

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

**SCHEMA PROGETTO**

<b>1</b>	<b>LINEA PROGETTUALE</b>	1. Percorso diagnostico terapeutico condiviso e personalizzato per pazienti con multicronicità.
	<b>TITOLO DEL PROGETTO E DEGLI INTERVENTI PER ESTESO</b>	<b>Intervento 1:</b> Cure primarie e PDTA personalizzati per pazienti con multicronicità.
	<b>AREA DI INTERVENTO</b>	Miglioramento dell'efficienza e dell'accessibilità delle cure.

<b>2</b>	<b>REGIONE MOLISE RESPONSABILE DEL PROGETTO</b>		
	<b>Azienda Sanitaria Regionale del Molise – A.S.Re.M./Regione Molise</b>	<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"

**INTERVENTO 1: Cure primarie e PDTA personalizzati per pazienti con multicronicità.**

RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO MODALITA' DI REPERIMENTO RISORSE			
3	<i>Finanziamento</i>	<i>Riferimento (Delibera, atto ecc.)</i>	<i>Importo</i>
	Risorse vincolate degli obiettivi del PSN	Accordo Stato-Regioni n. Rep atti n. 231/CSR del 28 dicembre 2024 Decreto del Commissario ad Acta n. _____ del _____	1.089.843

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

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

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

**ANALISI DEL  
CONTESTO/  
SCENARIO DI  
RIFERIMENTO**

Se pertinente,  
riportare dati  
epidemiologici,  
di attività, ecc.

6

La prospettiva di programmazione strategica del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) è rivolta allo sviluppo e alla messa in campo di azioni finalizzate a migliorare l'erogazione delle prestazioni per i cittadini, ottimizzare l'organizzazione sanitaria, monitorare i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e funzionalmente la spesa sanitaria. Il buon funzionamento dei sistemi sanitari, espresso in termini di qualità, efficacia, equità e sostenibilità, si lega sempre più strettamente alla capacità di determinare le priorità nella programmazione sanitaria e identificare percorsi di cura appropriati, minimizzando fenomeni di inappropriatelyzza e rischio clinico.

In questa prospettiva operativa del SSN, una delle principali sfide per il sistema sanitario nazionale è rappresentata dalla gestione delle malattie croniche, in particolare quella dei pazienti affetti da multicronicità. Questa area è in continua crescita ed esige un notevole impegno di risorse, richiedendo continuità d'assistenza per periodi di lunga durata e una forte integrazione tra servizi sanitari e sociali. Gli obiettivi di cura per i pazienti con cronicità, non essendo orientati 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 della condizione clinica sull'individuo, sulla famiglia e sul contesto sociale, e, infine, al miglioramento della qualità di vita.

La direzione verso cui bisognerebbe 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. Si delineerà quindi un modello incentrato sulle cure territoriali e domiciliari integrate, delegando all'assistenza ospedaliera la gestione dei casi acuti/complessi non gestibili dagli operatori sanitari delle cure primarie.

In questo modello organizzativo, lo strumento chiave per garantire appropriatezza ed efficacia dell'assistenza è costituito dai Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA). Questi sono strumenti di gestione clinica basati sulle migliori evidenze scientifiche e caratterizzati dall'organizzazione del processo di assistenza per gruppi specifici di pazienti attraverso il coordinamento e l'attuazione di attività standardizzate da parte di un team multidisciplinare. Lo scopo di questi percorsi clinici è quello di definire un percorso omogeneo, strutturato e multidisciplinare per la gestione della patologia/condizione trattata, ottimizzando la rete dei servizi e assicurando continuità assistenziale durante tutte le fasi. Tutto ciò viene fatto tenendo conto delle risorse disponibili e garantendo i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), assicurando appropriatezza, efficacia e accessibilità delle cure.

In Molise, da molti anni si sta osservando l'instaurarsi di due fenomeni significativi: 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.

La regione è tra le più anziane d'Italia, con una percentuale elevata di over 65.

Le previsioni dell'ISTAT confermano che queste tendenze si intensificheranno: l'età media continuerà a crescere, aumentando di circa due anni ogni dieci e superando i 52 anni entro il 2050. L'indice di dipendenza strutturale tenderà ad aumentare notevolmente: sarà del 63% nel 2030, del 73% nel 2040 e del 79% nel decennio successivo. L'indice di dipendenza degli anziani sarà del 46% nel 2030, del 57% nel 2040 e del 64% nel 2050, gravando significativamente sulla popolazione attiva in continua diminuzione.

L'indice di vecchiaia mostra un futuro allarmante: mentre nel 2017 era del 207%, secondo le previsioni raggiungerà il 276% nel 2030, il 351% nel 2040 e il 403% nel 2050. Ciò significa che per ogni bambino sotto i 14 anni ci saranno 4 anziani sopra i 65 anni. I tassi di natalità (in diminuzione) e di mortalità (in crescita) continueranno i loro trend, ampliando il divario e rendendo sempre più negativo il saldo naturale. La popolazione anziana (ultra 65enni), stimata al 24% del totale, aumenterà costantemente fino al 35,5% nel 2050. La percentuale relativa agli over 85 crescerà notevolmente, passando dal 4,3% attuali al 5,7% nel 2040 e al

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

7,6% nel 2050, mentre la proporzione di popolazione giovanile (0-14 anni) scenderà dal 11,6% nel 2017 al 8,8% nel 2050.

Dagli scenari futuri emerge che la popolazione molisana continuerà a subire trasformazioni rilevanti nella struttura per età: si registra la costante crescita dei soggetti ultra sessantacinquenni 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. Queste dinamiche richiederanno 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 e monitorandone l'impatto clinico, organizzativo ed economico. La Regione Molise ha definito specifici Percorsi Diagnostico Terapeutici 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), concentrandosi su specifiche tipologie di assistiti. In particolare, la Regione Molise ha finalizzato l'elaborazione di PDTA per la gestione del paziente cronico con riferimento all'insufficienza cardiaca, diabete, BPCO e gestione della terapia con anticoagulanti orali.

Il territorio, con la sua rete di 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 e un maggiore gradimento da parte dell'utenza. L'approccio domiciliare 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.

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 e il completamento del percorso delle strutture territoriali punto di riferimento per l'accesso e l'erogazione delle cure intermedie (Case di Comunità, Ospedali di Comunità).

