

Linea Progettuale n.1

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO CONDIVISO E PERSONALIZZATO PER PAZIENTI CON MULTI CRONICITÀ.

Titolo Progetto: Cure primarie e PDTA personalizzati per pazienti con multicronicità

L'attività progettuale in relazione all'intervento n.1 "Identificazione di percorsi diagnostici e terapeutici per la gestione della malattia cerebrovascolare in fase cronica" rientrante negli obiettivi di carattere prioritario anno 2020, parte dal presupposto che il Sistema Regionale molisano venga 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.

In continuità con quanto già organizzato negli anni precedenti il percorso assistenziale è ulteriormente implementato attraverso il potenziamento dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) la massima integrazione multidisciplinare (sociale e sanitaria) e multiprofessionale (tra operatori sanitari)

Nell'attività progettuale sono stati coinvolte, infatti, tutte le diverse professionalità, prime fra tutte i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta, che hanno un ruolo nella gestione clinica del paziente sin dalla presa in carico, consentendo di rilevare la necessità di assicurare direttamente a domicilio servizi e cure soprattutto per le fasce più fragili della popolazione, evitando il ricorso inappropriato all'ospedalizzazione e favorendo l'aumento percentuale della prevalenza dell'ADI a livello aziendale e distrettuale per i pazienti cronici.

Si è avviato, al riguardo, un processo di armonizzazione delle modalità organizzative della rete d'assistenza regionale in ambito extra-ospedaliero, ridefinendo ruoli, competenze, attività e risultati attesi di tutti gli attori in tutti i livelli assistenziali;

Preliminarmente si è inteso, inoltre, potenziare e consolidare le procedure delle Porte Uniche d'Accesso e delle Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) in funzione della gestione delle multicronicità finalizzati al miglioramento della definizione del Piano di assistenza individuale e implementazione dei flussi informativi dedicati;

L'ASReM ha garantito il coordinamento degli apporti professionali forniti degli operatori del servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e dagli specialisti, e la continuità assistenziale nell'erogazione del trattamento.

Si è operato per favorire l'aumento percentuale della prevalenza dell'ADI a livello aziendale e distrettuale per i pazienti cronici, cercando di evitare, per quanto possibile, il ricovero durante le fasi non acute e consentire la riduzione dei tempi di ospedalizzazione, favorendo il più possibile un'idonea permanenza dell'assistito presso il proprio domicilio;

L'assistenza domiciliare, è stata strutturata in modo da creare una stretta collaborazione tra ospedale e distretto, funzionale a garantire, quanto più possibile, la permanenza a casa anche di persone anche in condizione di mutlicronicità.

Sono stati implementati i percorsi assistenziali già presenti nella attività complessiva distrettuale in modo da garantire una presa in carico globale mediante 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.

Si è operato per la predisposizione di setting assistenziali domiciliari in modo da garantire una attività complessiva e coordinata delle diverse figure con la partecipazione attiva anche del paziente in modo da rendere più agevole anche l'operato dell'equipe

Una attenzione particolare è stata posta anche ai trattamenti terapeutici, infatti, 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.

Nell'attività progettuale è stata prevista anche una riorganizzazione complessiva delle attività dei MMG, potenziando l'integrazione con la Specialistica ambulatoriale (convenzionata e dipendente), e con il complesso delle attività di Assistenza territoriale e Ospedaliera cercando potenziare, proprio per il ruolo svolto nella gestione del paziente, la funzione di coordinamento delle diverse strutture e professionalità coinvolte, facilitandone quanto più possibile l'integrazione in modo da garantire la massima omogeneità nell'erogazione della assistenza ed il raggiungimento del massimo dei risultati prefissati.

L'avvio delle attività progettuali è stato preceduto da numerosi incontri con gli operatori del progetto finalizzati alla condivisione delle informazioni circa le più recenti acquisizioni inerenti le metodiche di diagnosi, cura, assistenza e riabilitazione dei pazienti multicronici e per uniformare le modalità di intervento.

