

SCHEMA PROGETTO

1	LINEA PROGETTUALE	1- Percorso diagnostico terapeutico condiviso e personalizzato per pazienti con multicronicità
	TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO	<p>Intervento 1: Cure primarie e PDTA personalizzati per pazienti con multicronicità</p> <p>Intervento 2: Pazienti affetti da multiple patologie croniche in Molise: mappatura e strategie di intervento personalizzate</p> <p>Intervento 3: Molise Multicare Active: Percorso Integrato di Valutazione, Gestione e Prescrizione dell'Esercizio Terapeutico per Pazienti con Multicronicità</p> <p>Intervento 4: Gestione del paziente con Scompenso Cardiaco; uso integrato di bio-monitor, poli-terapia farmacologica ed esercizio fisico</p>
	AREA DI INTERVENTO	<p>Miglioramento dell'efficienza e dell'accessibilità delle cure</p> <p>Intervento di sanità territoriale integrata nel Distretto di Campobasso finalizzato alla mappatura, presa in carico e ottimizzazione del percorso diagnostico-terapeutico dei pazienti con multicronicità, attraverso un modello personalizzato di assistenza domiciliare e coordinamento multidisciplinare</p> <p>Assistenza territoriale integrata - Medicina dello Sport e Riabilitazione Cardio-Respiratoria - MMG Prescrizione esercizio terapeutico - Gestione pazienti multicronici</p> <p>Cardiologia. Medicina dello sport. Medicina Interna.</p>

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

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

RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO – MODALITÀ DI RIFERIMENTO RISORSE			
3	Finanziamento	Riferimento (Delibera, atto ecc.)	Importo
	<i>Risorse vincolate degli obiettivi del PSN</i>	Accordo Stato/Regioni n. 270/CSR del 29 dicembre 2025 - Intesa n. 269/CSR del 29 dicembre 2025 - Decreto del Commissario ad Acta n__del_	1.000.000

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

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

6	ANALISI DEL CONTESTO/SCENARIO DI RIFERIMENTO <i>se pertinente riportare dati epidemiologici, di attività, ecc.</i>	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 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 ultrasessantacinquenni e una accentuata riduzione della classe in età lavorativa (popolazione adulta tra i 15-64 anni: 64,5% attuali fino al 55,7% nel ventennio successivo).

Inoltre, si nota che gli ultra-ottantacinquenni saranno quasi numericamente uguali alla fascia di bambini da zero a 14 anni. 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 inadeguati 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 multi-croniche, 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 multiprofessionale 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

		<p>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 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 multi cronico 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.</p>
--	--	--

CRONOPROGRAMMA IN FORMATO GRAFICO

		Data inizio prevista	Data termine prevista	Possibile ulteriore proseguimento
7	DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO	01/01/2026	31/12/2026	Si

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

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

	RISULTATI ATTESI	
	A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati dal progetto	<ul style="list-style-type: none"> • Attivazione di nodi sensibili della rete assistenziale, favorendo una visione globale del paziente cronico;

10		<ul style="list-style-type: none"> Modernizzazione e miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali nella fase di costruzione di un Piano Assistenziale Individuale (PAI);
	A lungo periodo, a cui tendere, non direttamente raggiungibili al termine del progetto	<ul style="list-style-type: none"> Miglioramento dello stato di salute degli anziani; Rallentamento nell'incremento del consumo di farmaci.

11	PUNTI DI FORZA	
	Indicare i punti di <i>forza</i>	Indicare le strategie/azioni per l'implementazione
	Competenza e qualità professionale del personale sanitario.	Valutazione multidimensionale e multidisciplinare del bisogno della persona affetta da malattie croniche attraverso il dialogo tra le diverse figure coinvolte e definizione di un Piano di cura personalizzato, con individuazione degli obiettivi di cura, dei tempi di recupero e delle tipologie di intervento non per singola malattia, ma attraverso una visione globale della persona.

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

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			
Fase	Azioni	Breve descrizione dei contenuti	Indicatori di verifica
	Piena realizzazione dei PDTA regionali ed 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. Le attività progettuali saranno realizzate valorizzando le risorse strumentali presenti nelle strutture territoriali e ospedaliere, favorendo l'integrazione delle	Numero di pazienti con patologie croniche presi in carico tramite Strutture Territoriali ASReM;

13			tecnologie esistenti con strumenti digitali a supporto della presa in carico del paziente cronico. Al contempo, si prevede la possibilità di acquisire ulteriori attrezzature e soluzioni tecnologiche, laddove necessario, al fine di rafforzare i percorsi assistenziali territoriali e domiciliari e garantire la piena attuazione degli interventi progettuali. Ciò consentirà di ottimizzare i costi di investimento e accelerare l'implementazione del modello organizzativo.	
		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

TRASFERIBILITA'	
<i>Indicare: a quale altra realtà il progetto o parte di esso può essere trasferito</i>	
Tipo di realtà nella quale può essere implementato il progetto	Progetto o parte del progetto che può essere trasferita
<p>14</p> <p>Sistemi Sanitari Regionali</p>	<p>Il progetto propone un sistema di clinical governance dei percorsi diagnostico – terapeutico – assistenziali facilmente replicabile in altri territori e trasferibile ad altri contesti. Scopo principale è quello di sviluppare una metodologia e strumenti operativi in grado di porre in essere un approccio multidisciplinare e multisettoriale orientato a una migliore organizzazione dei servizi e alla piena responsabilizzazione di tutti gli attori dell’assistenza sanitaria in riferimento alla presa in carico di pazienti affetti da multicronicità. 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. 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’efficiamento 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. 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>

INTERVENTO 2: Pazienti affetti da multiple patologie croniche in Molise: mappatura e strategie di intervento personalizzate

RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO – MODALITÀ DI REPERIMENTO RISORSE			
3	Finanziamento	Riferimento (Delibera, atto ecc.)	Importo
	<i>Risorse vincolate degli obiettivi del PSN</i>	Accordo Stato/Regioni n. 270/CSR del 29 dicembre 2025 - Intesa n. 269/CSR del 29 dicembre 2025 - Decreto del Commissario ad Acta n__del_	20.000

ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO			
4	Tipologia di costi	Importo in euro	Note
	Costi per la formazione	5.000	Costi per la parte di raccolta e analisi dei dati da parte di collaboratori in formazione
	Costi gestione progetto	15.000	Costi utilizzati dal Responsabile del Progetto per l'organizzazione e il coordinamento del Progetto, l'analisi dei dati raccolti e la preparazione di report informativi

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

6	<p>ANALISI DEL CONTESTO/SCENARIO DI RIFERIMENTO <i>se pertinente riportare dati epidemiologici, di attività, ecc.</i></p>	<p>Come riportato nel Documento di programmazione della Rete Territoriale della Regione Molise (datato 03/05/2024), la Regione Molise si caratterizza per un progressivo spopolamento accompagnato da un invecchiamento della popolazione residente riconducibile sia al calo demografico sia alla migrazione delle fasce più giovani della popolazione. Alla decrescita della popolazione residente si accompagna un persistente processo di invecchiamento della popolazione più consistente di quanto sta già avvenendo a livello nazionale. Attualmente il quadro epidemiologico della popolazione si caratterizza per una consistente presenza di patologie cardiocircolatorie, oltre alle neoplasie maligne e al diabete, rendendo la gestione della multicronicità in Regione una priorità assoluta.</p>
---	---	---

CRONOPROGRAMMA IN FORMATO GRAFICO

7	DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO	Data inizio prevista	Data termine prevista	Possibile ulteriore proseguimento
		01/01/2026	31/12/2026	Si

8	OBIETTIVO GENERALE	Il presente Progetto si pone l'obiettivo di effettuare una mappatura dettagliata dei pazienti affetti da multiple patologie croniche residenti nel distretto di Campobasso e di mettere a punto delle strategie di intervento mirate ad una ottimizzazione delle cure
---	---------------------------	---

9	OBIETTIVI SPECIFICI	<ul style="list-style-type: none"> • Mappatura dei pazienti affetti da multiple patologie croniche nella provincia di Campobasso; • Raccolta ed archiviazione delle cartelle cliniche e di tutti i dati anamnestici essenziali per l'analisi; • Messa a punto di strategie di supporto ai pazienti (corretta informazione al paziente del trattamento farmacologico, valutazione della compliance, assistenza nell'organizzazione di controlli periodici, assistenza nell'approvvigionamento dei farmaci); • Confronto tra i costi delle cure attuate per tali pazienti prima dell'avvio e alla fine del Progetto disseminazione dei risultati mediante report informativi.
---	----------------------------	---

10	RISULTATI ATTESI	
	A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati dal progetto	Riduzione degli accessi al pronto soccorso per eventi legati ad interazioni tra farmaci o a peggioramento della salute del paziente, riduzione degli sprechi dei farmaci (per mancato o errato utilizzo), riduzione degli errori nella richiesta per visite di controllo (e quindi riduzione delle liste di attesa)
	A lungo periodo, a cui tendere, non direttamente raggiungibili al termine del progetto	Miglioramento globale della salute del paziente e riduzione dei costi relativi alla gestione e al trattamento dei pazienti con multicronicità

PUNTI DI FORZA		
Indicare i punti di <i>forza</i>	Indicare le strategie/azioni per l'implementazione	
11	<p>L'impiego di personale dedicato ad ogni singolo paziente e l'intervento domiciliare potranno sicuramente aumentare la consapevolezza della propria condizione di malattie e della necessità di ottimizzare il processo di cura sia per la propria salute che per una migliore organizzazione complessiva del sistema salute regionale</p>	<p>Al fine di implementare ulteriormente i risultati del Progetto, si potrà sensibilizzare e reclutare un numero maggiore di professionisti nel settore, sia a livello assistenziale diretto che organizzativo, al fine di estendere l'assistenza domiciliare ad un numero maggiore di pazienti, contribuendo ulteriormente al miglioramento della salute globale dei pazienti con multiple patologie croniche</p>

PUNTI DI DEBOLEZZA		
Indicare i punti di <i>debolezza</i>	Indicare le strategie/azioni per la riduzione	
12	<p>L'elevata età media della popolazione molisana e l'esiguo numero di soggetti inizialmente coinvolti nel Progetto renderanno difficile una completa mappatura di tutti i pazienti con multicronicità residenti nella regione. Pertanto, lo studio sarà inizialmente condotto su circa 100 pazienti nella sola provincia di Campobasso.</p>	<p>Al fine di contrastare tali punti di debolezza, saranno inizialmente coinvolti principalmente i pazienti con maggiori criticità. In particolare, saranno selezionati pazienti con:</p> <ul style="list-style-type: none"> - età più elevata, - avanzato stato di patologia, - presenza di impedimenti alla gestione autonoma della terapia o dell'organizzazione globale del trattamento.

DIAGRAMMA DI GANT												
Descrizioni delle azioni relative a ogni fase	Mesi 12											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Mappatura dei pazienti												
Raccolta ed archiviazione dati												
Messa a punto di strategie di supporto												
Valutazione dei risultati												

DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO			
Fase	Azioni	Breve descrizione dei contenuti	Indicatori di verifica
1	Individuazione dei pazienti da arruolare nel progetto	Al fine di identificare i pazienti che maggiormente potrebbero beneficiare del Progetto proposto, verranno condotte interviste ai medici di medicina generale presenti nella provincia di Campobasso	N° di pazienti arruolati
2	Analisi della storia clinica di ciascun paziente arruolato	Per ciascun paziente arruolato, verrà fatta una raccolta sistematica ed analisi di tutti i dati clinici disponibili ed essenziali per l'analisi dei costi sostenuti sulla spesa sanitaria globale, con particolare riferimento a: - farmaci utilizzati - visite	N° di cartelle cliniche analizzate e stima dei costi annui sostenuti

13			specialistiche effettuate - numero e durata di ricoveri o accessi al pronto soccorso	
	3	Messa a punto di strategie di supporto ai pazienti	<p>Al fine di migliorare la gestione dei pazienti arruolati, saranno messe a punto diverse strategie, come:</p> <ul style="list-style-type: none"> - potenziare l'informazione al paziente relativamente ai trattamenti farmacologici in uso, - valutazione della compliance, - assistenza nell'organizzazione di controlli periodici, - assistenza nell'approvvigionamento dei farmaci 	N° di accessi al pronto soccorso, n° di ricoveri, n° di visite specialistiche richieste
	4	Confronto dei dati di costo	Al fine di valutare l'efficacia delle strategie messe in campo, saranno misurati i costi sostenuti dai pazienti nell'arco temporale del Progetto, in riferimento agli stessi parametri valutati all'inizio del Progetto	Misurazione delle differenze di costo sulla spesa sanitaria prima e dopo l'inizio del Progetto

TRASFERIBILITA'	
<i>Indicare: a quale altra realtà il progetto o parte di esso può essere trasferito</i>	
	Tipo di realtà nella quale può essere implementato il progetto
14	<p>Il Progetto proposto potrebbe essere implementato, oltre che a domicilio in qualsiasi altro contesto (RSA, ospedali convenzionati,...) in cui siano presenti pazienti affetti da patologie croniche multiple e che necessitino, per varie ragioni, di un potenziamento dell'assistenza sanitaria</p> <p>L'intero Progetto può essere trasferito anche in altre sedi, strutture, province, ecc.</p>
	Progetto o parte del progetto che può essere trasferita

INTERVENTO 3: MOLISE MULTICARE ACTIVE: Percorso Integrato di Valutazione, Gestione e Prescrizione dell'Esercizio Terapeutico per Pazienti con Multicronicità

RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO – MODALITÀ DI REP. ERIMENTO RISORSE			
3	Finanziamento	Riferimento (Delibera, atto ecc.)	Importo
	<i>Risorse vincolate degli obiettivi del PSN</i>	Accordo Stato/Regioni n. 270/CSR del 29 dicembre 2025 - Intesa n. 269/CSR del 29 dicembre 2025 - Decreto del Commissario ad Acta n__del_	180.000

ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO			
4	Tipologia di costi	Importo in euro	Note
	Costi per la formazione	12.000	Formazione 40 professionisti (40 ore totali): moduli su valutazione funzionale, prescrizione esercizio in base al modello FITT per patologie croniche, gestione multicronicità integrata. Include docenti specializzati, materiale didattico, catering, certificazioni.
	Costi gestione progetto – Risorse Umane	98.000,00	Coordinatore (40h/mese), infermieri case manager (2 part-time), fisioterapisti Hub (2 part-time), fisioterapisti territoriali Spoke (5 part-time), data manager, assistente sociale, istruttori attività motoria adattata. Parziale copertura da riallocazione personale ASReM esistente (Prof. Germano Guerra Prof. Klara Komici)
	Costi attrezzature e tecnologia	42.000,00	Strumenti valutazione funzionale (tapis roulant, cyclette, dinamometri hand grip, bioimpedenza, plicometri), attrezzature esercizio (pesi, elastici, step, palloni, piattaforma digitale con modulo Exercise Prescription, tablet, PC, dispositivi telemonitoraggio (PA, glucometri), materiale per video tutorial. Elettrocardiografi con software per ergometria.
	Costi materiale di consumo	5.000,00	Materiale sanitario per valutazioni (ECG, gel, disinfettanti), cancelleria, schede prescrizione FITT personalizzate (300 pazienti), diari esercizio cartacei, opuscoli educativi su benefici e sicurezza esercizio fisico.