In questa ottica, il progetto si propone di aggiornare e dettagliare la mappatura dei bisogni sanitari regionali relativamente alla multicronicità, documentando le esperienze organizzative già attuate a livello regionale, come le UCCP e le AFT. L'obiettivo è superare il tradizionale approccio frammentato che, nel caso delle malattie croniche e multicroniche, genera disagi per i pazienti e inapproprietezze nel sistema sanitario, come indagini specialistiche ripetute, ricoveri inappropriati e prescrizioni farmacologiche non coordinate.

Il modello proposto prevede l'integrazione tra servizi ospedalieri e territoriali, promuovendo percorsi assistenziali standardizzati e multidisciplinari per garantire continuità e appropriatezza delle cure, riducendo così gli squilibri organizzativi e migliorando l'esperienza del paziente.

L'attivazione e l'implementazione del modello regionale rappresentano l'elemento strategico per creare 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 tecnologie (fascicolo sanitario elettronico, ad esempio). Tale progettualità serve anche per dare completa attuazione ai PDTA, permettendo il superamento degli ostacoli strutturali che hanno rallentato sino ad ora la realizzazione dei Percorsi, anche per le malattie croniche.

Le malattie croniche sono tra le principali cause di morte in Molise, oltre che in Italia e in

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

Europa. Considerando l'indice di vecchiaia regionale, è evidente che vi siano conseguenze sull'assistenza sanitaria anche a causa del numero elevato di malati cronici. La priorità del Servizio Sanitario Regionale deve essere la presa in carico della cronicità e la gestione dell'adesione, anche dei malati cronici, alle prescrizioni/indicazioni sanitarie, per l'impatto sulla sostenibilità economica.

Il progetto si prefigge di delineare un sistema mirato a prevenire e gestire le cronicità, garantendo la massima omogeneità possibile in termini di processi attivati e risultati raggiunti.

L'approccio sistemico della presa in carico del paziente cronicità e multicronico coinvolge a tutto il SSR nelle sue articolazioni organizzative, afferenti ai differenti livelli (prevenzione – territorio – ospedale), per poter univocamente declinare azioni:

1. di prevenzione
2. di diagnosi precoce;
3. di valutazione e presa in carico condivisa (tra i livelli territoriale/ospedaliero) dei bisogni assistenziali;
4. di progettazione dei processi di cura attraverso la stadiazione delle cronicità, al fine di permettere di personalizzare l'intensità delle cure in base alle esigenze del paziente, intervenendo con crescente supporto man mano che avanzano le fasi della malattia.

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

**CRONOPROGRAMMA IN FORMATO GRAFICO**

<b>7</b>	<b>DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO</b>	Data inizio prevista	Data termine prevista	Possibile ulteriore proseguimento per anno successivo
		<b>01/01/2025</b>	<b>31/12/2025</b>	<b>Si</b>

<b>8</b>	<b>OBIETTIVO GENERALE</b>	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.
----------	---------------------------	--

<b>9</b>	<b>OBIETTIVI SPECIFICI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Ottimizzazione dell'assistenza riducendo il ricorso a esami diagnostici ripetitivi e inappropriati;</li> <li>➤ Ottimizzazione della gestione della multicronicità</li> </ul>
----------	----------------------------	---

<b>RISULTATI ATTESI</b>					
<b>10</b>	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30%;">A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati dal progetto</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Attivazione di nodi sensibili della rete assistenziale, favorendo una visione globale del paziente cronico;</li> <li>➤ Modernizzazione e miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali nella fase di costruzione di un Piano Assistenziale Individuale (PAI);</li> </ul> </td> </tr> <tr> <td>A lungo periodo, a cui tendere, non direttamente raggiungibili al termine del progetto</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Miglioramento dello stato di salute degli anziani;</li> <li>➤ Rallentamento nell'incremento del consumo di farmaci.</li> </ul> </td> </tr> </table>	A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati dal progetto	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Attivazione di nodi sensibili della rete assistenziale, favorendo una visione globale del paziente cronico;</li> <li>➤ Modernizzazione e miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali nella fase di costruzione di un Piano Assistenziale Individuale (PAI);</li> </ul>	A lungo periodo, a cui tendere, non direttamente raggiungibili al termine del progetto	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Miglioramento dello stato di salute degli anziani;</li> <li>➤ Rallentamento nell'incremento del consumo di farmaci.</li> </ul>
A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati dal progetto	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Attivazione di nodi sensibili della rete assistenziale, favorendo una visione globale del paziente cronico;</li> <li>➤ Modernizzazione e miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali nella fase di costruzione di un Piano Assistenziale Individuale (PAI);</li> </ul>				
A lungo periodo, a cui tendere, non direttamente raggiungibili al termine del progetto	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Miglioramento dello stato di salute degli anziani;</li> <li>➤ Rallentamento nell'incremento del consumo di farmaci.</li> </ul>				

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

<b>11</b>	<b>PUNTI DI FORZA</b>	
	Indicare i punti di forza	Indicare le strategie/azioni per l'implementazione
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Competenza e qualità professionale del personale sanitario.</li> </ul>	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.

<b>12</b>	<b>PUNTI DI DEBOLEZZA</b>	
	Indicare i punti di debolezza	Indicare le strategie/azioni per la riduzione

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

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

DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO			
Fase	Azioni	Breve descrizione dei contenuti	Indicatori di verifica
13	Piena realizzazione dei PDTA regionali e aziendali per pazienti affetti da multicronicità.	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"> <li>Numero di pazienti con patologie croniche presi in carico tramite Strutture Territoriali ASReM;</li> </ul>
	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 progettuali 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"

Atto: DEC.COMSAN 2025/40 del 04-03-2025  
 Servizio proponente: DS.06 ECONOMICO FINANZIARI SSR  
 Copia Del Documento Firmato Digitalmente

14

<b>TRASFERIBILITA'</b> 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 multisetoriale 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. 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.           </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 tecno-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>