Nel periodo considerato l'ASReM ha assistito in ADI un numero crescente di pazienti, soprattutto anziani (ovvero con una età all'atto della presa in carico in ADI superiore a 65 anni) affetti da patologie particolarmente invalidanti e da multicronicità

Il progetto ha supportato le attività dell'ADI avvalendosi di un'equipe multidisciplinare di alto livello, MMG e specialisti ambulatoriali, e da figure professionali non mediche (terapista occupazionale, fisioterapista, logopedista, personale infermieristico ed O.S.A.) per rispondere in modo adeguato ed efficace alla presa in carico dei malati.

L'attività dei suddetti professionisti, è stata svolta presso il domicilio di soggetti affetti da patologie multicroniche arruolati in ADI.

Accanto alle attività medico ed infermieristico è stato garantito un adeguato sostegno al care-giver sia di tipo psicologico che formativo sulla più corretta gestione del familiare affetto da patologia multicronica.

I setting assistenziali prevedevano accessi dei medici di MMG, degli specialisti ambulatoriali e prestazioni non mediche, erogate da personale infermieristico, tecnici della riabilitazione ed OSA.

Linea Progettuale n.1

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO CONDIVISO E PERSONALIZZATO PER PAZIENTI CON MULTI CRONICITÀ.

Titolo Progetto: Inserimento lavorativo per la salute mentale

In merito a tale progettualità si rappresenta che la procedura aperta ex art. 60 del D.lgs. N. 50/2016 per l'affidamento della gestione di percorsi terapeutico-riabilitativi finalizzati all'inserimento socioriabilitativo per persone con disabilità psicosociale affidata alla CUC è andata deserta. Sono in corso di attivazione le procedure per indire nuovamente la gara.

Linea Progettuale n.2

PROMOZIONE DELL'EQUITA' IN AMBITO SANITARIO

Titolo Progetto: Promozione dell'equità in ambito sanitario

Il progetto, in continuità con quanto già avviato negli anni 2018-2019, tenuto conto dell'emergenza pandemica SARS-COV-2 che ha caratterizzato l'anno 2020 fino all'anno 2022, ha subito delle interruzioni ed è proseguito fino all'anno 2024.

L'intervento oltre a garantire una risposta ai bisogni della fascia pediatrica nei giorni festivi e prefestivi, ha permesso anche di sopperire alla carenza di pediatri.

Il progetto ha avuto un riscontro positivo da parte delle famiglie.

Linea Progettuale n.2

PROMOZIONE DELL'EQUITA' IN AMBITO SANITARIO

Titolo Progetto: Corso OMS - UNICEF Allattamento al seno per operatori della salute

L'attività progettuale in relazione all'intervento n.2 "Corso OMS - UNICEF Allattamento al seno per operatori della salute" rientrante negli obiettivi di carattere prioritario anno 2020, parte dal presupposto che da oltre vent'anni le attività di protezione, promozione e sostegno dell'allattamento rientrano nelle politiche nazionali. Il "Piano nazionale della prevenzione (Pnp) 2014-2018", suggerisce un approccio life course ricordando che la promozione della salute e dell'equità nei primi 1000 giorni inizia dalla gravidanza, passa per un programma di protezione, promozione e sostegno dell'allattamento e prosegue nella fase della prima infanzia. Tra le strategie del Piano è previsto lo sviluppo di programmi/interventi volti a favorire l'allattamento, con l'obiettivo di aumentare il numero di bambini allattati esclusivamente al seno fino al compimento del sesto mese. Inoltre, la seconda linea di supporto centrale (azione centrale) del Pnp si prefigge di "Implementare un sistema di sorveglianza nazionale per la rilevazione dei tassi di allattamento materno al 1°, 3° e 6° mese".

Numerose esperienze mostrano chiaramente come l'allattamento al seno possa essere protetto, promosso e sostenuto solo attraverso azioni concertate e coordinate.

Le azioni per l'allattamento al seno sono attualmente spesso scoordinate oppure non compatibili con quelle universalmente riconosciute e basate su dimostrazioni scientifiche.