Costi mobilità e logistica	7.000,00	Rimborsi chilometrici operatori per raggiungere aree interne/montane visite domiciliari per valutazioni funzionali pazienti fragili non trasportabili, riunioni mensili coordinamento della équipe multidisciplinare.
Costi comunicazione e disseminazione	8.000,00	Evento lancio progetto stakeholder, convegno finale scientifico (100 partecipanti), produzione video tutorial esercizi professionali, materiale promozionale (locandine, roll-up), pubblicazione scientifica open access, sito web/landing page progetto.
Costi indiretti e contingenze	8.000,00	Overhead amministrativo ASReM (3% costi diretti: €5.160) e fondo contingenze per imprevisti (€2.840).
TOTALE COMPLESSIVO	180.000	

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

6	<p>ANALISI DEL CONTESTO/SCENARIO DI RIFERIMENTO <i>se pertinente riportare dati epidemiologici, di attività, ecc.</i></p>	<p>ANALISI DEL CONTESTO EPIDEMIOLOGICO: REGIONE MOLISE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Profilo Demografico: La popolazione anziana (over 75 anni) rappresenta circa il 15% della popolazione totale, un dato superiore alla media nazionale. • Indice di Vecchiaia: Tra i più elevati d'Italia, con un rapporto superiore a 200 anziani per ogni 100 giovani, con picchi critici nelle aree interne. • Multicronicità: La prevalenza negli over 75 è stimata intorno al 49% (in linea con i dati ISTAT 2024), con un'alta incidenza di cardiopatia ischemica, scompenso cardiaco, ipertensione, diabete tipo 2, BPCO e osteoporosi. • Sedentarietà: Oltre il 65% della popolazione over 65 non pratica attività fisica regolare, aggravando il quadro di fragilità generale. • Geografia Sanitaria: Grave spopolamento delle aree interne, che comporta crescenti difficoltà di accesso ai servizi sanitari essenziali e isolamento sociale. <p>CRITICITÀ DEL SISTEMA ASSISTENZIALE IDENTIFICATE</p> <p>Frammentazione e Accessi Inappropriati</p> <ul style="list-style-type: none"> • Discontinuità assistenziale: Mancanza di percorsi strutturati tra ospedale e territorio, con conseguente frammentazione delle cure. • Accessi impropri al Pronto Soccorso: Si stima che oltre il 30% degli accessi di pazienti multicronici sia evitabile con una gestione territoriale efficace. • Fenomeno dei "Bed-Blockers": Elevata incidenza di degenze ospedaliere prolungate; i pazienti
----------	---	---

occupano posti letto per acuti oltre la necessità clinica a causa della carenza di strutture intermedie (RSA, lungodegenza) e della difficoltà di attivare dimissioni protette. Questo genera un "effetto imbuto" che paralizza il turnover dei posti letto.

Gestione Farmacologica e Valutazione

- **Politerapia inappropriata:** Media superiore a **8 farmaci giornalieri** negli over 75, con elevato rischio di interazioni farmacologiche e reazioni avverse.
- **Standardizzazione assente:** Mancanza di strumenti uniformi per la valutazione della multicronicità, portando a giudizi clinici non omogenei tra i diversi setting.

Il Gap dell'Esercizio Fisico (Focus Nuovi Interventi)

- **Assenza di Prescrizione Strutturata:** Totale mancanza dell'esercizio fisico inteso come intervento terapeutico codificato (non inserito nei percorsi di cura standard).
- **Sottoutilizzo dell'Esercizio Adattato:** Nonostante le evidenze scientifiche, l'attività fisica non viene sfruttata nella gestione delle patologie croniche, favorendo il decondizionamento funzionale del paziente.
- **Barriere Culturali e di Sicurezza:** L'esercizio non è ancora percepito come "medicina" né dai professionisti né dai pazienti. Persiste il timore di eventi avversi dovuto alla mancanza di protocolli chiari di stratificazione del rischio e monitoraggio.

OPPORTUNITÀ E LEVE STRATEGICHE

- **Quadro Normativo (DM 77/2022):** La riorganizzazione dell'assistenza territoriale offre il contesto ideale per l'integrazione dei programmi di esercizio fisico all'interno delle **Case della Comunità**, trasformandole in centri nevralgici per la gestione della cronicità.
- **Eccellenza Accademica e Scientifica:** Presenza sul territorio dell'**Università degli Studi del Molise (UNIMOL)**, con team specializzati in grado di garantire valutazioni funzionali di alto profilo per la stratificazione del rischio.
- **Sinergie Istituzionali:** Esistenza di un network consolidato tra l'**Ospedale Cardarelli**, l'Università, i Medici di Medicina Generale (MMG) e i servizi territoriali, che facilita la creazione di un percorso diagnostico-terapeutico assistenziale (PDTA) integrato.

EVIDENZE SCIENTIFICHE: L'ESERCIZIO COME FARMACO

- **L'Effetto "Polypill":** L'esercizio fisico rappresenta la più potente terapia non farmacologica disponibile, capace di ridurre la **mortalità cardiovascolare del 30%**, il rischio di diabete del **30%** e l'incidenza di cadute del **40%**.
- **Validazione Internazionale:** Inserito come **terapia di prima linea** dalle principali linee guida internazionali (ESC, AHA, ACSM) per il trattamento di sarcopenia, cardiopatia ischemica, scompenso cardiaco, ipertensione, diabete tipo 2, BPCO

		<ul style="list-style-type: none"> • Impatto sulla Multicronicità: Negli over 75, l'esercizio strutturato è l'unico intervento in grado di migliorare simultaneamente la capacità funzionale, il controllo metabolico e la qualità della vita, riducendo drasticamente la fragilità. • Efficienza di Sistema: Studi clinici documentano una riduzione delle ospedalizzazioni del 25-30% in pazienti con scompenso o BPCO sottoposti a programmi di attività fisica adattata. • Analisi Costo-Efficacia: L'investimento nell'esercizio terapeutico presenta un ROI (Ritorno sull'Investimento) positivo, riducendo i costi diretti (farmaci, ricoveri) e indiretti (disabilità, assistenza sociale) per il SSR.
--	--	--

CRONOPROGRAMMA IN FORMATO GRAFICO

7	DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO	Data inizio prevista	Data termine prevista	Possibile ulteriore proseguimento
		01/01/2026	31/12/2026	Si

8	OBIETTIVO GENERALE	Implementare un modello integrato ospedale-territorio per la gestione proattiva dei pazienti con multicronicità della Regione Molise che includa la valutazione funzionale standardizzata e la prescrizione personalizzata dell'esercizio terapeutico come intervento cardine, riducendo la frammentazione assistenziale, ottimizzando la terapia farmacologica, migliorando gli outcome clinici e funzionali e la qualità di vita dei pazienti.
---	---------------------------	--

9	OBIETTIVI SPECIFICI	<ul style="list-style-type: none"> • Identificare e arruolare almeno 300 pazienti con multicronicità attraverso mappatura territoriale sistematica (database MMG, archivi PS/ricoveri); • Valutare capacità funzionale con test standardizzati validati (6-Minute Walk Test, Short Physical Performance Battery, hand grip strength, Timed Up and Go) nel 100% dei pazienti arruolati; • Stratificare rischio cardio-respiratorio e cadute pre-esercizio secondo linee guida internazionali (ACSM, ESC) e eseguire test appropriati di valutazione funzionale in tutti i pazienti; • Prescrivere esercizio terapeutico personalizzato secondo principi FITT (Frequency-Intensity-Time-Type) al 100% dei pazienti idonei (stimato $\geq 95\%$); • Creare Piani Assistenziali Individualizzati integrati (terapia farmacologica ottimizzata + prescrizione esercizio + monitoraggio) per il 100% dei pazienti; • Ridurre del 25% gli accessi inappropriati al Pronto Soccorso entro 12 mesi (vs baseline 6 mesi pre-arruolamento);
---	----------------------------	---

	<ul style="list-style-type: none"> • Migliorare del 20% la capacità funzionale media (distanza 6-Minute Walk Test) a 6-12 mesi di follow-up ($\geq 30\%$ pazienti migliorano ≥ 30 metri); • Migliorare performance fisica (SPPB score +1-2 punti) in $\geq 30\%$ pazienti a 6 mesi; • Ridurre del 15% il declino funzionale (mantenimento/miglioramento ADL/IADL in $\geq 70\%$ pazienti); • Ottimizzare terapia farmacologica: riduzione media 2 farmaci inappropriati/paziente (applicazione criteri STOPP/START, deprescribing); • Formare 40 professionisti sanitari (medici, infermieri, fisioterapisti, MMG, istruttori AMA) su valutazione funzionale multicronicità e prescrizione esercizio terapeutico evidence-based (40 ore formazione certificata); • Implementare piattaforma digitale condivisa FSE con modulo dedicato "Exercise Prescription" per gestione integrata dati clinici, funzionali e aderenza esercizio; • Garantire aderenza $\geq 60\%$ pazienti al programma esercizio prescritto ($\geq 70\%$ sessioni previste completate) attraverso strategie motivazionali e supporto continuativo.
--	---

10	RISULTATI ATTESI	
	A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati dal progetto	<ul style="list-style-type: none"> • 300 pazienti multicronici identificati, valutati e arruolati nel programma • 100% pazienti con valutazione multidimensionale completa (clinica + funzionale + farmacologica + sociale) <ul style="list-style-type: none"> • 100% pazienti con prescrizione esercizio FITT personalizzata e PAI attivo condiviso con tutti professionisti • 40 professionisti formati e certificati su gestione multicronicità e prescrizione esercizio • Piattaforma digitale operativa con $\geq 90\%$ professionisti che la utilizzano regolarmente • Attivazione 3 livelli programmi esercizio: supervisionato Hub (20% pazienti), semi-supervisionato Spoke (40%), domiciliare guidato (40%) • ≥ 1.300 sessioni esercizio supervisionate erogate nei primi 6 mesi • Libreria 30 video tutorial esercizi disponibile online per pazienti • Rete Hub (Ospedale Cardarelli) - Spoke (Case Comunità, MMG, palestre) • Primo report intermedio con indicatori processo
	A lungo periodo, a cui tendere, non direttamente raggiungibili al termine del progetto	<ul style="list-style-type: none"> • Riduzione -25% accessi PS inappropriati (da baseline ~1.000 accessi/anno in 300 pazienti → risparmio stimato €37.300); • Riduzione -20% ricoveri ospedalieri (da baseline ~320 ricoveri/anno → risparmio stimato €224.000); • Miglioramento capacità funzionale: +20% distanza 6MWT media (+30 metri) in $\geq 30\%$ pazienti; • Miglioramento performance fisica: SPPB +1-2 punti in $\geq 30\%$ pazienti (riduzione fragilità); • Stabilità/miglioramento funzionale ADL/IADL in $\geq 70\%$ pazienti (prevenzione declino); • Riduzione -30% eventi avversi farmaci (ADR) grazie

	deprescribing e riconciliazione; <ul style="list-style-type: none"> • Riduzione -40% cadute (esercizi equilibrio + forza muscolare); • Ottimizzazione terapia: -2 farmaci inappropriati/paziente in media (riduzione costi farmaceutici €292.000/anno); • Miglioramento parametri metabolici: HbA1c -0,5% diabetici, PA sistolica -5 mmHg ipertesi, colesterolo LDL -10 mg/dL; • Miglioramento qualità vita (EQ-5D-5L) +10 punti in media • Aderenza ≥60% pazienti a programma esercizio a 12 mesi (mantenimento comportamento salutare) ; • Soddisfazione pazienti ≥85% "soddisfatto/molto soddisfatto"; • Soddisfazione professionisti ≥80%; • RISPARMIO TOTALE STIMATO: €633.300/anno (PS + ricoveri + farmaci) vs investimento €180.000 → ROI 352%); • Modello validato, protocolli standardizzati, strumenti pronti per estensione altri distretti Molise; • Pubblicazione scientifica risultati su rivista indicizzata; • Modello sostenibile e replicabile: integrazione in assistenza ordinaria ASReM post-progetto.
--	---