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

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

<b>RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO MODALITA' DI REPERIMENTO RISORSE</b>			
<b>3</b>	<i>Finanziamento</i>	<i>Riferimento (Delibera, atto ecc.)</i>	<i>Importo</i>
	○ Risorse vincolate degli obiettivi del PSN	Accordo Stato-Regioni n. Rep atti n. 231/CSR del 28 dicembre 2024 - Decreto del Commissario ad Acta n. _____ del _____	300.000
	○ Eventuali risorse regionali		

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

<b>RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO</b>		
<i>RISORSE NECESSARIE</i>	<i>N. RISORSE</i>	<i>NOTE</i>

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

5	<input type="radio"/> Disponibili		
	<input type="radio"/> Da acquisire		

<p><b>6</b></p>	<p><b>ANALISI DEL CONTESTO/ SCENARIO DI RIFERIMENTO</b></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 risolte, fondate sulle evidenze scientifiche e affidabili, basandosi su indicatori e programmi esistenti, anche in termini di equità, è un obiettivo della Direzione per la Salute. 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. 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	<b>DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO</b>	Data inizio prevista	Data termine prevista	Possibile ulteriore proseguimento per anno successivo
		<b>01/01/2025</b>	<b>01/12/2025</b>	

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

10	<b>RISULTATI ATTESI</b>	
	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	
	Indicare i punti di forza
	Indicare le strategie/azioni per l'implementazione
11	<ul style="list-style-type: none"> <li>assistenza continuativa</li> </ul>
	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	
	Indicare i punti di debolezza
	Indicare le strategie/azioni per la riduzione
12	<ul style="list-style-type: none"> <li>Difficoltà di reperimento dei PLS</li> </ul>
	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"> <li>• aumento dell'accesso alle cure nelle strutture previste dal Progetto;</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• riduzione dell'ospedalizzazione dei pazienti in età pediatrica (SDO);</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• numero dei pazienti valutati (data base del progetto);</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• numero di accessi;</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• numero di contatti telefonici;</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• grado di soddisfazione dell'utenza (<i>customer satisfaction</i>) con appositi questionari da somministrare</li> </ul>

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

<b>14</b>	<b>TRASFERIBILITA'</b> Indicare a quale altra realtà il progetto o parte di esso può essere trasferito	
	Tipo di realtà nella quale può essere implementato il progetto	Progetto o parte del progetto che può essere trasferita
	Presidi Ospedalieri di Campobasso, Isernia, Termoli e Agnone dove sono presenti sia i Pronto Soccorso	Progetto o parte del progetto che può essere trasferita
		<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*

<b>1</b>	<b>LINEA PROGETTUALE</b>	<b>Costituzione e implementazione della rete della terapia del dolore e sviluppo delle cure palliative e della terapia del dolore in area pediatrica.</b>
	<b>TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO</b>	<b>Intervento 1:</b> Costituzione e implementazione della rete della terapia del dolore  <b>Intervento 2:</b> Sviluppo delle cure palliative e della terapia del dolore in area pediatrica
	<b>AREA DI INTERVENTO</b>	Tutelare il cittadino nell'accesso alla terapia del dolore

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

<b>3</b>	<b>RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO MODALITA' DI REPERIMENTO RISORSE</b>		
	<i>Finanziamento</i>	<i>Riferimento (Delibera, atto ecc.)</i>	<i>Importo</i>
	○ Risorse vincolate degli obiettivi del PSN	Accordo Stato-Regioni n. Rep atti n. 231/CSR del 28 dicembre 2024 - Decreto del Commissario ad Acta n. _____ del_	608.370
	○ 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*

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

<b>RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO</b>			
	<i>RISORSE NECESSARIE</i>	<i>N. RISORSE</i>	<i>NOT E</i>
<b>5</b>	○ Disponibili		
	○ 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*

<b>6</b>	<p><b>ANALISI DEL CONTESTO/ SCENARIO DI RIFERIMENTO</b></p> <p>Se pertinente, riportare dati epidemiologici, di attività, ecc.</p>
<p>Le linee guida per lo sviluppo della Rete delle Cure Palliative e di Terapia del Dolore Pediatriche nella Regione Molise sono state disciplinate in data 08/07/2015 tramite DCA n°46. Lo scopo perseguito tramite la costituzione della Rete delle Cure Palliative e di Terapia del Dolore Pediatriche è stato quello di assicurare la migliore qualità di vita possibile al bambino malato ed ai suoi familiari, individuare i luoghi di cura e assistenza più opportuni, definire il percorso assistenziale del bambino malato, proporre indicazioni operative e standard di cura e assistenza appropriati ed uniformi per tutto l'ambito regionale.</p> <p><b>Epidemiologia e criteri di eleggibilità</b></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>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 ospedaliere e l'U.O. di Neonatologia concorrono a definire il piano di assistenza e cura supportando la gestione domiciliare e concorrendo alla gestione dell'emergenza. La residenzialità specialistica "protetta" per la Rete regionale di cure palliative pediatriche (utilizzabile anche per ricoveri di sollievo) è attuata, considerata l'esigua epidemiologia, con l'attivazione di 2/3 posti letto dedicati presso l'U.O. di Pediatria dell'Ospedale "A. Cardarelli" di Campobasso.</p> <p>L'assistenza domiciliare dei singoli casi, rispetto alle necessità diagnostiche e terapeutiche, fatte salve le competenze per l'età neonatale poste in capo all'U.O. di Neonatologia di Campobasso, provvede direttamente la rete regionale coordinata dall'Hospice di Larino nella presa in carico sin dalla definizione del piano di assistenza e garantisce la rintracciabilità telefonica H24 per gli operatori della Rete. L'attività di ambulatorio di terapia del dolore pediatrico viene organizzata in collaborazione con la Rete aziendale di terapia del dolore. Le UU.OO. ospedaliere assicurano le consulenze specialistiche in tutte le fasi del percorso assistenziale della patologia inguaribile e partecipano, per aspetti tecnici, all'addestramento del caregiver; le strutture ospedaliere concorrono alla gestione dei ricoveri nelle fasi acute della malattia.</p>	

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

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*

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 terapeuti 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

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*

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 équipes 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.