Gli interventi che abbracciano il periodo pre-e post-natale compresi i giorni critici che precedono e seguono immediatamente il parto sono più efficaci degli interventi focalizzati su un singolo periodo.

Da parte degli operatori sanitari si richiede un supporto empatico, competente e proattivo anche in relazione ai problemi della diade che possono manifestarsi nei primi giorni dopo il parto quali:

- difficoltà di attacco al seno e dolore alla poppata
- pianto del bambino
- corretta informazione sul normale comportamento del neonato, sull'ittero e sul calo di peso
- informazioni essenziali sulla fisiologia della lattazione/montata lattea
- informazione su baby blues sulla gestione dell'ansia materna
- sostegno alla scelta di allattare il proprio neonato con formula, SOLO dopo verifica che la madre abbia ricevuto corrette informazioni

Si intende focalizzare l'impegno delle Società scientifiche sull'applicazione di una policy aziendale per l'allattamento al seno in tutte le Aziende Sanitarie del territorio nazionale.

OBIETTIVI SPECIFICI:

- sulla implementazione della pratica precoce del contatto pelle a pelle fra madre e neonato entro le prime due ore dal parto (PUNTI NASCITA);
- sulla pratica del rooming-in (PUNTI NASCITA);
- sull'incentivazione del percorso di accreditamento dei punti nascita e Consultori al progetto BFHI UNICEF (TERRITORIO E CONSULTORI);
- formazione in materia di fisiologia, tecniche e soluzioni per porre le migliori condizioni di base per l'allattamento (PRESIDI OSPEDALIERI, CONSULTORI FAMILIARI REGIONE MOLISE, POLIAMBULATORI TERRITORIALI REGIONE MOLISE);

- formazione e confronto sulla comunicazione empatica e l'umanizzazione delle cure, in linea con le più recenti evidenze scientifiche, volto a valorizzare il rapporto madre – figlio ed equipe- utenza (PRESIDI OSPEDALIERI, CONSULTORI FAMILIARI REGIONE MOLISE, POLIAMBULATORI TERRITORIALI REGIONE MOLISE);
- pianificazione di corsi di aggiornamento sull'allattamento OMS UNICEF, tenuto secondo le più recenti linee guida, rivolto a tutte le figure sanitarie coinvolte nell'Area Materno – Infantile come: Ostetricia e Ginecologia, Neonatologia-TIN-, Nido, Pediatria e Territorio come Consultori Familiari e Poliambulatori territoriali, da effettuarsi in più edizioni per permettere la partecipazione del più ampio numero di risorse (PRESIDI OSPEDALIERI, CONSULTORI FAMILIARI REGIONE MOLISE, POLIAMBULATORI TERRITORIALI REGIONE MOLISE).

Le iniziative formative sono state tenute in più edizioni. Ogni corso ha avuto una durata di almeno 26 ore.

ANALISI DEL CONTESTO E SCENARIO DI RIFERIMENTO- CONSULTORIO F. DI CAMPOBASSO/BOIANO

Presso il Consultorio Familiare di Campobasso, dal 2020 i corsi CAN sono stati in forte aumento, la gravida inizia a frequentarli alla 25 settimana di gestazione fino alla 39 settimana. Dopo l'espletamento del parto già dal 6°-7° giorno le stesse signore tornano in Consultorio come puerpere per controlli e vengono seguite durante l'allattamento fino al 6° mese di vita del lattante.

La percentuale di allattamento esclusivo al seno raggiunta per i neonati fino a 3 mesi presso il Consultorio di Campobasso/Boiano è intorno al 43%, ottimo risultato se si pensa che la media nazionale è del 46,05% e le Regioni del Centro e del Sud Italia hanno una percentuale inferiore.