PUNTI DI FORZA	
Indicare i punti di <i>forza</i>	Indicare le strategie/azioni per l'implementazione
11 <ul style="list-style-type: none"> • Approccio innovativo: primo progetto italiano che integra sistematicamente prescrizione esercizio in gestione multicronicità • Solide evidenze scientifiche: esercizio come "terapia" supportato da linee guida ESC/AHA/ACSM • Team multidisciplinare qualificato: medicina dello sport, geriatria, valutazione funzionale • Competenze locali: Università Molise (ricerca, formazione) + ASReM (assistenza clinica) • Network consolidato: collaborazione strutturata Ospedale-Territorio-MMG esistente • Modello Hub-and-Spoke: scalabile, equità accesso anche aree interne/montane • Personalizzazione: stratificazione rischio CV, prescrizione FITT individualizzata per patologia • Sicurezza: protocolli validati, monitoraggio continuo, formazione emergenze • Tecnologia: piattaforma digitale integrata per coordinamento, telemedicina, monitoraggio aderenza • Sostenibilità economica: ROI positivo da mese 3-4 (risparmi PS/ricoveri/farmaci superano costi) • Allineamento normativo: DM 77/2022 (Case Comunità), Piano Prevenzione (attività fisica), PNRR M6 	<ul style="list-style-type: none"> • Formazione intensiva: 60 professionisti certificati diventano "moltiplicatori" competenze in ASReM • Materiali riutilizzabili: video tutorial, protocolli, schede FITT utilizzabili anche post-progetto • Coinvolgimento pazienti: empowerment, decisioni condivise, educazione terapeutica • Approccio olistico: non solo farmaci, ma stile vita, funzione fisica, socializzazione • Equità: raggiungere pazienti fragili anche domicilio, aree remote (programmi flessibili) • Prevenzione declino: intervento precoce su fragilità prima che diventi disabilità • Integrazione setting: superamento frammentazione, continuità cure, PAI condiviso • Cultura del movimento: cambio paradigma da "paziente passivo" a "paziente attivo" • Evidenze locali: dati regionali robusti per decisioni policy future Molise • Trasferibilità: protocolli standardizzati replicabili altre ASL/regioni • Disseminazione: convegni, pubblicazioni, manuale operativo open access • Vision long-term: da progetto pilota a modello assistenziale ordinario sostenibile

PUNTI DI DEBOLEZZA	
Indicare i punti di <i>debolezza</i>	Indicare le strategie/azioni per la riduzione
<ul style="list-style-type: none"> • Bassa aderenza pazienti a lungo termine: rischio drop-out >25% da programmi esercizio (letteratura) • Resistenza culturale: professionisti e pazienti scettici su esercizio come "medicina vera" 	STRATEGIE DI MITIGAZIONE: <ul style="list-style-type: none"> • Aderenza: counseling motivazionale, goal setting SMART, supporto sociale (gruppi), follow-up ravvicinati, gamification app, feedback positivi, coinvolgimento caregiver • Cultura: formazione evidence-based, testimonianze

12	<ul style="list-style-type: none"> • Timore eventi avversi: paure eccessive di cadute durante esercizio (limitano prescrizione) • Difficoltà logistiche aree interne: distanze, trasporti, meteo avverso riducono accesso programmi territoriali • Limitata alfabetizzazione digitale: anziani fragili possono avere difficoltà con app, piattaforme, telemonitoraggio • Turnover personale: rischio perdita competenze acquisite se professionisti formati cambiano sede/pensionamento • Tempi progetto stretti: 12 mesi limitano follow-up lungo termine (ideale 18-24 mesi) • Budget limitato: risorse umane part-time, attrezzature essenziali (non complete per tutti setting) • Carico lavoro MMG: già sovraccarichi, rischio scarso coinvolgimento attivo 	<p>pazienti migliorati, presentazione dati intermedi, coinvolgimento opinion leaders</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eventi avversi: stratificazione rischio rigorosa, supervisione qualificata • Aree interne: programmi domiciliari flessibili, televisite follow-up, istruttori AMA locali, gruppi di cammino outdoor, rimborsi trasporto casi selezionati • Digital divide: formazione pazienti/caregiver su tecnologia, assistenza telefonica dedicata, backup cartaceo (diari), opzione "low-tech" • Turnover: documentazione dettagliata, tutoraggio neoassunti, formazione continua anche post-progetto • Tempi: priorità outcome precoci (3-6 mesi), pianificazione follow-up post-progetto per dati long-term • Budget: riallocazione personale, attrezzature essenziali/strategiche, ottimizzazione risorse • MMG: riduzione carico burocratico (piattaforma semplificata)
-----------	---	---

DIAGRAMMA DI GANT												
Descrizioni delle azioni relative a ogni fase	Mesi 12											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
FASE 1: Setup e Formazione												
• Costituzione team multidisciplinare Hub+Spoke												
• Formazione 40 professionisti (40 ore)												
• Setup laboratorio valutazione funzionale												
• Sviluppo piattaforma digitale e video tutorial												
FASE 2: Mappatura e Reclutamento Pazienti												
• Identificazione pazienti (database MMG, PS, ADI)												
• Arruolamento target 300 pazienti												
FASE 3: Valutazione Multidimensionale												
• Valutazione clinica completa (300 pazienti)												
• Test funzionali (6MWT, SPPB, hand grip, TUG)												
• CPET pazienti complianti												
• Stratificazione rischio multidimensionale												
FASE 4: Prescrizione Esercizio e PAI												
• Prescrizione FITT personalizzata (100% pazienti)												
• Creazione PAI integrati (farmaci+esercizio)												
• Consegna schede esercizio e video tutorial												
FASE 5: Implementazione Programmi Esercizio												
• Programmi supervisionati Hub (20% paz, alto rischio)												

	<ul style="list-style-type: none"> • Valutazione clinica • Test funzionali (6MWT, SPPB, hand grip, TUG) • CPET alto rischio • Stratificazione rischio CV • Revisione farmacologica 	<p>Ogni paziente: anamnesi, esame obiettivo, ECG, parametri vitali. Test funzionali standardizzati: 6-Minute Walk Test (distanza, Borg, SpO₂), SPPB (equilibrio, gait speed, chair stand), hand grip (sarcopenia), TUG (cadute). CPET in ~20% (alto rischio CV). Stratificazione rischio esercizio (ACSM). Revisione farmaci (STOPP/START). ADL/IADL, cognitivo (MMSE), nutrizionale (MNA), fragilità (CFS). Tempo: 90-120 min/paziente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • % paz valutati: 100% • N° 6MWT eseguiti: 300 • N° SPPB: 300 • N° CPET: ~80 (20%) • % stratificazione rischio: 100% • Tempo medio valutazione: <120 min
	<ul style="list-style-type: none"> • Prescrizione FITT personalizzata • Creazione PAI integrato • Assegnazione livello programma • Consegna materiali educativi 	<p>Prescrizione esercizio individualizzata secondo FITT (Frequency-Intensity-Time-Type) basata su: patologie, capacità funzionale, rischio CV, preferenze paziente. PAI integrato: obiettivi clinici+funzionali, piano esercizio, ottimizzazione farmaci (deprescribing), monitoraggio, assistenza socio-sanitaria, referente case manager. Assegnazione programma: supervisionato Hub (20%), semi-supervisionato Spoke (40%), domiciliare (40%). Consegna scheda FITT cartacea+digitale, video tutorial, diario</p>	<ul style="list-style-type: none"> • % paz con prescrizione FITT: 100% • % PAI attivi: 100% • N° schede consegnate: 300 • % paz livello 1: 20% • % paz livello 2: 40% • % paz livello 3: 40%
	<ul style="list-style-type: none"> • Programmi supervisionati (Hub) • Programmi semi-supervisionati (Spoke) • Programmi domiciliari • Monitoraggio aderenza • Adeguamenti progressioni 	<p>LIVELLO 1-Hub: 3 sessioni/sett supervisionate fisioterapista (aerobico+resistenza+equilibrio, 60 min). LIVELLO 2-Spoke: 2 sessioni/sett supervisionate iniziali (4 sett), poi 3-4/sett autonome con follow-up mensile. LIVELLO 3-Domicilio: programma autonomo 4-5/sett con controlli trimestrali. Monitoraggio continuo: diari, app, FC, sintomi. Strategie aderenza: counseling motivazionale, goal setting, supporto sociale, feedback. Progressioni carico ogni 4-8 sett.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • N° sessioni supervisionate: ≥5.000 • % aderenza (≥70% sessioni): ≥60% paz • % drop-out: <25% • N° eventi avversi: <1% sessioni • Eventi CV maggiori: 0
	<ul style="list-style-type: none"> • Rivalutazioni 6 mesi • Rivalutazioni 12 mesi • Monitoraggio continuo outcome • Adeguamenti PAI 	<p>Rivalutazione completa a 6 mesi (100% pazienti): test funzionali (6MWT, SPPB, hand grip), parametri clinici (PA, HbA1c, peso, ADL/IADL), qualità vita (EQ-5D), revisione farmaci, aderenza esercizio. Adeguamenti PAI e prescrizione esercizio. Rivalutazione finale 12 mesi identica a baseline per confronto. Monitoraggio continuo: accessi PS, ricoveri, eventi avversi farmaci, cadute</p>	<ul style="list-style-type: none"> • % rivalutati 6 mesi: ≥90% • % rivalutati 12 mesi: ≥85% • Miglioramento 6MWT: +20% (+30m) • Miglioramento SPPB: +1-2 punti • Stabilità ADL/IADL: ≥70% • Qualità vita +10 punti

		<ul style="list-style-type: none"> Raccolta dati continua Report trimestrali Analisi statistica Audit qualità semestrali 	Database elettronico dedicato: dati clinici, funzionali, esercizio, outcome. Inserimento real-time da piattaforma digitale. Report trimestrali indicatori processo (n° arruolati, valutati, prescrizioni, aderenza). Analisi statistica intermedia (6 mesi) e finale (12 mesi): paired t-test, Wilcoxon, regressione logistica predittori aderenza/outcome. Audit qualità semestrali: campione random 30 cartelle, verifica aderenza protocolli, eventi avversi.	<ul style="list-style-type: none"> Database operativo da M1 N° report prodotti: 4 trimestrali % completezza dati: >95% N° audit: 2 Analisi statistica: 6 e 12 mesi
		<ul style="list-style-type: none"> Report finale Convegno scientifico Pubblicazione Manuale operativo 	Report finale completo: background, metodologia, risultati quantitativi (indicatori processo+outcome), analisi costo-efficacia, discussione, raccomandazioni. Convegno finale (100 partecipanti): presentazione risultati a stakeholder, professionisti, decisori regionali. Sottomissione articolo rivista scientifica indicizzata (open access). Manuale operativo replicazione: protocolli, schede FITT, materiali educativi (disponibile online per altre ASL).	<ul style="list-style-type: none"> Report finale completo Convegno realizzato: 1 (≥100 partecipanti) Articolo sottomesso: 1 Manuale operativo pubblicato online

TRASFERIBILITA'		
<i>Indicare: a quale altra realtà il progetto o parte di esso può essere trasferito</i>		
Tipo di realtà nella quale può essere implementato il progetto	Progetto o parte del progetto che può essere trasferita	
14	<ul style="list-style-type: none"> ALTRE ASL REGIONE MOLISE: Distretti Isernia e Termoli (espansione naturale) REGIONI CENTRO-SUD CON ALTA PREVALENZA ANZIANI: Basilicata, Calabria, Umbria, Abruzzo (contesti simili) ASL AREE INTERNE NAZIONALI: Territori montani/rurali con difficoltà accesso servizi (modello Hub-Spoke adattabile) AMBULATORI MULTICRONITÀ: Modello integrabile in qualsiasi realtà assistenza primaria strutturata CARDIOLOGIA RIABILITATIVA: Estensione logica per pazienti post-acuti (già cultura esercizio) DIABETOLOGIA TERRITORIALE: Prescrizione esercizio come pilastro gestione diabete tipo 2 RETI GERIATRICHE: Valutazione funzionale e esercizio anti-fragilità 	<ul style="list-style-type: none"> PROTOCOLLI CLINICI: Algoritmi stratificazione rischio CV, criteri inclusione/esclusione, (trasferibili 100%) STRUMENTI VALUTAZIONE: Test funzionali standardizzati (6MWT, SPPB, hand grip) utilizzabili ovunque PRESCRIZIONI FITT: Schede personalizzate per patologia (cardiopatologia, diabete, BPCO, sarcopenia) replicabili VIDEO TUTORIAL ESERCIZI: Libreria 30 video riutilizzabile PIATTAFORMA DIGITALE: Modulo Exercise Prescription integrabile in qualsiasi FSE regionale FORMAZIONE: Curriculum 44 ore certificato replicabile con docenti locali (materiali didattici condivisi) MODELLO ORGANIZZATIVO: Hub-and-Spoke adattabile a qualsiasi configurazione ospedale-territorio PAI INTEGRATO: Template condivisibile, personalizzabile per contesti locali INDICATORI MONITORAGGIO: Set completo indicatori processo/outcome utilizzabili per valutazione ovunque MANUALE OPERATIVO: Guida step-by-step implementazione con troubleshooting (pubblicazione finale open access)