**CRONOPROGRAMMA IN FORMATO GRAFICO**

<b>7</b>	<b>DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO</b>	Data inizio prevista	Data termine prevista	Possibile ulteriore proseguimento per anno successivo
		<b>01/01/2025</b>	<b>31/12/2025</b>	<b>si</b>

<b>8</b>	<b>OBIETTIVO GENERALE</b>	Garanzia di un intervento psicologico efficiente
----------	---------------------------	--

<b>9</b>	<b>OBIETTIVI SPECIFICI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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;</li> <li>• 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;</li> <li>• proporre e partecipare alla formazione continua in terapia del dolore e cure palliative pediatriche;</li> <li>• attivazione di percorsi formativi con il coinvolgimento dei professionisti.</li> </ul>
----------	----------------------------	--

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*

RISULTATI ATTESI	
10	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

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												

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

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"> <li>• % di decessi a domicilio/Totale dei decessi;</li> <li>• Durata della presa in carico e figure professionali coinvolti;</li> <li>• Giorni di ricovero/totale giorni di presa in carico e assistenza;</li> <li>• Giorni di ricovero in degenza palliativa/totale giorni di ricovero;</li> <li>• Presenza di un database aggiornato;</li> <li>• Eventi di aggiornamento del personale per le cure palliative pediatriche di base e specialistiche;</li> <li>• Percezione della famiglia della qualità dell'assistenza e della presa in carico;</li> <li>• Percezione degli operatori coinvolti della qualità dell'assistenza.</li> </ul>
--	--	--	--	--

	<b>TRASFERIBILITA'</b> Indicare a quale altra realtà il progetto o parte di esso può essere trasferito	
<b>14</b>	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**

<b>RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO MODALITA' DI REPERIMENTO RISORSE</b>			
	<i>Finanziamento</i>	<i>Riferimento (Delibera, atto ecc.)</i>	<i>Importo</i>
<b>3</b>	Risorse vincolate degli obiettivi del PSN	Accordo Stato-Regioni n. Rep atti n. 231/CSR del 28 dicembre 2024	€ 1.327.352 di cui 5 per mille ( € 6.637,00) per i progetti di supporto al PNP
	Eventuali risorse regionali		

<b>ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO</b>			
	Importo in euro	Note	
<b>4</b>	Tipologia di costi		
	Costi per la formazione		
	Costi gestione progetto	1.327.352	di cui 5 per 1000 = € 6.637,00
	Costi		
	Costi		

<b>RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO</b>		
	N. RISORSE	NOTE
RISORSE NECESSARIE		
Disponibili	€ 6.637,00	

4. *Linea progettuale: Piano Nazionale della Prevenzione*

	Da acquisire		
--	--------------	--	--

6	<p><b>ANALISI DEL CONTESTO/ SCENARIO DI RIFERIMENTO</b></p> <p>Se pertinente, riportare dati epidemiologici, di attività, ecc.</p>	<p>L'Intesatato – 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"> <li>- 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;</li> <li>- 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;</li> <li>- 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;</li> <li>- 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;</li> <li>- promuove l'intersettorialità quale elemento cardine della pianificazione e dell'azione.</li> </ul> <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.</p> <p>In esito 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.</p> <p>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.</p> <p>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, delle patologie professionali muscolo-scheletriche e del rischio stress correlato al lavoro</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 è 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**

<b>7</b>	<b>DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO</b>	Data inizio prevista	Data termine prevista	Possibile ulteriore proseguimento per anno successivo
		<b>01/01/2025</b>	<b>01/12/2025</b>	<b>Si</b>

<b>8</b>	<b>OBIETTIVO GENERALE</b>	<p>Per tale obiettivo prioritario, in armonia e in continuità con le precedenti annualità, si confermano le azioni previste per l'anno 2023 nel Piano regionale della Regione Molise approvato con Decreto del Commissario ad Acta n. 119/2021 cui pertanto si rinvia integralmente e il cui contenuto è interamente richiamato e confermato.</p>
----------	-------------------------------	---

9	<b>OBIETTIVI SPECIFICI</b>	<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><b>L'Osservatorio Nazionale Screening (ONS)</b> 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> <p style="text-align: center;"><i>1. Realizzazione della survey annuale per il monitoraggio delle attività di screening oncologico (valutazione LEA).</i></p>
---	----------------------------	---

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](http://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><b>A) OSSERVATORIO NAZIONALE SCREENING:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizzazione della survey nazionale delle attività dei programmi di screening effettuate nel 2018</li> <li>- Produzione di indicatori per il monitoraggio delle attività svolte dalle Regioni;</li> <li>- Calcolo degli indicatori per la valutazione dell'adempimento dei LEA per il Ministero della Salute;</li> <li>- Formazione a livello regionale e nazionale;</li> <li>- Attività di Quality Assurance.</li> </ul> <p><b>B) ASSOCIAZIONE ITALIANA REGISTRI TUMORI:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tutoraggio del RT Molise nel percorso di accreditamento;</li> <li>- Formazione;</li> <li>- Analisi dati;</li> <li>- Produzione materiale scientifico ed informativo.</li> </ul> <p><b>C) NETWORK PER L'EVIDENCE-BASED PREVENTION:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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;</li> <li>- Formazione e aggiornamento di professionisti impegnati nell'attuazione del PRP;</li> <li>- Disseminazione delle evidenze</li> </ul> <p><b>INDICATORI</b></p> <p><b>Obiettivo A (ONS)</b>                  Al 31.12.2025</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizzazione della survey nazionale delle attività dei programmi di screening effettuate nel 2018;</li> <li>2. Produzione dei risultati della survey;</li> <li>3. Pubblicazione dei risultati.</li> </ol> <p><b>Obiettivo B (Air.TUM.)</b>                  Al 31.12.2025</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Analisi dati del Registro Tumori di cui alla L.R. Molise 6 ottobre 2017, n. 14</li> <li>2. Tutoraggio nel percorso di accreditamento del registro molisano</li> </ol> <p><b>Obiettivo C (NIEPB)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Formazione e aggiornamento di professionisti impegnati nell'attuazione del PRP.</li> <li>2. Evento formativo interregionale.</li> </ol>
--	---

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"> <li>- 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" <math>\geq</math> 80%</li> <li>- Raggiungimento Obiettivi sub lettere A.1, A.2, A.3, B.1, B.2, C.</li> <li>- 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;</li> <li>- Finanziamento dei Network ONS-AirTUM. - NIEPB conformemente a quanto stabilito dal Patto per la Salute.</li> </ul>
	<p>A lungo periodo, a cui tendere, non direttamente raggiungibili al termine del progetto</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Miglioramento della qualità dei programmi di screening attivati a livello regionale</li> </ul>