Linea Progettuale n.3

COSTITUZIONE E IMPLEMENTAZIONE DELLA RETE DELLA TERAPIA DEL DOLORE E SVILUPPO DELLE CURE PALLIATIVE E DELLA TERAPIA DEL DOLORE IN AREA PEDIATRICA

Titolo Progetto: Costituzione e implementazione della rete della terapia del dolore e sviluppo delle cure palliative e della terapia del dolore in area pediatrica

I dati di letteratura e le esperienze disponibili evidenziano come la mortalità annuale da patologia inguaribile sia di 1 su 10.000 bambini da 1 a 17 anni con una prevalenza di malattie inguaribili, nella stessa fascia di età, pari a 10 su 10.000 minori; nel 70% dei casi si tratta di patologie non oncologiche, prevalentemente neurodegenerative, metaboliche e genetiche. Secondo le stime del Royal College of Pediatrics and Children Health in un'area di 500.000 abitanti con una popolazione in età minore di circa 100.000 soggetti sono attesi annualmente 10 bambini terminali e/o bisognosi di cure palliative, dei quali 2-4 oncologici, 2 cardiopatici e 4-6 affetti da altra patologia.

Stato dell'arte in Regione Molise delle Cure Palliative Pediatriche

Nel caso della regione Molise, su una popolazione di 307 789 abitanti al 31 marzo 2018 (dati ISTAT) si stima una attesa annua di circa 6 pazienti in fase avanzata di malattia con necessità di cure palliative, dei quali 1-2 oncologici, 1 cardiopatico e 3 affetti da altre patologie.

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).

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 caregiver ed il monitoraggio delle attività. Il Centro di riferimento partecipa ai programmi di informazione ed a iniziative culturali.

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.

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.

L'assistenza domiciliare dei singoli casi, rispetto alle necessità diagnostiche e terapeutiche, fatte salve le competenze per l'età neonatale poste in capo all'U.O. di Neonatologia di Campobasso, provvede direttamente la rete regionale coordinata dall'Hospice di Larino nella presa in carico sin dalla definizione del piano di assistenza e garantisce la rintracciabilità telefonica H24 per gli operatori della Rete. L'attività di ambulatorio di terapia del dolore pediatrico viene organizzata in collaborazione con la Rete aziendale di terapia del dolore. Le UU.OO. ospedaliere assicurano le consulenze specialistiche in tutte le fasi del percorso assistenziale della patologia inguaribile e partecipano, per aspetti tecnici, all'addestramento del caregiver; le strutture ospedaliere concorrono alla gestione dei ricoveri nelle fasi acute della malattia.

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.

Linea Progettuale n.4

PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE E SUPPORTO AL PIANO NAZIONALE

**Titolo Progetto: Supporto al Piano Regionale della Prevenzione della
Regione Molise.**

In merito alle attività previste dal Piano della Prevenzione, la Regione Molise ha ottenuto la certificazione del PRP per la finalità di cui alla verifica degli adempimenti LEA, area Prevenzione e sanità pubblica. Si rinvia pertanto alla rendicontazione trasmessa ai Competenti Ministeri.

Linea Progettuale n.5

LA TECNOLOGIA SANITARIA INNOVATIVA COME STRUMENTO DI INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO

**Titolo Progetto: Strumenti a supporto dell'efficientamento del sistema
regionale di controllo della qualità ed appropriatezza delle prestazioni
sanitarie**

In continuità con quanto avviato nelle annualità precedenti, è continuata l'attività dei controlli delle prestazioni in regime di ricovero e delle prestazioni di medicina specialistica ambulatoriale.

L'efficienza di tali controlli ha portato ad un livello eccellente nella qualità formale del flusso, raggiungendo il 100% di acquisizione dei dati da parte del Ministero della Salute, con uno scarto pari allo 0%.

Linea Progettuale n.5

LA TECNOLOGIA SANITARIA INNOVATIVA COME STRUMENTO DI INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO

Titolo Progetto: le tecnologie a supporto dell'integrazione tra i due aspetti dell'assistenza: l'ospedale e il territorio

L'attività progettuale in relazione all'intervento n.5 "le tecnologie a supporto dell'integrazione tra i due aspetti dell'assistenza: l'ospedale e il territorio" ha inteso continuare il processo di digitalizzazione in ospedale ma soprattutto nel territorio e nei percorsi assistenziali di continuità ospedale-territorio. L'utilizzo della tecnologia sanitaria innovativa intesa come valido supporto d'integrazione ospedale territorio tende al miglioramento complessivo della qualità dei servizi sanitari regionali. I principali obiettivi sono quello di agevolare l'assistenza del paziente, offrire un servizio che possa facilitare l'integrazione delle diverse competenze professionali, fornire una base informativa consistente sulla scorta di queste considerazioni si è posto anche al centro delle attività il 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.