INTERVENTO 4: Gestione del paziente con scompenso Cardiaco; uso integrato di bio-monitor, poli-terapia farmacologica ed esercizio fisico

RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO – MODALITÀ DI RIFERIMENTO RISORSE			
3	Finanziamento	Riferimento (Delibera, atto ecc.)	Importo
	<i>Risorse vincolate degli obiettivi del PSN</i>	Accordo Stato/Regioni n. 270/CSR del 29 dicembre 2025 - Intesa n. 269/CSR del 29 dicembre 2025 - Decreto del Commissario ad Acta n. del_	250.000

ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO			
4	<i>Tipologia di costi</i>	<i>Importo in euro</i>	<i>Note</i>
	Costi per la formazione	10.000	
	Costi gestione progetto	240.000	

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

6	ANALISI DEL CONTESTO/SCENARIO DI RIFERIMENTO <i>se pertinente riportare dati epidemiologici, di attività, ecc.</i>	Lo scompenso cardiaco (HF) è una sindrome clinica caratterizzata sintomi ‘cardinali’ (dispnea, affaticamento), che possono essere accompagnati da segni (stasi centrale e/o periferica, aumento della pressione venosa centrale), causata da una anomalia strutturale e/o funzionale del cuore che determina aumento della pressione intracardiaca e/o una inadeguata gittata cardiaca a riposo e/o durante esercizio fisico. Tradizionalmente, i diversi fenotipi di Scompenso Cardiaco vengono identificati sulla base della misurazione della frazione di eiezione del ventricolo sinistro. Nello specifico, lo scompenso cardiaco a frazione di eiezione ridotta (HFrEF) viene definito come dalla presenza contemporanea di: - Segni e/o sintomi di Scompenso Cardiaco, - Frazione di eiezione del ventricolo sinistro ≤ 40% (valutata mediante ecocardiografia trans-toracica o risonanza magnetica cardiaca). In Europa, attualmente, l’incidenza di scompenso cardiaco nella popolazione adulta è di circa 5 casi / 1000 persone – anno. La prevalenza di scompenso cardiaco aumenta con l’età, dall’1% nella popolazione < 50 anni a 10% circa nella popolazione > 70
---	--	--

		anni. In Europa, circa il 50% del totale dei casi di Scompenso Cardiaco sono rappresentati da Scompenso a frazione di eiezione ridotta. Secondo le linee guida della Società Europea di Cardiologia ‘Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure’ del 2021, a causa della crescita demografica e dell’invecchiamento della popolazione generale, il numero assoluto di ricoveri ospedalieri per scompenso cardiaco aumenterà fino al 50% nei prossimi 25 anni. In Italia lo scompenso cardiaco rappresenta la prima causa di ricovero nei pazienti over 65 e circa il 60% del totale dei ricoveri cardiologici (tassi di ospedalizzazione medi di circa 2.6 per 1000 abitanti). Il tasso di mortalità a 30 giorni nei pazienti ricoverati per scompenso cardiaco è del 9-10%, mentre il tasso di riospedalizzazione a 30 giorni è di circa il 12% (medie Italia). In Molise, secondo i dati PNE AGENAS, si verificano ogni anno circa 1100 ricoveri ospedalieri per scompenso cardiaco (mortalità a 30 giorni: 13% circa; riospedalizzazione a 30 giorni: 12-13%).
--	--	---

CRONOPROGRAMMA IN FORMATO GRAFICO

7	DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO	Data inizio prevista	Data termine prevista	Possibile ulteriore proseguimento
		01/01/2026	31/12/2026	Si

8	OBIETTIVO GENERALE	Il protocollo in oggetto prevede una strategia combinata ed integrata “hemodynamic - pharmacologic - exercise”, personalizzata dinamicamente sulle pressioni polmonari reali del paziente, con l’obiettivo primario di ridurre il numero medio di ricoveri per HF (eventi per paziente / anno) a 12 mesi.
---	---------------------------	---

9	OBIETTIVI SPECIFICI	<p>Studio pilota prospettico, interventistico e monocentrico volto a valutare fattibilità, sicurezza ed efficacia di un modello clinico integrato basato su CardioMEMS.</p> <p>Obiettivi secondari clinici</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumento tempo al primo ricovero; • Miglioramento qualità di vita, sintomi e dati laboratoristici; • Sicurezza. <p>Obiettivi di gestione</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tempo medio in range della pressione polmonare (espressione di stabilità di malattia). • Effettiva incidenza di tale approccio integrato nella gestione del paziente (rispetto a gestione standard secondo attuali linee guida della Società Europea di Cardiologia). • Correlazione tra esercizio fisico e miglioramento del quadro di scompenso cardiaco.
---	----------------------------	--

	RISULTATI ATTESI	
10	A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati dal progetto	Ridurre tempo intercorrente tra inclusione nello studio e primo ricovero per riacutizzazione di Scompenso Cardiaco
	A lungo periodo, a cui tendere, non direttamente raggiungibili al termine del progetto	Ridurre le riospedalizzazioni per scompenso cardiaco a 12 mesi

	PUNTI DI FORZA	
11	Indicare i punti di <i>forza</i>	Indicare le strategie/azioni per l'implementazione
		Ridurre le riospedalizzazioni per scompenso cardiaco a 12 mesi. Migliorare qualità di vita e tolleranza allo sforzo fisico in pazienti con scompenso cardiaco.

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

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		
13	Fase	Azioni	Breve descrizione dei contenuti
			Indicatori di verifica

	TRASFERIBILITA' <i>Indicare: a quale altra realtà il progetto o parte di esso può essere trasferito</i>	
14	Tipo di realtà nella quale può essere implementato il progetto	Progetto o parte del progetto che può essere trasferita

SCHEDA PROGETTO

1	LINEA PROGETTUALE	2- Promozione dell'equità in ambito sanitario
	TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO	<p>Intervento 1: Promozione dell'equità in ambito sanitario</p> <p>Intervento 2: Dog Friendly Hospital – Pet Therapy in Taxi Clown: va dove ti porta il cuore</p>
	AREA DI INTERVENTO	<p>Assistenza pediatrica territoriale e integrazione ospedale–territorio per il miglioramento dell'appropriatezza degli accessi ai Pronto Soccorso e la promozione dell'equità di accesso ai servizi sanitari pediatrici.</p> <p>Umanizzazione delle cure e promozione del benessere psico-fisico dei pazienti attraverso interventi di clown terapia e pet therapy nelle strutture sanitarie, con particolare attenzione a pazienti pediatrici, anziani, persone con disabilità e categorie fragili.</p>

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

INTERVENTO 1: Promozione dell'equità in ambito sanitario

RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO – MODALITÀ DI RIFERIMENTO RISORSE			
3	Finanziamento	Riferimento (Delibera, atto ecc.)	Importo
	<i>Risorse vincolate degli obiettivi del PSN</i>	Accordo Stato/Regioni n. 270/CSR del 29 dicembre 2025 - Intesa n. 269/CSR del 29 dicembre 2025 - Decreto del Commissario ad Acta n__del_	400.000

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		

6	ANALISI DEL CONTESTO/SCENARIO DI RIFERIMENTO <i>se pertinente riportare dati epidemiologici, di attività, ecc.</i>	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. 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. In un processo di superamento della logica ancora ospedalocentrica, si è avviato un processo di
---	--	--

cambiamento culturale, tutt'ora in atto, dalle attuali disposizioni programmatiche regionali. L'utenza si avvale del Pronto Soccorso come percorso preferenziale per accedere a consulenze specialistiche pediatriche, affannando così l'efficienza assistenziale del reparto. Sviluppare e attuare misure per il benessere sociale risolutive, fondate sulle evidenze scientifiche e affidabili, basandosi su indicatori e programmi esistenti, anche in termini di equità, è un obiettivo della Direzione per la Salute. 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. Altro ulteriore elemento di criticità è l'acclarata situazione del personale sanitario, attualmente sottorganico per via della mancanza di pediatri ospedalieri nell'Azienda Sanitaria regionale. Le analisi dei dati disponibili sugli accessi al Pronto Soccorso Pediatrico, evidenziano che l'80% dei codici bianchi e verdi effettua l'accesso tra ore 8:00 e le 20:00. 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. Il progetto mira a salvaguardare l'appropriatezza delle cure e degli accessi nel Pronto Soccorso e un miglioramento dell'attività di assistenza pediatrica. 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. 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. 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 il 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

	<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● sede; ● luogo; ● orari di apertura; ● medici aderenti; ● tipologia del servizio offerto; ● contatti di riferimento. <p>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.</p>
--	---

CRONOPROGRAMMA IN FORMATO GRAFICO

		Data inizio prevista	Data termine prevista	Possibile ulteriore proseguimento
7	DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO	01/01/2026	31/12/2026	Si

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

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

	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 <i>forza</i>	Indicare le strategie/azioni per l'implementazione
11	Assistenza continuativa.	Definire della procedura di reclutamento e adesione dei medici PLS, tenendo conto della distribuzione oro geografica del territorio e dell'affluenza ai P.S., ai reparti di pediatria, alle consulenze specialistiche e del numero di postazioni possibili in relazione al numero dei PLS impiegati

	PUNTI DI DEBOLEZZA	
	Indicare i punti di <i>debolezza</i>	Indicare le strategie/azioni per la riduzione
12	Difficoltà di reperimento dei PLS	Protocollo di Intesa con medici PLS, che preveda una organizzazione dei turni

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

DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO			
Fase	Azioni	Breve descrizione dei contenuti	Indicatori di verifica
13			Aumento dell'accesso alle cure nelle strutture previste dal Progetto
			Riduzione dell'ospedalizzazione dei pazienti in età pediatrica (SDO)
			Numero dei pazienti valutati (data base del progetto)
			Numero di accessi
			Numero di contatti telefonici
			Grado di soddisfazione dell'utenza (customer satisfaction) con appositi questionari da somministrare

TRASFERIBILITA'	
<i>Indicare: a quale altra realtà il progetto o parte di esso può essere trasferito</i>	
Tipo di realtà nella quale può essere implementato il progetto	Progetto o parte del progetto che può essere trasferita
14 Presidi Ospedalieri di Campobasso, Isernia, Termoli e Agnone dove sono presenti sia i Pronto Soccorso	<p>Progetto o parte del progetto che può essere trasferita</p> <p>Il progetto si innesta su una visione di clinical governance pediatrico dei percorsi diagnostico – terapeutico – assistenziali facilmente replicabile in altri territori e trasferibile ad altri contesti. 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 rivolgersi, 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. La sperimentazione di un possibile modello organizzativo in grado di garantire il conseguimento degli obiettivi stabiliti e relativo</p>

	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.
--	---

INTERVENTO 2: Dog Friendly Hospital – Pet Therapy in Taxi Clown: va dove ti porta il cuore

RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO – MODALITÀ DI REPERIMENTO RISORSE			
3	Finanziamento	Riferimento (Delibera, atto ecc.)	Importo
	<i>Risorse vincolate degli obiettivi del PSN</i>	Accordo Stato/Regioni n. 270/CSR del 29 dicembre 2025 - Intesa n. 269/CSR del 29 dicembre 2025 - Decreto del Commissario ad Acta n__del_	20.000

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		

6	<p>ANALISI DEL CONTESTO/SCENARIO DI RIFERIMENTO <i>se pertinente riportare dati epidemiologici, di attività, ecc.</i></p>	<p>Numerosi studi scientifici dimostrano come le tecniche di clown terapia e pet therapy possano contribuire in maniera significativa al miglioramento del benessere psico-fisico dei pazienti ospedalizzati.</p> <p>In particolare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • riduzione dello stress e dell'ansia nei pazienti pediatrici • miglioramento dell'umore nei pazienti anziani • supporto emotivo nei percorsi riabilitativi • facilitazione della relazione con il personale sanitario • miglioramento della compliance alle cure <p>Nel contesto della Regione Molise, le strutture sanitarie presentano un'utenza composta da:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pazienti pediatrici • anziani ospiti di RSA • pazienti con patologie neurologiche e motorie • persone con disabilità • categorie fragili e famiglie
---	---	---

		Il progetto intende quindi integrare gli interventi sanitari con attività ludico-riabilitative, attraverso la presenza di clown terapeuti e di un cane certificato per pet therapy, creando momenti di socializzazione, stimolazione cognitiva e supporto emotivo.
--	--	--

CRONOPROGRAMMA IN FORMATO GRAFICO

		Data inizio prevista	Data termine prevista	Possibile ulteriore proseguimento
7	DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO	01/01/2026	31/12/2026	Si

8	OBIETTIVO GENERALE	Promuovere il benessere psico-fisico dei pazienti ricoverati o in cura presso strutture sanitarie e socio-assistenziali della Regione Molise attraverso interventi di clown terapia e pet therapy, favorendo la riduzione dello stress, il miglioramento dell'umore e l'integrazione sociale dei pazienti.
---	---------------------------	--

9	OBIETTIVI SPECIFICI	<ul style="list-style-type: none"> Migliorare la qualità della permanenza dei pazienti nelle strutture sanitarie; Favorire la relazione empatica tra pazienti, operatori sanitari e familiari; Promuovere attività ludico-riabilitative per pazienti pediatrici, anziani e disabili; Stimolare le capacità cognitive e motorie attraverso giochi educativi e interazione con il cane da pet therapy; Ridurre ansia, isolamento e stress nei pazienti ospedalizzati.
---	----------------------------	--