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	<b>Obiettivo A (ONS)</b>	1) Realizzazione della survey nazionale delle attività dei programmi di screening effettuate nel 2018; 2) Produzione dei risultati della survey; 3) Pubblicazione dei risultati.
	<b>Obiettivo B (AirTUM)</b>	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

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

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

<b>14</b>	<b>TRASFERIBILITA'</b> 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	

<b>SCHEDA PROGETTO</b>
------------------------

<b>1</b>	<b>LINEA PROGETTUALE 5</b>	LA TECNOLOGIA SANITARIA INNOVATIVA COME STRUMENTO DI INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO
	<b>TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO</b>	<p><b>Intervento 1:</b> Implementazione di un sistema centralizzato per la gestione delle prescrizioni mediche da parte dei medici di base della Regione Molise</p> <p><b>Intervento 2:</b> Studio della presenza e della concentrazione di sostanze perfluoroalchiliche (PFAS) nei corpi idrici significativi molisani e nelle reti di distribuzione delle acque destinate al consumo umano</p>
	<b>AREA DI INTERVENTO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Promuovere i processi di digitalizzazione in ospedale ma soprattutto nel territorio e nei percorsi assistenziali di continuità ospedale-territorio;</li> <li>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.</li> </ul>

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

4. Linea progettuale: Piano Nazionale della Prevenzione

**INTERVENTO 1: Implementazione di un sistema centralizzato per la gestione delle prescrizioni mediche da parte dei medici di base della Regione Molise**

<b>RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO MODALITA' DI REPERIMENTO RISORSE</b>			
3	<i>Finanziamento</i>	<i>Riferimento (Delibera, atto ecc.)</i>	<i>Importo</i>
	Risorse vincolate degli obiettivi	Accordo Stato-Regioni n. Rep atti n. 231/CSR del 28 dicembre 2024;	1.600.000,00 €
	Eventuali risorse regionali		

<b>ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO</b>			
4	<i>Tipologia di costi</i>	<i>Importo in euro</i>	<i>Note</i>
	Costi gestione progetto	1.600.000,00 €	

5. Linea progettuale: La tecnologia sanitaria innovativa come strumento di integrazione ospedale territorio, anche in relazione alla fase post pandemica

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

#### CRONOPROGRAMMA IN FORMATO GRAFICO

7	DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO	Data inizio prevista	Data termine prevista	Possibile ulteriore proseguimento per anno successivo
		01/01/2025	31/12/2025	24 mesi

8	OBIETTIVO GENERALE	Sviluppare e implementare un software unico e centralizzato per la gestione delle prescrizioni mediche da parte dei medici di base della Regione Molise, con l'obiettivo di ottimizzare i processi prescrittivi, garantire la sicurezza dei dati, e migliorare l'efficienza operativa del sistema sanitario regionale.
---	--------------------	--

9	OBIETTIVI SPECIFICI	<p><b>Centralizzazione delle prescrizioni mediche:</b>            Creare una piattaforma unica che centralizzi la gestione delle prescrizioni per tutti i medici di medicina generale (MMG) e pediatri di libera scelta (PLS) della Regione Molise, eliminando la frammentazione e garantendo un accesso uniforme alle informazioni;</p> <p><b>Standardizzazione e uniformità operativa:</b>            Garantire che il nuovo software offra un'interfaccia standardizzata e intuitiva per i medici di base, facilitando l'adozione del sistema e migliorando la coerenza nelle modalità di prescrizione su tutto il territorio regionale;</p> <p><b>Integrazione con i sistemi regionali e nazionali:</b>            Assicurare che il software sia pienamente integrato con altri sistemi informatici già esistenti;</p> <p><b>Miglioramento della sicurezza e privacy dei dati:</b>            Implementare misure avanzate di protezione dei dati personali e sanitari, assicurando che tutte le informazioni sensibili siano trattate in modo sicuro e nel rispetto delle normative vigenti;</p> <p><b>Ottimizzazione dei tempi e dei processi prescrittivi:</b>            Ridurre i tempi di gestione delle prescrizioni, aumentando l'efficienza operativa dei medici di base e riducendo il rischio di errori nella prescrizione dei farmaci, migliorando così la qualità del servizio sanitario;</p>
---	---------------------	---

5. Linea progettuale: La tecnologia sanitaria innovativa come strumento di integrazione ospedale territorio, anche in relazione alla fase post pandemica

	<p><b>Supporto ai medici di base:</b> Prevedere attività di assistenza tecnica per risolvere eventuali problemi;</p> <p><b>Monitoraggio e analisi dei dati prescrittivi:</b> Integrare funzionalità di monitoraggio e analisi dei dati, per consentire una visione completa e dettagliata delle prescrizioni mediche a livello regionale, con l'obiettivo di identificare tendenze, migliorare la gestione delle risorse e favorire politiche sanitarie più mirate.</p>
--	---