Le azioni introdotte rappresentano un elemento finalizzato alla completa riorganizzazione dell'intero Sistema sanitario e che permetterà alla Regione Molise di disporre di un rinnovato e potenziato modello, ben integrato tra i vari settori dell'assistenza, che favorirà il progressivo superamento di alcune criticità espresse nelle precedenti parti.

L'Obiettivo generale fissato è quello di favorire e rendere sistemico l'utilizzo trasversale della tecnologia sanitaria innovativa come strumento di integrazione ospedale territorio, favorendo i processi di digitalizzazione in ospedale ma soprattutto nel territorio e nei percorsi assistenziali di continuità ospedale-territori. Si è ritenuto essenziale 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.

Si è pensato di immaginare e programmare interventi di prevenzione e salute sia livello di popolazione e promuovere la digitalizzazione dei percorsi di presa in carico degli utenti territoriali per favorire agevolare l'assistenza del paziente facilitando l'integrazione delle diverse competenze professionali; favorire l'impiego della telemedicina per la garanzia di una migliore qualità assistenziale attraverso il monitoraggio delle attività svolte ed il supporto alle decisioni cliniche ottimizzando l'integrazione dei PDTA per la gestione del paziente, soprattutto per le fragilità; anche a supporto della residenzialità e domiciliarità. Accanto a queste attività mirate alla gestione della domiciliarità si è inteso avviare anche azioni finalizzate alla re-ingegnerizzazione dei flussi informativi sanitari.

Elemento essenziale per la riuscita del processo di digitalizzazione delle tecnologie tra ospedale e territorio è la elaborazione di linee d'indirizzo operative per la gestione dei servizi di telemedicina della Regione Molise, in modo da omogeneizzare e uniformare i processi di utilizzo della telemedicina regionale, anche in funzione delle normative nazionali.

Tutte le attività nel complesso sono state orientate a migliorare l'integrazione e l'interoperabilità delle tecnologie sanitarie del SSR.

Linea Progettuale n.5

LA TECNOLOGIA SANITARIA INNOVATIVA COME STRUMENTO DI INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO

Titolo Progetto: Devices a supporto progetto di Telemedicina per pazienti affetti da scompenso cardiaco nelle aree interne del Molise e a completamento delle progettualità connesse alla farmacia dei servizi

Obiettivo del presente intervento è quello di offrire soluzioni in grado di migliorare la salute e il benessere dei pazienti attraverso lo sviluppo di servizi che lo aiutino a prendersi cura di sé, a prevenire i rischi collegati alla salute e ad essere protagonisti attivi nella gestione della propria malattia favorendo la riduzione dei costi di ospedalizzazione.

L'intervento si configura come il completamento di n. 3 interventi finanziati nell'ambito dell'Accordo Quadro per le aree interne e intende finanziare l'acquisto di device strumentali per il monitoraggio di pazienti affetti da scompenso cardiaco nell'area Alto Medio Sannio e di kit da distribuire nelle farmacie dell'area interna Fortore e dell'area interna Matese, in modo da permettere l'erogazione di alcune particolari prestazioni specialistiche direttamente sul territorio in Telemedicina, riducendo il tasso di ospedalizzazione.

Con Determinazione del Direttore Generale n. 153 del 26/10/2022 è stata approvata la scheda di sintesi progettuale dell'intervento E1 "Implementazione della rete delle Farmacie e degli infermieri di comunità a servizio delle aree interne" – APQ "Area Interna Matese" – CUP: D89C2000510001, affidandone la realizzazione alla Molise dati S.p.A., società in house providing della regione in ambito ICT della regione Molise.

