei servizi offerti; • <i>Organizzazione di incontri ed eventi:</i> l'URP è coinvolto nell'organizzazione di incontri pubblici, conferenze, workshop o altre iniziative che riguardano i cittadini; • <i>Promozione della trasparenza:</i> l'URP ha il compito di promuovere la trasparenza dell'Ente, facilitando l'accesso alle informazioni e promuovendo la divulgazione dei dati pubblici. <p>In generale, l'URP ha il compito di facilitare la comunicazione tra i cittadini e l'Amministrazione, fornendo informazioni, assistenza e supporto.</p> <p>L'introduzione di assistenti virtuali negli uffici URP sta diventando una "best practice" per aumentare l'efficienza e l'accessibilità dei servizi, consentendo ai cittadini di ottenere risposte alle proprie domande in modo rapido e conveniente, alleviando le numerose richieste rivolte agli operatori "fisici". Un assistente virtuale è un software che utilizza l'intelligenza artificiale per interagire con gli utenti e fornire loro supporto, informazioni o servizi. Gli assistenti virtuali sono progettati per simulare le interazioni umane e rispondere alle domande in modo naturale e conversazionale.</p> <p>Le principali caratteristiche degli assistenti virtuali sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Intelligenza artificiale:</i> Gli assistenti virtuali usano algoritmi di intelligenza artificiale per comprendere il linguaggio naturale degli utenti, interpretare le loro richieste e fornire risposte appropriate. Possono apprendere e migliorare le loro capacità di risposta nel tempo grazie al machine learning;
---	--	---

	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Interfaccia conversazionale</i>: Gli assistenti virtuali operano attraverso un'interfaccia conversazionale che può essere una chatbox su un sito web, un'applicazione mobile o un dispositivo vocale come un altoparlante intelligente. Questo permette agli utenti di interagire con l'assistente attraverso domande, comandi o richieste come se fosse un operatore "fisico"; • <i>Risposta alle domande</i>: Gli assistenti virtuali sono in grado di fornire risposte alle domande degli utenti utilizzando le informazioni a loro disposizione. Possono recuperare dati da basi di conoscenza, siti web o fonti di informazione affidabili per fornire risposte precise e aggiornate. • <i>Automazione di compiti</i>: Gli assistenti virtuali possono anche svolgere compiti specifici in modo automatico. Ad esempio, possono prenotare appuntamenti, inviare promemoria, fornire indicazioni o effettuare transazioni semplici; • <i>Disponibilità 24/7</i>: Gli assistenti virtuali sono disponibili 24 ore su 24, 7 giorni su 7, consentendo agli utenti di ottenere supporto o informazioni in qualsiasi momento; pertanto, offrono una maggiore comodità e accessibilità per gli utenti.
--	--

CRONOPROGRAMMA IN FORMATO GRAFICO

		Data inizio prevista	Data termine prevista	Possibile ulteriore proseguimento per anno successivo
7	DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO	01/01/2022	31/12/2022	Dipende dai risultati e quindi dal successo del progetto

8	OBIETTIVO GENERALE	<p>Il progetto prevede l'integrazione di un assistente virtuale, basato su intelligenza artificiale, all'interno del portale ASReM (https://www.asrem.molise.it/) in modo tale da interagire con i cittadini in merito ai contenuti presenti sul portale (scansione contenuti) ed eventuali altre "knowledge base" (domande e risposte) che potranno essere integrate in qualsiasi momento.</p> <p>In dettaglio, il progetto prevede:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilizzo di un assistente virtuale con un avatar (personaggio virtuale che può essere personalizzato nell'aspetto) che interagirà con i cittadini; • Personalizzazione della "knowledge base" con domande e risposte fornite dall'ASReM;
----------	---------------------------	--

		<ul style="list-style-type: none"> • Scansione automatica del sito https://www.asrem.molise.it/ ed eventuali basi dati aziendali per istruire il sistema di intelligenza artificiale e poter dare risposte sempre aggiornate rispetto ai contenuti in esso presente. <p>L'implementazione di tale servizio consentirà al cittadino il rapido accesso ad informazioni relative alle attività, alle procedure ed i progetti attivi sul territorio. Infatti, attraverso l'uso delle nuove tecnologie dell'intelligenza artificiale il cittadino interagirà con un assistente virtuale in maniera naturale. Questo assistente virtuale sarà istruito costantemente sulle iniziative e le procedure attive nonché sulle modalità di accesso a tali servizi e potrà rispondere in maniera pertinente alle richieste ricevute.</p>
--	--	---

9	OBIETTIVI SPECIFICI	<ul style="list-style-type: none"> • Interazione con il cittadino e risposta alle sue domande tramite conversazione vocale. Il sistema consentirà al cittadino di avviare una chat vocale e di formulare le proprie domande utilizzando il microfono e ricevendo risposte vocali; • Interazione con il cittadino e risposta alle sue domande tramite conversazione con un avatar grafico. Il sistema consentirà al cittadino di avviare una chat scritta con un personaggio rappresentato graficamente tramite un avatar. Questo tipo di conversazione metterà il cittadino nella condizione in cui avvierà una conversazione con un personaggio che dia l'impressione di essere reale; • Interazione tramite una chat classica senza avatar. Il sistema fornirà anche una classica interfaccia di chat per • l'interazione tra il cittadino e l'URP; • Possibilità di richiesta, da parte del cittadino, di una chat live con un operatore. Sarà possibile per il cittadino richiedere, durante le ore in cui tale servizio è disponibile, una chat live con un operatore. • Funzionalità che consente agli operatori di essere avvisati ogni qual volta il sistema rileva una domanda non presente nella "knowledge base", al fine di poter ampliare la stessa aggiungendo nuove informazioni man mano che si crea l'esigenza.
----------	----------------------------	--