RISULTATI ATTESI	
1 0	<p>A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati dal progetto</p> <p><b>Completamento dello sviluppo del software:</b> Finalizzazione della piattaforma software con funzionalità complete per la gestione delle prescrizioni mediche, inclusi i moduli per la prescrizione, l'integrazione con i sistemi informatici già esistenti (Fascicolo Sanitario Elettronico - FSE e Patient Summary, Anagrafica Regionale Assistiti, Anagrafe Nazionale degli Assistiti; Sistemi di prescrizione farmaceutica e specialistica; Sistema CUP regionale, Sistemi di telemedicina, indicatore Z-score sulle prescrizioni farmaceutiche);</p> <p><b>Adozione iniziale da parte dei medici di base:</b> Implementazione del software presso un numero limitato di medici di base (fase pilota) e risoluzione di eventuali problemi tecnici o difficoltà operative, con un primo riscontro sull'efficacia del sistema;</p> <p><b>Riduzione degli errori nella prescrizione:</b> Rilevazione di un calo immediato degli errori prescrittivi rispetto ai sistemi precedenti, grazie alla standardizzazione del processo di prescrizione.</p>
	<p>A lungo periodo, a cui tendere, non direttamente raggiungibili al termine del progetto</p> <p><b>Adozione completa da parte di tutti i medici di base:</b> Tutti i medici di base della Regione Molise avranno adottato e utilizzato il sistema in modo regolare e continuo, con una piena integrazione nei loro flussi di lavoro quotidiani, portando a una gestione uniforme delle prescrizioni;</p> <p><b>Integrazione fluida con tutti i sistemi sanitari:</b> Completamento dell'integrazione con tutti i sistemi regionali e nazionali, garantendo la piena interoperabilità del sistema;</p> <p><b>Miglioramento continuo della qualità del servizio sanitario:</b> Un miglioramento continuo della qualità delle cure erogate grazie a una gestione più efficiente delle prescrizioni, una maggiore precisione nella somministrazione dei farmaci, e una migliore gestione delle informazioni;</p> <p><b>Monitoraggio avanzato e analisi dei dati sanitari:</b> Utilizzo avanzato dei dati raccolti per monitorare l'andamento delle prescrizioni, analizzare le tendenze emergenti e fornire report utili per la pianificazione di politiche sanitarie regionali più efficaci, indirizzando risorse in modo mirato.</p> <p><b>Miglioramento della sicurezza dei dati e della privacy:</b> Raggiungimento di standard di sicurezza ottimali per la protezione dei dati sensibili, con la piena conformità alle normative sulla privacy e sulla protezione dei dati personali.</p>

11	<b>PUNTI DI FORZA</b>	
	Indicare i punti di forza	<p><b>Centralizzazione e Unificazione:</b> Il progetto propone un software unico che centralizzi tutte le prescrizioni dei medici di base, eliminando la frammentazione e garantendo una gestione più efficiente delle informazioni sanitarie. Ciò concorre a ridurre la complessità e migliorare l'accuratezza;</p> <p><b>Miglioramento dell'Efficienza Operativa:</b> L'introduzione di un sistema digitale ottimizza i processi prescrittivi, riducendo i tempi di gestione delle ricette e permettendo ai medici di concentrarsi maggiormente sulla cura del paziente, con effetti positivi anche sulla produttività;</p> <p><b>Sicurezza e Conformità Normativa:</b> L'implementazione di standard elevati di sicurezza per la protezione dei dati sanitari e la piena conformità alla normativa vigente garantiscono che le informazioni sensibili dei pazienti siano trattate con il massimo livello di protezione;</p> <p><b>Integrazione con Sistemi Regionali e Nazionali:</b> Il software sarà progettato per integrarsi facilmente con altri sistemi sanitari esistenti, creando un flusso continuo e sicuro di informazioni tra gli attori del sistema sanitario;</p> <p><b>Possibilità di Monitoraggio e Analisi Dati:</b> Il sistema permetterà di raccogliere e analizzare i dati delle prescrizioni, offrendo ai decisori sanitari informazioni preziose per ottimizzare la gestione delle risorse e migliorare la pianificazione delle politiche sanitarie regionali;</p> <p><b>Semplificazione della Gestione delle Ricette:</b> Il sistema digitale consente una gestione più precisa e tracciabile delle terapie;</p> <p><b>Espansione e replicabilità del progetto:</b> La Regione Molise potrebbe diventare un modello per altre regioni italiane, con la possibilità di espandere e adattare il sistema ad altre realtà locali, contribuendo così alla digitalizzazione e all'efficienza del sistema sanitario nazionale.</p>
	Utilizzo delle tecnologie sanitarie	Saranno supportati i principali standard di comunicazione (TCP/IP, HTTP/HTTPS, SOAP; Rest...), di messaggistica (XML, Json...) compresa la famiglia di standard internazionali legati al mondo della sanità (HL7 v2, HL7 v.3, HL7 Fhir...) in accordo con i profili definiti dallo standard IHE.

12	<b>PUNTI DI DEBOLEZZA</b>	
	Indicare i punti di debolezza	<p><b>Dipendenza dalla Connessione Internet:</b> Poiché il software è basato su piattaforme digitali, la sua efficienza dipende dalla qualità della connessione Internet. In aree con connessioni instabili o insufficienti, potrebbero sorgere problemi nell'utilizzo del sistema da parte dei medici di base;</p>
	Tempi di realizzazione	12 mesi

5. Linea progettuale: La tecnologia sanitaria innovativa come strumento di integrazione ospedale territorio, anche in relazione alla fase post pandemica

DIAGRAMMA DI GANT													
Descrizioni delle azioni relative a ogni fase	Mesi												
	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		
1 3 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Analisi dei requisiti e progettazione del software;</li> <li>- Sviluppo del software e infrastruttura tecnica;</li> <li>- Test e validazione del sistema;</li> <li>- Lancio iniziale e supporto tecnico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Progettazione architettonica del sistema, includendo l'interfaccia utente, la sicurezza dei dati, e la compatibilità con i sistemi esistenti;</li> <li>- Definizione del flusso di lavoro del software (prescrizione, verifica, gestione delle ricette);</li> <li>- Programmazione e sviluppo delle funzionalità principali del software (prescrizione elettronica, gestione dei pazienti);</li> <li>- Creazione dell'infrastruttura informatica ed elaborazione sicura</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Validazione dei requisiti da parte di un gruppo di medici e professionisti del settore sanitario;</li> <li>- Test di sicurezza e privacy effettuati, con risultati conformi alle normative in vigore;</li> <li>- Conclusione dello sviluppo e avvio della fase di test (software funzionante senza errori critici);</li> <li>- Numero di test effettuati con esito positivo;</li> <li>- Risoluzione di almeno il 90% dei bug e delle problematiche riscontrate.</li> <li>- Numero di medici coinvolti nel lancio iniziale;</li> </ul>

5. Linea progettuale: La tecnologia sanitaria innovativa come strumento di integrazione ospedale territorio, anche in relazione alla fase post pandemica