RISULTATI ATTESI		
10	A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati dal progetto	<ul style="list-style-type: none"> Miglioramento del benessere emotivo dei pazienti Maggiore partecipazione dei pazienti alle attività riabilitative Riduzione della percezione di stress e paura dell'ambiente ospedaliero Maggiore socializzazione tra pazienti
	A lungo periodo, a cui tendere, non direttamente raggiungibili al termine del progetto	<ul style="list-style-type: none"> Integrazione stabile della clown terapia nelle attività ospedaliere Miglioramento della qualità della vita dei pazienti fragili Rafforzamento della collaborazione tra

	associazioni di volontariato e sistema sanitario
--	--

PUNTI DI FORZA	
Indicare i punti di <i>forza</i>	Indicare le strategie/azioni per l'implementazione
11 Presenza di personale formato in clown terapia Cane certificato per pet therapy Camper Taxi Clown attrezzato Esperienza pluriennale dell'associazione	Attività coordinate Interventi controllati e programmati Attività itineranti nelle strutture Collaborazione con strutture sanitarie regionali

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

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			
Fase	Azioni	Breve descrizione dei contenuti	Indicatori di verifica
13 Pianificazione	Organizzazione interventi	Definizione calendario visite nelle strutture sanitarie	Numero incontri programmati
Attività terapeutiche	Sedute clown e pet therapy	Giochi ludico-riabilitativi e interazione con il cane	Numero partecipanti
Monitoraggio	Raccolta dati	Osservazione dei benefici e feedback pazienti	Schede valutazione
Valutazione finale	Analisi risultati	Verifica efficacia delle attività	Report finale

14	TRASFERIBILITA' <i>Indicare: a quale altra realtà il progetto o parte di esso può essere trasferito</i>	
	Tipo di realtà nella quale può essere implementato il progetto	Progetto o parte del progetto che può essere trasferita
	Ospedali pubblici e privati, Case di riposo e RSA, Centri di riabilitazione, Strutture educative e sociali	Clown terapia nei reparti pediatrici, Attività ludico-terapeutiche per anziani, Pet therapy e attività occupazionali, Attività educative e inclusive

SCHEMA PROGETTO

1	LINEA PROGETTUALE	3- Costituzione e implementazione della rete della terapia del dolore e sviluppo delle cure palliative e della terapia del dolore in area pediatrica
	TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO	Intervento 1: Costituzione e implementazione della rete della terapia del dolore Intervento 2: Sviluppo delle cure palliative e della terapia del dolore in area pediatrica
	AREA DI INTERVENTO	Tutelare il cittadino nell'accesso alla terapia del dolore

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

3	RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO – MODALITÀ DI REPERIMENTO RISORSE		
	<i>Finanziamento</i>	<i>Riferimento (Delibera, atto ecc.)</i>	<i>Importo</i>
	<i>Risorse vincolate degli obiettivi del PSN</i>	Accordo Stato/Regioni n. 270/CSR del 29 dicembre 2025 - Intesa n. 269/CSR del 29 dicembre 2025 - Decreto del Commissario ad Acta n__del_	660.641

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

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

6	<p>ANALISI DEL CONTESTO/SCENARIO DI RIFERIMENTO <i>se pertinenti riportare dati epidemiologici, di attività, ecc.</i></p>	<p>Le linee guida per lo sviluppo della Rete delle Cure Palliative e di Terapia del Dolore Pediatriche nella Regione Molise sono state disciplinate in data 08/07/2015 tramite DCA n°46. Lo scopo perseguito tramite la costituzione della Rete delle Cure Palliative e di Terapia del Dolore Pediatriche è stato quello di assicurare la migliore qualità di vita possibile al bambino malato ed ai suoi familiari, individuare i luoghi di cura e assistenza più opportuni, definire il percorso assistenziale del bambino malato, proporre indicazioni operative e standard di cura e assistenza appropriati ed uniformi per tutto l'ambito regionale.</p> <p>Epidemiologia e criteri di eleggibilità</p> <p>I dati di letteratura e le esperienze disponibili evidenziano come la mortalità annuale da patologia inguaribile sia di 1 su 10.000 bambini da 1 a 17 anni con una prevalenza di malattie inguaribili, nella stessa fascia di età, pari a 10 su 10.000 minori; nel 70% dei casi si tratta di patologie non oncologiche, prevalentemente neurodegenerative, metaboliche e genetiche. Secondo le stime del <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>Di seguito sono riportati i dati relativi al volume di attività residenziale in cure palliative nella Regione Molise negli</p>
---	---	--

		ultimi 4 anni:																																																															
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>PRINCIPALI PARAMETRI DI CONFRONTO</th> <th>2021</th> <th>2022</th> <th>2023</th> <th>2024</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>n. Ricoveri</td> <td>156</td> <td>209</td> <td>304</td> <td>324</td> </tr> <tr> <td>Tasso di ricoverati in rapporto alla popolazione</td> <td>0,51‰</td> <td>0,6‰</td> <td>0,93‰</td> <td>1,08‰</td> </tr> <tr> <td>Turnover</td> <td>9</td> <td>11</td> <td>15</td> <td>17</td> </tr> <tr> <td>n. Pazienti in Day Hospice</td> <td>16</td> <td>33</td> <td>68</td> <td>57</td> </tr> <tr> <td>n. Patologie riscontrate nei pazienti</td> <td>53</td> <td>52</td> <td>60</td> <td>61</td> </tr> <tr> <td>n. Macroprestazioni erogate</td> <td>964</td> <td>1145</td> <td>1598</td> <td>1963</td> </tr> <tr> <td>Tempo di attesa (giorni)</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Totale giornate degenza</td> <td>2751</td> <td>3261</td> <td>3596</td> <td>4326</td> </tr> <tr> <td>Degenza media per ricovero (giorni)</td> <td>20</td> <td>15</td> <td>15</td> <td>16</td> </tr> <tr> <td>Tasso occupazione posti letto</td> <td>49%</td> <td>59%</td> <td>64%</td> <td>74%</td> </tr> <tr> <td>Fascia d'età maggiormente registrata</td> <td>70-89</td> <td>70-89</td> <td>60-89</td> <td>70-89</td> </tr> </tbody> </table>				PRINCIPALI PARAMETRI DI CONFRONTO	2021	2022	2023	2024	n. Ricoveri	156	209	304	324	Tasso di ricoverati in rapporto alla popolazione	0,51‰	0,6‰	0,93‰	1,08‰	Turnover	9	11	15	17	n. Pazienti in Day Hospice	16	33	68	57	n. Patologie riscontrate nei pazienti	53	52	60	61	n. Macroprestazioni erogate	964	1145	1598	1963	Tempo di attesa (giorni)	1	1	1	1	Totale giornate degenza	2751	3261	3596	4326	Degenza media per ricovero (giorni)	20	15	15	16	Tasso occupazione posti letto	49%	59%	64%	74%	Fascia d'età maggiormente registrata	70-89	70-89	60-89	70-89
PRINCIPALI PARAMETRI DI CONFRONTO	2021	2022	2023	2024																																																													
n. Ricoveri	156	209	304	324																																																													
Tasso di ricoverati in rapporto alla popolazione	0,51‰	0,6‰	0,93‰	1,08‰																																																													
Turnover	9	11	15	17																																																													
n. Pazienti in Day Hospice	16	33	68	57																																																													
n. Patologie riscontrate nei pazienti	53	52	60	61																																																													
n. Macroprestazioni erogate	964	1145	1598	1963																																																													
Tempo di attesa (giorni)	1	1	1	1																																																													
Totale giornate degenza	2751	3261	3596	4326																																																													
Degenza media per ricovero (giorni)	20	15	15	16																																																													
Tasso occupazione posti letto	49%	59%	64%	74%																																																													
Fascia d'età maggiormente registrata	70-89	70-89	60-89	70-89																																																													

CRONOPROGRAMMA IN FORMATO GRAFICO

7	DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO	Data inizio prevista	Data termine prevista	Possibile ulteriore proseguimento
		01/01/2026	31/12/2026	Si

8	OBIETTIVO GENERALE	<p>L'ambulatorio di cure palliative territoriale assicura l'assistenza ai pazienti con un buon grado di autonomia funzionale e motoria, nonché garantisce il supporto alle Cure Domiciliari, con le seguenti funzioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> • presa in carico di pazienti dimessi dall'ospedale; • valutazione dei malati su richiesta del medico di medicina generale; • pratica di interventi invasivi non eseguibili a domicilio.
---	---------------------------	---

9	OBIETTIVI SPECIFICI	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento delle prese in carico dei pazienti eleggibili in cure palliative • Diminuzione degli accessi al pronto soccorso • Attivazione delle Cure Palliative Precoci • Maggiore permanenza nel setting domiciliare rispetto al residenziale
---	----------------------------	---

10	RISULTATI ATTESI	
	A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati dal progetto	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento delle prese in carico in cure palliative • Ottimizzazione dei tempi nell'attivazione del percorso di cure palliative • Diminuzione degli accessi ai PS
	A lungo periodo, a cui tendere, non direttamente raggiungibili al termine del progetto	<ul style="list-style-type: none"> • Miglioramento della qualità di vita dei pazienti • Migliore gestioni dei sintomi acuti

11	PUNTI DI FORZA	
	Indicare i punti di <i>forza</i>	Indicare le strategie/azioni per l'implementazione
	Offrire servizi sanitari specialistici in aree "isolate" in senso geografico e orografico	Istituire degli ambulatori di cure palliative permetterebbe di offrire un servizio specialistico sanitario aggiuntivo all'assistenza domiciliare

12	PUNTI DI DEBOLEZZA	
	Indicare i punti di <i>debolezza</i>	Indicare le strategie/azioni per la riduzione
	Difficoltà di reclutamento di medici palliativisti	Saranno coinvolti gli ordini professionali dei medici chirurghi e i principali stakeholder in modo da dare massima diffusione agli avvisi pubblici dell'ASReM

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

13	DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO			Indicatori di verifica
	Fase	Azioni	Breve descrizione dei contenuti	
				<ul style="list-style-type: none"> • N° di pazienti presi in carico; • N° di pazienti presi in carico/N° annuale di decessi; • % di decessi a domicilio/Totale dei decessi; • Durata della presa in carico e figure professionali coinvolti; • Giorni di ricovero/totale giorni di presa in carico e assistenza; • Giorni di ricovero in degenza palliativa/totale giorni di ricovero; • Presenza di un database aggiornato; • Eventi di aggiornamento del personale per le cure palliative pediatriche di base e specialistiche;

			<ul style="list-style-type: none"> • Percezione della famiglia della qualità dell'assistenza e della presa in carico; • Percezione degli operatori coinvolti della qualità dell'assistenza
--	--	--	--

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

SCHEMA PROGETTO

1	LINEA PROGETTUALE	4- Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione
	TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO	Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione
	AREA DI INTERVENTO	

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

RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO – MODALITÀ DI RIFERIMENTO RISORSE			
3	Finanziamento	Riferimento (Delibera, atto ecc.)	Importo
	<i>Risorse vincolate degli obiettivi del PSN</i>	Accordo Stato/Regioni n. 270/CSR del 29 dicembre 2025 - Intesa n. 269/CSR del 29 dicembre 2025 - Decreto del Commissario ad Acta n__del_	€ 1.321.282 di cui 5 per mille (€ 6.606,00) per i progetti di supporto al PNP

ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO			
4	<i>Tipologia di costi</i>	<i>Importo in euro</i>	<i>Note</i>
	Costi per la formazione		
	Costi gestione progetto	1.321.282	di cui 5 per 1000 = 6.606,00

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

6	ANALISI DEL CONTESTO/SCENARIO DI RIFERIMENTO <i>se pertinenti riportare dati epidemiologici, di attività, ecc.</i>	<p>L'Intesa Stato – Regioni del 6 agosto 2020 (Rep. Atti n. 127/CSR) concernente il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2020-2025:</p> <ul style="list-style-type: none"> - si articola nei seguenti sei Macro Obiettivi: 1) Malattie croniche non trasmissibili; 2) Dipendenze e problemi correlati; 3) Incidenti stradali e domestici; 4) Infortuni e incidenti sul lavoro, malattie professionali; 5) Ambiente, clima e salute; 6) Malattie infettive prioritarie; - ritiene necessario consolidare il contrasto alle malattie croniche secondo un approccio integrato tra prevenzione e assistenza sul territorio, attraverso un raccordo operativo tra Piano Nazionale della Prevenzione e Piano Nazionale della Cronicità, coinvolgendo tutte le aree di competenza del Servizio Sanitario, al fine di assicurare appropriatezza, uniformità ed equità di accesso ai cittadini; - ritiene necessario rafforzare le azioni di promozione della salute e prevenzione secondo la visione "One Health" che considera la salute come il risultato dello sviluppo armonico e sostenibile dell'essere umano, della natura e dell'ambiente;
---	--	--

- indica la riduzione delle principali disuguaglianze sociali e geografiche come priorità trasversale a tutti gli Obiettivi del Piano cui consegue la necessità di avvalersi di dati scientifici, metodi e strumenti idonei a garantire l'equità nell'azione atteso che lo svantaggio sociale rappresenta un inconfutabile fattore di rischio per la salute e la qualità della vita;
- promuove l'intersectorialità quale elemento cardine della pianificazione e dell'azione.