Con Determinazione del Direttore Generale n. 154 del 26/10/2022 è stata approvata la scheda di sintesi progettuale dell'intervento A1 "Implementazione rete Farmacie dell'Area interna Fortore" – APQ "Area Interna Fortore" – CUP: D89I20000060001, affidandone la realizzazione alla Molise dati S.p.A., società in house providing della regione in ambito ICT della regione Molise.

Infine, con Determinazione del Direttore Generale n. 99 del 05/07/2023 sono state approvate la scheda di sintesi progettuale dell'intervento S1 "Telemedicina per pazienti affetti da scompenso cardiaco" – Area "Alto Medio Sannio – CUP: D59C20000670001 e lo schema di convenzione finalizzato a regolamentare i rapporti tra la Direzione generale per la Salute, l'ASReM e la Molise Dati S.p.A. per la realizzazione dell'intervento.

La Convenzione è stata sottoscritta digitalmente in data 05/09/2023.

Con DM n. 28/09/2023 (G.U. – serie generale n. 271 del 20/11/2023) la Regione Molise ha avuto un'assegnazione di € 5.791.111,00 di cui € 2.957.759,00 per la procedura di gara indetta da regione Lombardia (individuata ente capofila da Agenas, soggetto attuatore per l'investimento PNRR in parola) per l'acquisto della piattaforma di telemedicina ed € 2.833.352,00 per la procedura di gara indetta da regione Puglia (individuata ente capofila da Agenas, soggetto attuatore per l'investimento PNRR in parola) per l'acquisto delle postazioni di lavoro.

La regione Molise, in considerazione del nuovo finanziamento PNRR e tenuto conto che i tempi per le procedure di acquisto, anche in riuso, di un SW per la realizzazione degli interventi sulle aree interne rischiavano di sovrapporsi con l'acquisto della piattaforma nazionale di cui ai fondi PNRR, ha ritenuto opportuno sospendere

temporaneamente la realizzazione degli interventi sulle aree interne e di procedere alla loro realizzazione direttamente sulla piattaforma nazionale.

A riguardo è stata anche proposta all'ex Agenzia di Coesione la riprogrammazione delle risorse di cui alle schede E1 "Implementazione della rete delle Farmacie e degli infermieri di comunità a servizio delle aree interne" – APQ "Area Interna Matese", A1 "Implementazione rete Farmacie dell'Area interna Fortore" – APQ "Area Interna Fortore".

L'ex Agenzia di Coesione in data 30/11/2023 ha comunicato alla regione Molise l'approvazione della rimodulazione delle risorse di cui all'APQ Area Interna Matese, comprensiva della scheda A1 e, conseguentemente, è stata adottata la Deliberazione di Giunta regionale n. 65 del 09/02/2024 di approvazione di rimodulazione.

La riprogrammazione delle risorse di cui all'APQ Fortore, comprensiva della scheda E1, è stata approvata dall'ex Agenzia di Coesione in data 19/03/2025. Gli uffici competenti della regione Molise predisporranno il conseguente provvedimento di giunta regionale di approvazione.

La rimodulazione delle risorse di cui alla S1 dell'Area Alto Medio Sannio è stata concordata con il Responsabile dell'Attuazione SNAI Molise e con l'ente capofila dell'area.

In condivisione con le aree interessate e con il Responsabile dell'Attuazione SNAI Molise, questa Direzione ha, inoltre, concordato di attivare gli interventi in parola appena disponibile la piattaforma finanziata con fondi PNRR.

Nel frattempo, le gare indette da regione Lombardia e da regione Puglia sono state aggiudicate definitivamente in ritardo rispetto a quanto preventivato dallo stesso soggetto attuatore (Agenas).

La tardiva aggiudicazione della gara Lombardia, non imputabile a questa regione, ha inevitabilmente creato un ritardo non solo nella realizzazione dell'investimento PNRR da parte di tutte le regioni, ma anche, per la regione Molise, un ritardo nella realizzazione degli interventi sulle aree interne e, conseguentemente dell'intervento n. 3 sulla linea progettuale n. 5 di cui agli Obiettivi di Piano 2020.