			<p>dei dati;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Implementazione delle misure di sicurezza (autenticazione, privacy);</li> <li>- Esecuzione di test di funzionalità e usabilità del software, con un gruppo selezionato di medici (fase pilota);</li> <li>- Correzione di eventuali bug e problematiche riscontrate durante la fase di test;</li> <li>- Lancio del sistema presso un gruppo selezionato di medici di base, con monitoraggio delle performance;</li> <li>- Supporto tecnico continuo per la risoluzione di eventuali problematiche.</li> </ul>	
	<b>2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitoraggio e analisi dei dati d'uso;</li> <li>- Estensione del sistema a tutti i medici di base della Regione Molise;</li> <li>- Ottimizzazione continua del sistema;</li> <li>- Valutazione finale e report di impatto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estensione dell'utilizzo del software a tutti i medici di base della Regione, con pianificazione e implementazione graduale;</li> <li>- Supporto tecnico continuo durante la fase di espansione;</li> <li>- Completamento dell'integrazione del software con altre piattaforme sanitarie regionali e nazionali;</li> <li>- Implementazione di aggiornamenti e miglioramenti basati sui feedback degli utenti;</li> <li>- Valutazione complessiva dell'impatto del software sulla qualità</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Percentuale di medici di base che adotta il sistema;</li> <li>- Feedback e grado di soddisfazione dei medici coinvolti nel processo di ampliamento;</li> <li>- Percentuale di integrazione completata con altre piattaforme;</li> <li>- Risultati positivi da test di interoperabilità tra i sistemi regionali e nazionali;</li> <li>- Indicatori di efficienza (ad esempio, riduzione degli errori prescrittivi, tempi di prescrizione migliorati).</li> </ul>

5. Linea progettuale: La tecnologia sanitaria innovativa come strumento di integrazione ospedale territorio, anche in relazione alla fase post pandemica

			delle prescrizioni mediche, sull'efficienza operativa e sulla soddisfazione dei medici;	
--	--	--	---	--

1 4	<b>TRASFERIBILITA'</b> Indicare a quale altra realtà il progetto o parte di esso può essere trasferito	
	Tipo di realtà nella quale può essere implementato il progetto	<p>Il progetto può essere adattato e implementato in altre regioni italiane che presentano una struttura simile a quella del Molise, con un numero considerevole di medici di base e una necessità di centralizzazione delle prescrizioni.</p> <p>La gestione uniforme delle prescrizioni a livello regionale, integrata con i sistemi sanitari nazionali, potrebbe contribuire a migliorare l'efficienza operativa e ridurre gli errori medici.</p> <p>Il progetto può essere facilmente trasferito in diverse realtà regionali e nazionali, grazie alla sua modularità, alla centralizzazione del processo di prescrizione e alla facilità di integrazione con i sistemi sanitari già esistenti.</p> <p>Le componenti principali, come il software e la gestione dei dati sono adattabili e trasferibili, garantendo così l'espansione e l'adozione del sistema in nuovi contesti sanitari.</p>

**INTERVENTO 2: Studio della presenza e della concentrazione di sostanze perfluoroalchiliche (PFAS) nei corpi idrici significativi molisani e nelle reti di distribuzione delle acque destinate al consumo**

3	RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO – MODALITA' DI REPERIMENTO RISORSE		
	Finanziamento	Riferimento (Delibera. Atto, ecc,)	Importo
	Risorse vincolate degli obiettivi PSN	Accordo Stato-Regioni n. Rep atti n. 231/CSR del 28 dicembre 2024	€250.000
	Eventuali risorse regionali		

4	ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
	Tipologia di costi	Importo in euro	Note
	Acquisto strumentazione	250.000,00	Gascromatograf o liquido-massa ad alta risoluzione

5. Linea progettuale: La tecnologia sanitaria innovativa come strumento di integrazione ospedale territorio, anche in relazione alla fase post pandemica

RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO			
5	RISORSE NECESSARIE	N. RISORSE	Note
	Disponibili	5	
	Da acquisire	0	

6	ANALISI DEL CONTESTO/SCENARIO DI RIFERIMENTO	<p>Le sostanze perfluoroalchiliche (PFAS) sono composti organici formati da una catena alchilica di lunghezza variabile (in genere da 4 a 14 atomi di carbonio) totalmente fluorurata e da un gruppo funzionale idrofilico, generalmente un acido carbossilico o solfonico. La presenza di numerosi legami carbonio-fluoro conferisce particolari caratteristiche fisico-chimiche come la repellenza all'acqua e ai grassi, la stabilità termica e la tensioattività che le rendono molto utili in un ampio campo di applicazioni industriali e prodotti di largo consumo. I PFAS sono stati quindi utilizzati a partire dagli anni '50 in numerosissimi campi.</p> <p>Come conseguenza dell'estensiva produzione e uso dei PFAS e delle loro peculiari caratteristiche fisico-chimiche, questi composti sono stati spesso rilevati in concentrazioni significative in campioni ambientali e in organismi viventi, incluso esseri umani</p> <p>Alla luce degli esiti del primo studio completo, a cura del CNR, sul rischio ambientale e sanitario associato alla contaminazione da PFAS nei principali bacini italiani, conclusosi nel 2013, è stato avviato un percorso teso ad affrontare le cause della contaminazione nelle acque e a mitigarne gli effetti mediante l'individuazione di possibili misure idonee a ridurre tale problematica, sia nel breve che nel lungo periodo.</p> <p>Con il decreto legislativo 13 ottobre 2015 n.172, di recepimento della direttiva 2013/39/UE del Parlamento europeo e del Consiglio che modifica le direttive 2000/60/CE e 2008/105/CE per quanto riguarda le sostanze prioritarie nel settore della politica delle acque, l'Italia ha introdotto, per la prima volta, gli standard di qualità ambientale (SQA) per i 5 PFAS più diffusi nell'ambiente.</p> <p>Il Decreto Legislativo, n. 18/2023, "Attuazione della direttiva (UE) 2020/2184 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 16 dicembre 2020, concernente la qualità delle acque destinate al consumo umano" prevede che le autorità ambientali e sanitarie e i gestori idro-potabili adottino con tempestività, e comunque non oltre il 12 gennaio 2026, le misure necessarie a garantire che le acque destinate al consumo umano soddisfino i valori di parametro previsti per quanto riguarda due diversi parametri: somma di PFAS, relativa a 24 diverse sostanze tra le più usate, e PFAS totale, in cui rientrano tutte le sostanze classificate come PFAS. Il controllo di tali parametri assume carattere di obbligo a decorrere dal 12 gennaio 2026.</p> <p>L'Autorità sanitaria locale preposta al controllo della qualità delle acque destinate al consumo umano, sentita l'autorità sanitaria regionale e l'ISS, può adottare valori più restrittivi in specifiche circostanze territoriali, tenuto conto in particolare dell'esposizione pregressa alle sostanze per- e polifluoroalchiliche della popolazione interessata.</p> <p>Inoltre, sul sito istituzionale di ISPRA, al fine di supportare le Regioni negli adempimenti di competenza, è stata pubblicata, a maggio 2023, la linea guida per l'individuazione dei valori limite allo scarico per le sostanze prioritarie, pericolose prioritarie e per gli altri inquinanti,</p> <p>Lo stesso Istituto si è occupato di coordinare il monitoraggio nazionale dei PFAS nei corpi idrici superficiali e sotterranei, finalizzato a delineare un quadro nazionale completo dell'entità e dell'estensione della contaminazione dei corpi idrici superficiali e sotterranei anche per</p>
---	--	---