La Regione Molise ha recepito l'Intesa 6 agosto 2020 con DCA n. 92 del 17 dicembre 2020 ed ha avviato le attività di pianificazione regionale per la prevenzione 2020-2025 in armonia con la visione, i principi, le priorità e la struttura del Piano Nazionale della Prevenzione.

In 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.

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 *web based* «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).

Il sistema di monitoraggio dei PRP è legato alla definizione dei Programmi che compongono il PRP; i PRP sono organizzati in "Programmi": il programma è l'unità elementare di pianificazione nonché l'oggetto del monitoraggio dei PRP.

I Programmi sono definiti secondo la specificità e l'analisi del contesto regionale documentata nel «profilo di salute».

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.

Alcuni Programmi sono "predefiniti" ("Programmi predefiniti" - PP) ossia hanno caratteristiche uguali per tutte le Regioni, sono vincolanti e vengono monitorati attraverso indicatori e relativi valori attesi uguali per tutte le Regioni; ai Programmi predefiniti (PP) si affiancano i "Programmi Liberi" (PL) i quali sviluppano gli Obiettivi strategici non coperti ovvero solo in parte coperti dai PP.

La pianificazione 2020-2025 della Regione Molise è organizzata nei seguenti PP e PL:

PP01 Scuole che promuovono salute

PP02 Comunità attive

PP03 Luoghi di lavoro che promuovono salute

PP04 Dipendenze

PP05 Sicurezza negli Ambienti di Vita

PP06 Piano mirato di Prevenzione

PP07 Prevenzione in Edilizia e Agricoltura

PP08 Prevenzione del rischio cancerogeno professionale, delle patologie professionali muscolo-scheletrico e del rischio stress correlato al lavoro

PP09 Ambiente, clima e salute

	<p>PP10 Misure per il contrasto dell'antimicrobico-resistenza PL11 Screening oncologici PL12 Primi 1000 giorni PL13 Alimentare la Salute 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.</p> <p>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>
--	---

CRONOPROGRAMMA IN FORMATO GRAFICO

7	DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO	Data inizio prevista	Data termine prevista	Possibile ulteriore proseguimento
		01/01/2026	31/12/2026	Si

8	OBIETTIVO GENERALE	<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>
---	--------------------	---

OBIETTIVI SPECIFICI

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 *quality assurance*, 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).

L'Osservatorio Nazionale Screening (ONS) nasce nel 2001 come Osservatorio nazionale per la prevenzione dei tumori femminili, come rete dei centri di screening, grazie al supporto economico della LILT. Nel 2005 l'ONS assume l'attuale denominazione e amplia le sue competenze in ragione della crescente attivazione dei programmi di screening colonrettale. All'ONS hanno aderito, sin dalla sua costituzione, il Gruppo italiano screening mammografico (GISMA) ed il Gruppo italiano per il cervicocarcinoma (GISCI); in ultimo ha aderito il Gruppo italiano screening colonrettale (GISCOR). Il

coordinamento dell'ONS ha sede presso l'ISPO di Firenze ed opera come strumento tecnico a supporto sia delle Regioni per l'attuazione dei programmi di screening, sia del

Ministero della salute per la realizzazione delle politiche di screening. 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:

1. *Realizzazione della survey annuale per il monitoraggio delle attività di screening oncologico (valutazione LEA).*
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 è collocata presso l'ISPO di Firenze.

L'Associazione Italiana Registri Tumori (AIRTum) con riferimento al supporto scientifico

ed organizzativo delle attività dei Registri Tumori accreditati ed in attività, promozione della standardizzazione delle regole di registrazione, formazione continuativa del personale, valutazione della qualità dei dati e al supporto alla programmazione e valutazione degli interventi sanitari a livello locale e nazionale svolgerà le seguenti azioni:

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 è consultabile attraverso una piattaforma di interrogazione e analisi interattiva dei dati dei registri (ITACAN) e produce report annuali di approfondimento sui dati epidemiologici di diffusione del cancro in Italia. Tutte le pubblicazioni prodotte sono liberamente consultabili sul sito AIRTum www.registri-tumori.it:

3. *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.*

Attività di Supporto al Piano Nazionale della Prevenzione:

A) OSSERVATORIO NAZIONALE SCREENING:

- Realizzazione della survey nazionale delle attività dei programmi di screening effettuate nel 2018
- Produzione di indicatori per il monitoraggio delle attività svolte dalle Regioni;
- Calcolo degli indicatori per la valutazione dell'adempimento dei LEA per il Ministero della Salute;
- Formazione a livello regionale e nazionale;
- Attività di Quality Assurance.

B) ASSOCIAZIONE ITALIANA REGISTRI TUMORI:

- Tutoraggio del RT Molise nel percorso di accreditamento;
- Formazione;
- Analisi dati;
- Produzione materiale scientifico ed informativo.

C) NETWORK PER L'EVIDENCE-BASED PREVENTION:

- Supporto alle Regioni per la pianificazione e valutazione dei PRP, orientamento nella scelta di interventi efficaci per il raggiungimento degli obiettivi di PNP attraverso l'uso della matrice NIEPB;
- Formazione e aggiornamento di professionisti impegnati nell'attuazione del PRP;
- Disseminazione delle evidenze

INDICATORI

Obiettivo A (ONS)

Al 31.12.2025

		<p>1. Realizzazione della survey nazionale delle attività dei programmi di screening effettuate nel 2018;</p> <p>2. Produzione dei risultati della survey;</p> <p>3. Pubblicazione dei risultati.</p> <p>Obiettivo B (Air.TUM.)</p> <p>Al 31.12.2025</p> <p>1. Analisi dati del Registro Tumori di cui alla L.R. Molise 6 ottobre 2017, n. 14</p> <p>2. Tutoraggio nel percorso di accreditamento del registro molisano</p> <p>Obiettivo C (NIEPB)</p> <p>1. Formazione e aggiornamento di professionisti impegnati nell'attuazione del PRP.</p> <p>2. Evento formativo interregionale.</p>
--	--	---

RISULTATI ATTESI		
10	A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati dal progetto	<ul style="list-style-type: none"> • n. indicatori "sentinella" di tutti i programmi definiti per l'anno 2024 aventi uno scostamento tra il «valore osservato» e quello «atteso» non superiore al 20% / n. indicatori "sentinella" $\geq 80\%$ • - Raggiungimento Obiettivi sub lettere A.1, A.2, A.3, B.1, B.2, C. • - Realizzazione di iniziative di collaborazione con l'ONS, con l'AIRTum e con il NIEPB al fine di promuovere • e rafforzare i tre Network a supporto dell'attuazione del PNP; • - Finanziamento dei Network ONS-AirTUM. - NIEPB conformemente a quanto stabilito dal Patto per la • Salute.
	A lungo periodo, a cui tendere, non direttamente raggiungibili al termine del progetto	<ul style="list-style-type: none"> • Miglioramento della qualità dei programmi di screening attivati a livello regionale

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

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

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			
Fase	Azioni	Breve descrizione dei contenuti	Indicatori di verifica
13	Obiettivo A (ONS)		1) Realizzazione della survey nazionale delle attività dei programmi di screening effettuate nel 2018; 2) Produzione dei risultati della survey; 3) Pubblicazione dei risultati.
	Obiettivo B (AirTUM)		Analisi dati del Registro Tumori di cui alla L.R. Molise 6 ottobre 2017, n. 14 Tutoraggio nel percorso di accreditamento del registro molisano.
	Obiettivo C (NIEPB)		Formazione e aggiornamento di professionisti impegnati nell'attuazione del PRP. Evento formativo interregionale.

TRASFERIBILITA'	
<i>Indicare: a quale altra realtà il progetto o parte di esso può essere trasferito</i>	
14	Tipo di realtà nella quale può essere implementato il progetto
	Sistema Sanitario Regionale Molisano
	Progetto o parte del progetto che può essere trasferita

SCHEMA PROGETTO

1	LINEA PROGETTUALE	5- La tecnologia sanitaria innovativa come strumento di integrazione ospedale-territorio anche in relazione alla fase post-pandemica
	TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO	Digitalizzazione, archiviazione e conservazione sostitutiva della cartella clinica
	AREA DI INTERVENTO	Sanità digitale e sistemi informativi sanitari, con particolare riferimento alla dematerializzazione, gestione e conservazione digitale della cartella clinica e all'integrazione dei flussi informativi tra ospedale e territorio.

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

3	RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO – MODALITÀ DI REPERIMENTO RISORSE		
	Finanziamento	Riferimento (Delibera, atto ecc.)	Importo
	<i>Risorse vincolate degli obiettivi del PSN</i>	Accordo Stato/Regioni n. 270/CSR del 29 dicembre 2025 - Intesa n. 269/CSR del 29 dicembre 2025 - Decreto del Commissario ad Acta n. del	510.000

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

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

Disponibili		
Da acquisire		

6	<p>ANALISI DEL CONTESTO/SCENARIO DI RIFERIMENTO <i>se pertinente riportare dati epidemiologici, di attività, ecc.</i></p>	<p>Nel quadro dell'evoluzione digitale della pubblica amministrazione, la Direzione Generale per la Salute, in collaborazione con la società in house Molise Dati, ha avviato il percorso di digitalizzazione, certificazione e conservazione sostitutiva delle cartelle cliniche secondo la normativa vigente. Il presente intervento si configura, pertanto, come estensione di un progetto già in essere, garantendo continuità amministrativa, tecnologica e normativa alle attività di digitalizzazione, archiviazione e conservazione delle cartelle cliniche.</p> <p>L'obiettivo è implementare un sistema ICT per l'archiviazione e la conservazione digitale a norma delle cartelle cliniche, assicurandone la conservazione secondo gli standard AgID, l'archiviazione su infrastruttura PSN e la gestione sicura dei dati sanitari.</p> <p>L'estensione completa il percorso di trasformazione digitale in ambito e-Health già avviato, garantendo uniformità procedurale e coerenza temporale dell'intero sistema regionale di gestione documentale sanitaria.</p>
----------	---	--

CRONOPROGRAMMA IN FORMATO GRAFICO

		Data inizi prevista	Data termine prevista	Possibile ulteriore proseguimento
7	DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO	01/01/2026	31/12/2026	Si

8	OBIETTIVO GENERALE	<p>Garantire la continuità del processo di digitalizzazione, archiviazione e conservazione sostitutiva delle cartelle cliniche.</p>
----------	---------------------------	---

9	OBIETTIVI SPECIFICI	<p>1. Assicurare la conservazione a norma delle cartelle cliniche:</p> <p>L'obiettivo è garantire che le cartelle cliniche siano sottoposte al processo completo di digitalizzazione e conservazione sostitutiva. Ciò comprende la scansione, l'indicizzazione e metadattazione dei documenti, la validazione dei dati, l'archiviazione e conservazione in cloud. Il processo include inoltre l'asseverazione notarile dell'identità delle copie digitali rispetto agli originali analogici, garantendo piena validità legale e valore probatorio nel tempo.</p>
----------	----------------------------	---

	<p>2. Garantire continuità infrastrutturale e gestionale del sistema:</p> <p>L'estensione assicura l'utilizzo continuativo dell'architettura web-based già operativa, installata sul cloud regionale presso il Polo Strategico Nazionale (PSN), mantenendo invariato il modello organizzativo e tecnologico in essere.</p> <p>Sarà inoltre garantita la continuità del workflow di presa in carico, normalizzazione, scansione, archiviazione e consultazione, nonché il servizio di Help Desk a supporto degli utenti autorizzati.</p> <p>3. Mantenere conformità normativa AgID:</p> <p>Il progetto assicura il rispetto delle disposizioni vigenti in materia di conservazione digitale dei documenti sanitari, in coerenza con le Linee guida AgID, la normativa sulla conservazione dei documenti informatici e la disciplina in materia di protezione dei dati personali. L'intero processo sarà tracciato tramite sistemi di logging e audit, con responsabilità formalizzate e ruoli definiti, garantendo integrità, autenticità, leggibilità e reperibilità dei documenti nel tempo.</p> <p>4. Assicurare tracciabilità e sicurezza dei dati sanitari:</p> <p>Tutte le fasi del ciclo di vita della cartella clinica, dalla presa in carico fisica alla conservazione digitale, saranno monitorate mediante workflow applicativo con registrazione di data, ora e identificativo dell'operatore. L'accesso ai documenti sarà consentito esclusivamente agli utenti autorizzati tramite piattaforma web sicura, nel rispetto dei principi di riservatezza, integrità e disponibilità del dato sanitario.</p>
--	---

RISULTATI ATTESI	
10	<p>A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati dal progetto</p> <p>Nel breve periodo il progetto consente la regolarizzazione amministrativa, assicurando coerenza temporale tra le attività già svolte. Sarà garantita la piena copertura documentale delle cartelle cliniche con completamento del processo di conservazione a norma e allineamento alle procedure tecniche e organizzative già operative. Ciò comporta uniformità procedurale, tracciabilità delle attività svolte, riduzione del rischio di contenzioso e piena validità giuridico-probatoria della documentazione sanitaria digitalizzata.</p>
	<p>A lungo periodo, a cui tendere, non direttamente raggiungibili al termine del progetto</p> <p>Nel medio-lungo periodo l'intervento consolida e rende strutturale il sistema regionale di conservazione digitale delle cartelle cliniche, garantendo continuità tecnologica, normativa e organizzativa dell'infrastruttura tecnologica. L'estensione contribuisce alla stabilità del modello di gestione documentale sanitaria, rafforzando la sicurezza, l'integrità e la reperibilità nel tempo dei dati clinici, e</p>

	assicurando coerenza tra tutte le annualità di produzione documentale. In tale prospettiva, il progetto sostiene in modo permanente il percorso di trasformazione digitale in ambito e-Health, favorendo efficienza amministrativa, sostenibilità organizzativa e tutela del patrimonio informativo sanitario regionale.
--	--