In considerazione della rapida obsolescenza cui sono sottoposti i dispositivi elettronici da acquistare, infatti, questa Direzione ha ritenuto di attendere gli esiti della gara Lombardia e di procedere all'acquisto di device, le cui specifiche tecniche fossero adeguate alla piattaforma di Telemedicina.

Infine, si rappresenta che, in data 16/12/2024, la Molise Dati S.p.A., individuata come soggetto delegato dalla Regione Molise all'acquisto della piattaforma di telemedicina di cui al finanziamento PNRR, ha sottoscritto il contratto con la seconda aggiudicataria del lotto II di gara Lombardia. Il kick off è stato effettuato in data 23/01/2025. Il collaudo è previsto entro il 31/05/2025 e il go live della piattaforma a giugno 2025.

Contestualmente, la stessa Molise Dati S.p.A. ha acquisito le specifiche tecniche dei device che potranno essere collegati alla piattaforma di Telemedicina, al fine di procedere in tempi brevi con i relativi ordini, fondamentali per la realizzazione tanto degli interventi sulle aree interne, quanto dell'intervento n. 3 in argomento.

Linea Progettuale n.5

LA TECNOLOGIA SANITARIA INNOVATIVA COME STRUMENTO DI INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO

Titolo Progetto: Value-Based Healthcare e la sostenibilità economica del sistema sanitario regionale (SSR) del Molise. Gestione economica di alcune malattie croniche

Negli ultimi decenni, i cambiamenti nella medicina hanno portato alla necessità di ripensare l'organizzazione e la gestione dei servizi sanitari, soprattutto per affrontare la crescente incidenza delle malattie croniche. L'invecchiamento della popolazione e l'aumento delle patologie croniche hanno reso necessaria una ristrutturazione dei modelli di cura, mirando a garantire sia la qualità dell'assistenza che la sostenibilità economica del sistema sanitario.

La gestione delle malattie croniche richiede un approccio integrato, che coinvolga sia il livello ospedaliero che quello territoriale. Le malattie croniche sono patologie che necessitano di cure continue e costanti, e questo comporta un significativo aumento dei costi sanitari, soprattutto a causa delle ospedalizzazioni frequenti, delle visite periodiche e della necessità di terapie a lungo termine. Un approccio economico-aziendale in questo contesto significa ottimizzare l'uso delle risorse, migliorando l'efficienza senza compromettere la qualità delle cure.

In questo progetto la medicina domiciliare, la telemedicina e l'utilizzo di tecnologie per il monitoraggio remoto sono strumenti chiave per garantire una continuità dell'assistenza senza la necessità di ricoveri ospedalieri. Inoltre, la deospedalizzazione

è vista come una strategia fondamentale per ridurre la pressione sugli ospedali e migliorare l'efficienza complessiva del sistema sanitario.

Un altro aspetto fondamentale riguarda il coinvolgimento di nuove figure professionali, come gli infermieri di famiglia e di comunità, che sono cruciali per monitorare la salute dei pazienti, promuovere stili di vita sani e pianificare interventi mirati per la prevenzione delle malattie. Queste figure, unite all'uso di tecnologie innovative, permetteranno di gestire in modo più efficace le malattie croniche sul territorio, offrendo un'assistenza personalizzata e continuativa.

Dallo studio è emerso l'importanza di un equilibrio tra assistenza ospedaliera e territoriale e la necessità di sviluppare un sistema sanitario che integri meglio i diversi livelli di cura, promuovendo l'assistenza territoriale e l'utilizzo di tecnologie per garantire un'assistenza di qualità, riducendo al contempo i costi.

Attraverso lo studio, i cui esiti sono stati riportati in un'apposita pubblicazione, realizzata in condivisione con Unimol, sono emersi dati utili all'individuazione del fabbisogno dei malati cronici, con particolare riferimento allo scompenso cardiaco.