RISULTATI ATTESI	
10	<p>A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati dal progetto</p> <p>Nel breve termine si prevede un incremento nell'utilizzo di questi nuovi strumenti di comunicazione e la conseguente diminuzione del ricorso agli strumenti classici quali il mezzo telefonico che sono più onerosi per l'Azienda Sanitaria in quanto prevede una risposta da parte di risorse umane.</p>

5. Linea progettuale: la tecnologia sanitaria innovativa come strumento di integrazione ospedale territorio – anche in relazione all'emergenza Covid-19

A lungo periodo, a cui tendere, non direttamente raggiungibili al termine del progetto	Nel lungo periodo si prevede una maggiore integrazione di queste tecnologie di assistenza virtuale nelle differenti iniziative legate alla salute e nei programmi di Telemedicina e Teleassistenza.
--	---

11	PUNTI DI FORZA	
	Indicare i punti di forza	Indicare le strategie/azioni per l'implementazione
	L'introduzione dell'assistente virtuale nell'URP consente di aumentare l'efficienza e l'accessibilità dei servizi, consentendo ai cittadini di ottenere risposte alle proprie domande in modo rapido e conveniente, alleviando le numerose richieste rivolte agli operatori "fisici".	Per il successo del progetto, oltre alla realizzazione della parte tecnologica, sarà importante la collaborazione dell'URP e delle strutture tecnico-amministrative dell'ASReM per la realizzazione della "knowledge base" iniziale. Tale "knowledge base", al termine della fase di setup del progetto, sarà implementata nell'assistente virtuale e sarà rilasciata agli uffici preposti dell'ASReM che saranno adeguatamente formati per alimentarla con domande e risposte che dovranno essere costantemente aggiornate.

12	PUNTI DI DEBOLEZZA	
	Indicare i punti di debolezza	Indicare le strategie/azioni per la riduzione
	La "knowledge base" dell'assistente virtuale dovrà essere costantemente aggiornata dall'URP e dagli uffici preposti dall'Asrem, altrimenti il sistema potrebbe non essere in grado di rispondere alle richieste dei cittadini rinviando agli operatori "fisici" l'onere di rispondere a tali richieste.	Costituzione di un gruppo di lavoro in Asrem per l'aggiornamento continuo della "knowledge base".

DIAGRAMMA DI GANT												
Descrizioni delle azioni relative a ogni fase	Mesi 12											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Analisi dei requisiti												
Progettazione												
Sviluppo												
Data Entry												

5. Linea progettuale: la tecnologia sanitaria innovativa come strumento di integrazione ospedale territorio – anche in relazione all'emergenza Covid-19

Testing														
Documentazione														
Formazione														
Creazione infrastruttura														
Deploy														
Manutenzione														

DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO			
Fase	Azioni	Breve descrizione dei contenuti	Indicatori di verifica
13	Analisi dei requisiti	Descrizione delle funzionalità del sistema personalizzate per l'URP	Documento di specifica dei requisiti
	Progettazione e sviluppo	Implementazione del sistema sulla base del documento di specifica dei requisiti	Prototipo del sistema
	Data entry e Testing	Implementazione della Knowledge base e test del sistema	Upgrade del prototipo pronto per essere in produzione
	Documentazione e Formazione	Formazione e rilascio della documentazione per l'utilizzo del sistema agli operatori	Documentazione per l'utilizzo del sistema
	Creazione Infrastruttura	Installazione del sistema su cloud regionale	Rilascio del sistema in produzione
	Manutenzione	Manutenzione ordinaria del sistema	Ticket rilasciati per il supporto

Atto: DEC.COMSAN 2025/91 del 27-05-2025
 Servizio proponente: DS.06 ECONOMICO FINANZIARI SSR
 Copia Del Documento Firmato Digitalmente

5. Linea progettuale: la tecnologia sanitaria innovativa come strumento di integrazione ospedale territorio – anche in relazione all'emergenza Covid-19

	<p>TRASFERIBILITA'</p> <p>Indicare a quale altra realtà il progetto o parte di esso può essere trasferito</p>	
14	<p>Tipo di realtà nella quale può essere implementato il progetto</p>	<p>Progetto o parte del progetto che può essere trasferita</p>
	<p>Il prototipo di progetto può essere trasferito in altre realtà regionali sia in ambito sanitario sia in altri tipi di settori ove la complessità e la diversificazione del servizio renderebbe utile il nuovo tipo di interazione con il cittadino.</p>	<p>Tutto il know-how tecnologico acquisito nella gestione del nuovo servizio e le best practice implementate, nonché le specifiche tecnologie adottate potranno essere trasferite nelle altre realtà. Mentre l'implementazione della "knowledge base" con i suoi meccanismi di auto alimentazione tramite specifici servizi informatici nonché tramite l'inserimento manuale dovranno poi essere re-implementati.</p>