11	PUNTI DI FORZA	
	Indicare i punti di <i>forza</i>	Indicare le strategie/azioni per l'implementazione
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sistema tecnologico già operativo e consolidato; 2. Conformità normativa e valore legale del processo; 3. Elevati standard di sicurezza e protezione del dato sanitario; 4. Continuità amministrativa e coerenza temporale del sistema; 5. Impatto organizzativo positivo e sostenibilità nel tempo. 	<p>Riutilizzo integrale dell'architettura tecnologica già operativa, senza necessità di modifiche strutturali, estendendo le configurazioni e i processi applicativi esistenti. Adozione e costante applicazione delle policy di sicurezza già definite, garantendo protezione dei dati sanitari, controllo degli accessi, integrità delle informazioni e conformità alle disposizioni normative vigenti.</p> <p>Allineamento amministrativo, documentale e contabile, con integrazione completa dei dati nel repository unico regionale, al fine di assicurare uniformità gestionale, continuità operativa e coerenza temporale dell'intero sistema di conservazione digitale.</p>

	PUNTI DI DEBOLEZZA	
	Indicare i punti di <i>debolezza</i>	Indicare le strategie/azioni per la riduzione
12	<ol style="list-style-type: none"> 1. Complessità amministrativa legata a criticità documentali (2020–2022); 2. Possibili disomogeneità nei processi pregressi di digitalizzazione; 3. Necessità di coordinamento tra più soggetti istituzionali (DG Salute, ASReM, Molise Dati S.p.A.). 	<p>Attuazione di una verifica sistematica e strutturata della documentazione prodotta, finalizzata a garantirne completezza, coerenza e conformità rispetto alle procedure di conservazione a norma.</p> <p>Revisione organica dei flussi documentali già attivati, con attività di validazione, eventuale normalizzazione dei contenuti e integrazione dei metadati mancanti, accompagnata da controlli di qualità sui lotti documentali trattati, al fine di assicurare uniformità e integrità del patrimonio informativo.</p> <p>Definizione puntuale di ruoli, responsabilità e livelli decisionali tra i soggetti coinvolti, con utilizzo di strumenti condivisi di monitoraggio.</p>

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			
Fase	Azioni	Breve descrizione dei contenuti	Indicatori di verifica
13	Presa in carico documenti	Raccolta delle cartelle cliniche presso le strutture sanitarie	Percentuale di cartelle prese in carico rispetto al totale previsto (> 95%)
	Riordino e normalizzazione documentale	Verifica della completezza delle cartelle, rimozione di elementi non idonei alla scansione, organizzazione dei documenti secondo criteri uniformi e preparazione dei lotti per la fase di digitalizzazione.	Percentuale di cartelle correttamente normalizzate al primo controllo (> 95%).
	Scansione e conversione in formato digitale	Digitalizzazione dei documenti con standard qualitativi definiti (PDF/A)	Percentuale di documenti convertiti correttamente in formato PDF/A (100%)
	Indicizzazione, metadattazione e validazione	Importazione di tutti i dati significativi della cartella clinica (cognome e nome, numero cartella, codice paziente, unità di archiviazione, eventuale presidio ospedaliero, reparto di dimissione del paziente, ecc.). Tutti gli indici e i metadati generati saranno inseriti nel sistema per consentire l'accesso alle consultazioni.	Percentuale di cartelle con metadati completi e validati senza errori (target ≥ 98%).
	Archiviazione, consultazione e gestione operativa	Tutti i documenti oggetto di trattamento saranno sottoposti a firma digitale e marcatura temporale, quindi archiviati sull'infrastruttura cloud regionale collocata presso il Polo Strategico Nazionale e gestita da Molise Dati. La conservazione avverrà nel rispetto della normativa vigente, presso un provider di conservazione sostitutiva qualificato Agid, garantendo autenticità, integrità, leggibilità e reperibilità nel tempo. Le cartelle cliniche saranno rese disponibili attraverso una piattaforma web sicura, accessibile esclusivamente agli utenti autorizzati, con integrazione ai sistemi regionali. È inoltre previsto un servizio di Help Desk dedicato, a supporto tecnico e operativo degli utilizzatori del sistema.	Percentuale di documenti correttamente firmati, marcati temporalmente e resi disponibili sulla piattaforma web (target: 100%).

TRASFERIBILITA'					
<i>Indicare: a quale altra realtà il progetto o parte di esso può essere trasferito</i>					
14	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Tipo di realtà nella quale può essere implementato il progetto</td> <td style="width: 50%;">Progetto o parte del progetto che può essere trasferita</td> </tr> <tr> <td>Il progetto può essere implementato presso Aziende Sanitarie Regionali, Aziende Ospedaliere, strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, nonché presso altre Pubbliche Amministrazioni che gestiscono</td> <td>Può essere trasferito l'intero modello organizzativo e tecnologico di digitalizzazione e conservazione sostitutiva delle cartelle cliniche, comprensivo di workflow di presa in carico, normalizzazione, scansione, indicizzazione, firma digitale, marca temporale e conservazione secondo la normativa vigente presso un provider</td> </tr> </table>	Tipo di realtà nella quale può essere implementato il progetto	Progetto o parte del progetto che può essere trasferita	Il progetto può essere implementato presso Aziende Sanitarie Regionali, Aziende Ospedaliere, strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, nonché presso altre Pubbliche Amministrazioni che gestiscono	Può essere trasferito l'intero modello organizzativo e tecnologico di digitalizzazione e conservazione sostitutiva delle cartelle cliniche, comprensivo di workflow di presa in carico, normalizzazione, scansione, indicizzazione, firma digitale, marca temporale e conservazione secondo la normativa vigente presso un provider
Tipo di realtà nella quale può essere implementato il progetto	Progetto o parte del progetto che può essere trasferita				
Il progetto può essere implementato presso Aziende Sanitarie Regionali, Aziende Ospedaliere, strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, nonché presso altre Pubbliche Amministrazioni che gestiscono	Può essere trasferito l'intero modello organizzativo e tecnologico di digitalizzazione e conservazione sostitutiva delle cartelle cliniche, comprensivo di workflow di presa in carico, normalizzazione, scansione, indicizzazione, firma digitale, marca temporale e conservazione secondo la normativa vigente presso un provider				

rilevanti volumi documentali soggetti a obbligo di conservazione digitale a norma.
Il modello è particolarmente idoneo per realtà dotate di infrastruttura cloud e di sistemi informativi sanitari integrati, che necessitano di garantire digitalizzazione, conservazione sostitutiva e gestione sicura del patrimonio documentale nel rispetto della normativa vigente.

qualificato Agid.
In particolare, risultano facilmente replicabili l'architettura web-based su infrastruttura cloud, il modello di sicurezza e protezione dei dati sanitari, nonché il servizio di consultazione web e supporto Help Desk.

SCHEMA PROGETTO

1	LINEA PROGETTUALE	6- Realizzazione del Numero Europeo Armonizzato per le cure non urgenti 116117
	TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO	Attivazione della centrale operativa di continuità dell'assistenza primaria della Regione Molise a supporto del NUE 116117
	AREA DI INTERVENTO	Realizzazione di un terminale medicalizzato per il trasferimento diretto delle chiamate per le richieste di assistenza medica non urgente da parte del NUE 116117 integrato con la rete delle Case di Comunità, delle COT e delle AFT dei Medici di Medicina Generale

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

3	RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO – MODALITÀ DI REP. ERIMENTO RISORSE		
	Finanziamento	Riferimento (Delibera, atto ecc.)	Importo
	<i>Risorse vincolate degli obiettivi del PSN</i>	Accordo Stato/Regioni n. 270/CSR del 29 dicembre 2025 - Intesa n. 269/CSR del 29 dicembre 2025 - Decreto del Commissario ad Acta n__del_	474.363

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

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

6	<p>ANALISI DEL CONTESTO/SCENARIO DI RIFERIMENTO <i>se pertinente riportare dati epidemiologici, di attività, ecc.</i></p>	<p>La regione Molise, al 1° gennaio 2025, conta 287.966 abitanti residenti (ISTAT), di cui 260.293 di età maggiore di 14 anni, 78.139 di età maggiore di 65 anni e 39.867 di età maggiore di 75 anni. Tale popolazione si distribuisce per il 40% circa, 110.000 abitanti, in soli 4 centri: Campobasso (50.000 ab. Ca.), Termoli (30.000 ca.), Isernia, (20.000 ca.) e Venafro (11.000 ca.), mentre il 60% rimanente si distribuisce in 132 piccoli comuni, la quasi totalità dei quali con meno di 1.500 abitanti residenti, distribuiti in un'area vasta ed impervia, in un contesto generale di difficoltà di accesso ai servizi.</p> <p>Le caratteristiche demografiche descritte si traducono, dal punto di vista sanitario, in una prevalenza crescente di malattie croniche, in particolare di diabete mellito, malattie cardiovascolari e malattie respiratorie. Queste rappresentano una delle principali cause di mortalità e disabilità nella regione, assieme alle patologie neurologiche, oncologiche ed al declino cognitivo. La regione presenta altresì criticità inerenti la condizione di isolamento sociale, diffusa soprattutto nei comuni di montagna e nelle aree rurali più distanti dai centri maggiori, ove vi è anche il maggior numero di famiglie unipersonali.</p> <p>La regione intende riorganizzare i propri servizi di Cure Primarie valorizzando i nuovi modelli organizzativi e le strutture del DM n.77/2022, con particolare riferimento alle Case di Comunità e le Centrali Operative Territoriali, attraverso nuovi modelli di coordinazione dei Medici di Medicina Generale organizzati nelle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e nelle Unità Complesse di Cure Primarie (U.C.C.P.).</p> <p>Il DM n.77/2022 prevede, riguardo il 116117 (Cfr. Art.9) che:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Le regioni attivano un servizio telefonico gratuito alla popolazione disponibile 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 in grado di <i>“facilitare l’accesso della popolazione alle cure mediche non urgenti e ad altri servizi sanitari territoriali a bassa intensità/priorità di cura, raccordandosi anche con il servizio di continuità assistenziale e di emergenza urgenza, con le Centrali Operative Territoriali e con altri servizi previsti da ciascuna Regione”</i>; 2) Tale servizio, identificato nella Centrale Operativa 116117 (CO 116117), raccoglie le chiamate di uno o più distretti telefonici in funzione delle dimensioni dei distretti stessi e delle modalità organizzative delle Regioni, e non prevede un servizio sanitario o medico erogato direttamente: l’operatore, laico, è formato per
---	---	--

utilizzare un algoritmo decisionale informatico-digitale, il quale ha la funzione di smistare in modo appropriato i flussi di chiamate in entrata;

- 3) La CO 116117, ricevuta la chiamata, in caso di bisogno di tipo medico, ha 2 possibilità:
- Trasmettere la richiesta alla Centrale Operativa 118 (CO 118) o al 112 le richieste realmente meritevoli di interventi urgenti e/o di emergenze mediche;
 - Trasmettere la richiesta per interventi assistenziali o cure mediche non urgenti ad un servizio individuato da ciascuna regione (“Terminale Territoriale”).

La regione Molise attiva, a supporto della CO 116117, un Terminale Territoriale medico a cui l'operatore laico del 116117 potrà deviare la chiamata.

Il Terminale è individuato nella Centrale Operativa di Continuità dell'Assistenza Primaria (COCAP), servizio garantito dai Medici di Medicina Generale del Ruolo Unico di Assistenza Primaria a ciclo orario, i quali saranno in grado di fornire le seguenti prestazioni:

- 1) Consulenza medica telefonica;
- 2) Televisita;
- 3) Teleconsulto/teleconsulenza sanitaria;
- 4) Attivazione della visita medica domiciliare;
- 5) Attivazione della prestazione infermieristica domiciliare;
- 6) Indirizzo dell'utente, sulla base del sospetto clinico, al servizio maggiormente appropriato ovvero alla Casa di Comunità o al Pronto Soccorso.

La COCAP sarà gradualmente implementata e potenziata fino a diventare un riferimento sempre più centrale per l'utenza, ed integrata in tutti i servizi dell'Assistenza Territoriale allo scopo di garantire una pronta risposta h24 7/7.

La COCAP è interconnessa con le Centrali Operative Territoriali (COT) della regione Molise, con le Case di Comunità e con tutti gli altri servizi del Servizio Sanitario Regionale (SSR) mediante la piattaforma unica regionale dei flussi informativi sanitari.

Una volta consolidate le funzioni essenziali, la COCAP potrà fungere da piattaforma per sviluppare modelli di integrazione con:

- Il CUP;
- I servizi delle Farmacie Territoriali;
- I servizi ospedalieri;
- Gli erogatori privati accreditati di prestazioni mediche specialistiche.