5. Linea progettuale: La tecnologia sanitaria innovativa come strumento di integrazione ospedale territorio, anche in relazione alla fase post pandemica

		l'individuazione dei siti potenzialmente impattati dai PFAS. Infine, il Patto per la Salute 2019/2021 prevede alla scheda 12 relativa alla Prevenzione l'attuazione di interventi volti a contrastare la presenza di inquinanti emergenti come i PFAS
--	--	--

7	DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO	Data inizio prevista	Data termine prevista	Possibile ulteriore proseguimento per anno successivo
		<b>01/01/2024</b>	<b>31/12/2024</b>	

8	OBIETTIVO GENERALE	Realizzazione di uno studio approfondito della presenza e delle concentrazioni di PFAS nelle acque superficiali e sotterranee della Regione e di un piano di controllo delle suddette sostanze nelle reti di distribuzione delle acque destinate al consumo umano, al fine di valutare correttamente il rischio di esposizione della popolazione.
9	OBIETTIVI SPECIFICI	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Messa a punto delle metodiche analitiche</li> <li>2. Monitoraggio delle concentrazioni di PFAS nelle acque superficiali e sotterranee della Regione</li> <li>3. Controllo della concentrazione di PFAS nelle acque destinate al consumo umano ai fini dell'individuazione del rischio per i consumatori</li> <li>4. Elaborazione dei risultati ottenuti ed eventuale formulazione di proposte all'autorità sanitaria regionale</li> <li>5. Comunicazione dei risultati ottenuti alla popolazione</li> <li>6. Acquisizione di idonea strumentazione</li> </ol>

10	<b>RISULTATI ATTESI</b>	
	A breve termine che indicano i miglioramenti apportati dal progetto	Delineare un quadro regionale completo dell'entità e dell'estensione della contaminazione dei corpi idrici superficiali e sotterranei
	A lungo periodo, a cui tendere, non direttamente raggiungibili al termine del progetto	Attuare interventi volti a contrastare la presenza di PFAS

11	<b>PUNTI DI FORZA</b>	
	Indicare i punti di forza	Indicare le strategie/azioni per l'implementazione
	La rete di monitoraggio della Regione comprendente 14 corpi idrici superficiali, di cui un invaso, e 21 corpi idrici sotterranei, è tale da consentire uno studio capillare su tutto il territorio.	Aumentando ed estendendo la frequenza di monitoraggio è possibile intervenire prontamente in caso di eventuali variazioni anomale della distribuzione di contaminanti

12	<b>PUNTI DI DEBOLEZZA</b>	
----	---------------------------	--

5. Linea progettuale: La tecnologia sanitaria innovativa come strumento di integrazione ospedale territorio, anche in relazione alla fase post pandemica

	Indicare i punti di debolezza	Indicare le strategie/azioni per l'implementazione
	Assenza di idonea strumentazione	Acquisizione di Cromatografo liquido-massa ad alta risoluzione che consente la determinazione di PFAS e di altri inquinanti emergenti

DIAGRAMMA DI GANT												
Descrizione delle azioni relative a ogni fase	Mesi											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Acquisizione di idonea strumentazione	■	■	■	■								
Messa a punto delle metodiche analitiche					■	■						
Monitoraggio delle concentrazioni di PFAS nelle acque superficiali e sotterranee della Regione						■	■	■	■			
Controllo della concentrazione di PFAS nelle acque destinate al consumo umano ai fini dell'individuazione del rischio per i consumatori							■	■	■	■		
Elaborazione dei risultati ottenuti ed eventuale formulazione di proposte all'autorità sanitaria regionale											■	
Comunicazione dei risultati ottenuti alla popolazione												■

DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO				
	Fase	Azioni	Breve descrizione dei contenuti	Indicatori di verifica
13	1	Acquisizione di idonea strumentazione	Ricerca di mercato volta all'individuazione della strumentazione adeguata. Procedure amministrative per l'acquisizione della strumentazione	Collaudo tecnico della strumentazione entro i termini previsti
	2	Messa a punto delle metodiche analitiche	Realizzazione delle curve di calibrazione, calcolo dell'incertezza, prove di recupero	Livelli di rivelabilità analitica compatibili con i limiti normativi
	3	Monitoraggio delle concentrazioni di PFAS nelle acque superficiali e sotterranee della Regione	Campionamento e analisi di acque provenienti dai 14 corpi idrici superficiali, di cui un invaso, e dai 21 corpi idrici sotterranei della regione Molise.	Numero di corpi idrici significativi indagati sul totale
	4	Controllo della concentrazione di PFAS nelle acque destinate al consumo umano ai fini dell'individuazione del rischio per i consumatori	Individuazione della rete di monitoraggio. Campionamento e analisi di acque destinate al consumo umano nei Comuni molisani	Numero di comuni su cui sono stati effettuati i controlli su numero totale di

5. Linea progettuale: La tecnologia sanitaria innovativa come strumento di integrazione ospedale territorio, anche in relazione alla fase post pandemica

				comuni molisani
	5	Elaborazione dei risultati ottenuti ed eventuale formulazione di proposte all'autorità sanitaria regionale	Elaborazione e redazione di una relazione	Relazione finale
	6	Comunicazione dei risultati ottenuti alla popolazione		Evento divulgativo

	TRASFERIBILITA'	
14		