CRONOPROGRAMMA IN FORMATO GRAFICO

		Data inizio prevista	Data termine prevista	Possibile ulteriore proseguimento
7	DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO	01/06/2026	-	Servizio attivo in forma definitiva

8	OBIETTIVO GENERALE	<p>Potenziare i servizi di Assistenza Territoriale regionali mediante un riferimento attivo senza soluzione di continuità in grado di integrare e coordinare le attività già presenti sul territorio nell'ambito di un unico sistema che valorizzi le Case di Comunità, le COT e le altre strutture e modelli organizzativi del DM77/2022.</p> <p>Favorire la diffusione della telemedicina, ampliando l'offerta di prestazioni assistenziali e di facilitando la transizione verso forme innovative di gestione domiciliare dei pazienti fragili che possono beneficiare di interventi (terapia o diagnostica) per problemi acuti ma non urgenti.</p> <p>Predisporre una piattaforma integrata per i servizi di Cure Primarie in grado di coinvolgere in un circuito unico anche i soggetti erogatori di servizi e prestazioni sanitarie di assistenza, diagnosi e cura convenzionati o accreditati con il servizio sanitario regionale.</p> <p>Introdurre, successivamente, un terminale di riferimento anche per i bisogni di tipo sociale.</p>
---	---------------------------	--

9	OBIETTIVI SPECIFICI	<ul style="list-style-type: none"> • Implementazione di un servizio continuativo di consulenza medico-generalistica h24 7/7; • Implementazione di un servizio continuativo di consulenza medico-generalistica h24 7/7; • Integrazione con le Case di Comunità per i servizi dei Medici di Medicina Generale, degli Specialisti Ambulatoriali ed infermieristici: <ul style="list-style-type: none"> – Attività di teleconsulto/teleconsulenza sanitaria, con l'invio a domicilio o il supporto agli Infermieri di Comunità nell'ambito della domiciliarità, in interconnessione con la COT Distrettuale; – Attivazione della visita medica domiciliare programmata da eseguire entro la fine del turno mediante il servizio dell'Ambulatorio di AFT o della Continuità Assistenziale, per i casi di pazienti non trasferibili; – Attivazione della prestazione infermieristica domiciliare (sostituzione/riposizionamento CV, proseguimento terapia parenterale, medicazioni, follow-up dopo teleconsulto o visita medica), in raccordo con/la COT; • Integrazione con le Centrali Operative Territoriali: <ul style="list-style-type: none"> – Condivisione ed interconnessione continua mediante unico sistema dei flussi informativi; – Coordinamento e gestione delle transizioni tra i diversi setting assistenziali;
---	----------------------------	---

	<ul style="list-style-type: none"> - Raccolta, gestione e monitoraggio dei dati di salute, anche attraverso strumenti di telemedicina Telemonitoraggio; - Alimentazione dei flussi informativi. • Standardizzare e semplificare i processi di presa in carico; • Sperimentare percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) anche con il coinvolgimento delle Farmacie Territoriali e degli erogatori di prestazioni specialistiche accreditati presso il SSR.
--	--

RISULTATI ATTESI	
10	<p>A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati dal progetto</p> <p>Continuità dell'Assistenza: garantire alla popolazione un riferimento sicuro per tutta la popolazione in caso di fascia oraria in cui non è garantita la rintracciabilità del Medico di Medicina Generale a rapporto di fiducia; Infrastrutturare un modello organizzativo integrato sovra distrettuale in grado di relazionare i vari modelli organizzativi del DM77/2022 con gli erogatori di prestazioni sanitarie; Consolidamento della Telemedicina come strumento di erogazione di prestazioni sanitarie ed assistenziali; Attuazione del Ruolo Unico di Assistenza Primaria mediante le attività orarie inquadrate nelle UCCP; Ottimizzazione delle politiche sanitarie territoriali: migliore analisi della domanda in grado di ottimizzare l'offerta sui singoli territori; Creazione ed alimentazione di un database unico regionale per i dati sanitari ed i flussi informativi in grado di alimentare con continuità il FSE; Data mining con piattaforma utile per la ricerca clinica e per l'addestramento di modelli di Intelligenza Artificiale; Coinvolgimento sempre più attivo delle Farmacie Territoriali nel SSR; Sperimentazione di modelli di integrazioni degli erogatori privati accreditati per PDT e percorsi "Fast-Track"</p>
	<p>A lungo periodo, a cui tendere, non direttamente raggiungibili al termine del progetto</p> <p>Appropriatezza ed efficienza:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Riduzione accessi impropri al PS su acuzie minori; - Riduzione dei ricoveri inappropriati; - Riduzione delle liste d'attesa; - Potenziamento delle Cure Domiciliari; - Micromanagement dei sistemi decentrati del Distretto. <p>Qualità:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Migliore presa in carico per standardizzazione dei processi di Cure Primarie; - Minori riacutizzazioni di patologie croniche per ottimizzazione della gestione. - Miglioramento delle performance sulle Cure Domiciliari (ADI, ADP); - Diffusione della cultura della qualità del dato sanitario; <p>Sviluppo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Implementazione di policy sanitarie basate su dati oggettivi ed evidenze; - Diffusione delle pratiche di telemedicina; - Sviluppo ed addestramento di modelli di Intelligenza

	Artificiale in sanità.
--	------------------------

11	PUNTI DI FORZA	
	Indicare i punti di <i>forza</i>	Indicare le strategie/azioni per l'implementazione
	Centralizzazione e controllo dei processi;	<ul style="list-style-type: none"> - Attivazione della CO COCAP presso unico Hub regionale insieme alla CO 116117 e CO 112; - Implementazione di un'unica piattaforma software per i i dati sanitari ed i flussi informativi al livello regionale.
	Maggiore integrazione dei Medici di Medicina Generale nei servizi e nelle attività del SSR;	<ul style="list-style-type: none"> - Utilizzo della quota oraria del Ruolo Unico per le attività specifiche della CO COCAP; - Inserimento della CO COCAP a pieno regime nell'ambito delle attività delle AFT e delle CdC; - Avviare percorsi di formazione specifica; - Implementazione di un'unica piattaforma software per i i dati sanitari ed i flussi informativi al livello regionale.
	Diffusione della Telemedicina come strumento di erogazione di prestazioni sanitarie	<ul style="list-style-type: none"> - Diffusione di postazioni di telemedicina in tutti i comuni della regione, anche con il coinvolgimento delle Farmacie Territoriali; - Definizione di protocolli operativi e PDT Digitali; - Campagne di formazione all'utenza anche con il coinvolgimento degli ETS e delle associazioni presenti sul territorio;
+	Ottimizzazione ed efficientamento dei servizi di Cure Primarie	<ul style="list-style-type: none"> - Definizione di una metodica standardizzata di catalogazione ed archiviazione dei dati sull'accesso al servizio; - Allineamento dell'offerta ai flussi di domanda.

12	PUNTI DI DEBOLEZZA	
	Indicare i punti di <i>debolezza</i>	Indicare le strategie/azioni per la riduzione
	Resistenza culturale al cambiamento del modello	<p>Campagne informative su tutti i canali di comunicazione e con il coinvolgimento delle associazioni dei pazienti, dei cittadini e degli ETS;</p> <p>Sviluppo di una APP per smartphone facilmente utilizzabile.</p>
	Difficoltà nel reperire medici da incaricare nel servizio	<p>Riorganizzazione del Modello Organizzativo Regionale delle attività a ciclo orario della Medicina Generale e della Continuità Assistenziale;</p> <p>Inquadramento del servizio nell'ambito delle attività a ciclo orario della CdC Hub di Isernia con i relativi incentivi economici.</p>
	Difficoltà di integrazione multiprofessionale	<p>Stipula di protocolli ed accordi specifici a livello regionale ed aziendale.</p>

DIAGRAMMA DI GANT												
Descrizioni delle azioni relative a ogni fase	Mesi 12											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Completamento dotazione Hardware e Software dell'Hub Logistico												
Formazione degli operatori												
Definizione delle procedure di arruolamento dei medici												
Definizione dei protocolli di utilizzo per la Telemedicina												
Attivazione della piattaforma unica regionale dei flussi informativi												
Avvio delle attività h16 dalle 08:00 alle 24:00												
Avvio delle campagne informative alla popolazione sull'utilizzo del servizio												
Integrazione delle Case di Comunità												
Integrazione delle COT												
Integrazione delle Farmacie Territoriali												
Integrazione dei Privati Accreditati												

DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO				
Fase	Azioni	Breve descrizione dei contenuti	Indicatori di verifica	
13	Completamento dotazione Hardware e Software dell'Hub Logistico	Fornitura dell'Hub Regionale unico 112 – CO 116117 – CO COCAP di tutte le dotazioni Hardware e Software	Dotazione completa di arredamenti, servizi, Hardware fissi e mobili, Software della sede delle Attività	Checklist di verifica delle forniture
	Formazione degli operatori	Organizzazione di un corso di formazione abilitante al servizio	Elaborazione del programma Reclutamento dei docenti Produzione dei contenuti	n. di cicli di formazione erogati/anno; n. di medici formati;
	Definizione delle procedure di arruolamento dei medici	Stipula di specifico accordo con i sindacati dei Medici di Medicina Generale	Definizione dei requisiti per l'incarico e dei criteri di precedenza nell'arruolamento nel rispetto dell'ACN e dell'AIR di settore	Pubblicazione DCA di approvazione del modello organizzativo del servizio e dell'Accordo con i MMG
	Definizione dei protocolli di utilizzo per la Telemedicina	Sviluppo ed approvazione di percorsi e protocolli operativi standard per erogare direttamente o in coordinamento con altri soggetti prestazioni di telemedicina	Protocolli specifici per erogazione di Televisita, Teleconsulto, Telecooperazione, Telecertificazione	Deliberazione di approvazione del Direttore Generale ASReM inerente i protocolli per servizio e per patologia;

Attivazione della piattaforma unica regionale dei flussi informativi	Completamento della fase di testing ed avvio del cruscotto unico informatico regionale per i flussi informativi	Utilizzo della piattaforma unica digitale interconnessa con i software gestionali dei medici e con la piattaforma informatica delle COT	Chiamate/mese; Televisite/mese; Teleconsulti/mese; Teleconsulenze/mese; Attivazioni CdC/mese; Attivazioni COT/mese;
Avvio delle attività h16 dalle 08:00 alle 24:00	Attivazione del servizio mediante un organico pari almeno a 2 medici per turno dalle 08:00 alle 18:00 e 3 medici dalle 18:00 alle 24:00	Sulla base dei dati disponibili riguardo gli accessi al SSR per fascia oraria e delle attività già operative sul territorio, l'organico del servizio sarà modulato per fasce orarie	Pubblicazione DCA di approvazione del modello organizzativo del servizio e dell'Accordo con i MMG
Avvio delle campagne informative alla popolazione sull'utilizzo del servizio	Pianificazione di campagne di promozione multicanale e multiplatforma del servizio	Campagna Stampa; Campagna Televisiva; Campagna web; Campagna Social; Sportelli informativi nei presidi ospedalieri e territoriali ASReM; Coinvolgimento delle associazioni dei pazienti; Coinvolgimento degli ETS;	Checklist di avvio campagne Stampa, Televisiva, Web, Social (almeno 4 piattaforme); N. Sportelli informativi attivati.
Integrazione delle Case di Comunità	Sviluppo ed applicazione di un protocollo di attivazione dei servizi dei MMG attivi nelle Case di Comunità per le richieste nell'ambito territoriale di competenza.	Protocollo per la richiesta di visita domiciliare da parte dell'ambulatorio diurno di MG della CdC; Protocollo per la gestione in Televisita; Protocollo per la gestione in Teleconsulto/Teleconsulenza; Protocollo per richiesta di accesso infermieristico domiciliare; Protocollo operativo per l'indirizzo appropriato del paziente.	N. Teleconsulti; N. Teleconsulenze; N. Attivazioni ambulatorio diurno MMG per visita domiciliare; N. Accessi ad ambulatorio MMG su indicazione CO COCAP; N. Accessi ad ambulatorio infermieristico; N. Attivazioni ambulatorio infermieristico per visita domiciliare.
Integrazione delle COT	Sviluppo ed applicazione di un protocollo di attivazione dei servizi della COT;	Protocollo per il coordinamento e la gestione delle transizioni tra i diversi setting assistenziali; Protocollo per il Telemonitoraggio; Protocollo per le dimissioni protette e per le Cure Domiciliari;	N. Telemonitoraggi/mese; N. chiamate/mese; N. attivazioni per Cure ADI/Mese; N. attivazioni per Cure ADP/Mese; N. alimentazioni FSE/mese;

Integrazione delle Farmacie Territoriali	Integrazione Software ed Hardware con le Farmacie Territoriali	Dotazione delle Farmacie Territoriali di postazioni di Telemedicina; Connessione delle Farmacie Territoriali al sistema regionale flussi informativi; Definizione delle prestazioni erogabili in farmacia e dei criteri di accesso;	N. postazioni di Telemedicina attivate; N. di prestazioni di Telemedicina/mese; Pubblicazione di DCA contenente protocollo operativo;
Integrazione dei Privati Accreditati	Integrazione digitale e funzionale dei privati accreditati nella rete per prestazioni specialistiche	Definizione di percorsi per prestazioni riferite alle patologie ad alta prevalenza in regione; Definizione di procedure Fast Track per casi selezionati;	Pubblicazione di DCA contenente accordo quadro con almeno 1 erogatore; Pubblicazione Deliberazione Generale ASReM per percorsi di almeno 3 patologie;

14	TRASFERIBILITA' <i>Indicare: a quale altra realtà il progetto o parte di esso può essere trasferito</i>	
	Tipo di realtà nella quale può essere implementato il progetto	Progetto o parte del progetto che può essere trasferita
	Case di Comunità	
	Centrali Operative Territoriali	