

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

SCHEDA PROGETTO

1	LINEA PROGETTUALE	1. Percorso diagnostico terapeutico condiviso e personalizzato per pazienti con multicronicità – anche in relazione all'emergenza Covid 19
	TITOLO DEL PROGETTO E DEGLI INTERVENTI PER ESTESO	Intervento 1: Cure primarie e PDTA personalizzati per pazienti con multicronicità anche in relazione all'emergenza Covid 19 Intervento 2: Progettazione e realizzazione di una piattaforma per il monitoraggio e la riduzione delle reazioni avverse ai farmaci nei pazienti cronici in politerapia nella Regione Molise Intervento 3: Messa a punto di una metodologia innovativa per la diagnosi di patologie neurodegenerative nell'uomo Intervento 4: Presa in carico globale e integrata delle persone con disturbi dello spettro autistico in età evolutiva
	AREA DI INTERVENTO	Miglioramento dell'efficienza e dell'accessibilità delle cure.

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

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

INTERVENTO 1: CURE PRIMARIE E PDTA PERSONALIZZATI PER PAZIENTI CON MULTICRONICITÀ ANCHE IN RELAZIONE ALL'EMERGENZA COVID 19

3	RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO MODALITA' DI REPERIMENTO RISORSE		
	Finanziamento	Riferimento (Delibera, atto ecc.)	Importo
	Risorse vincolate degli obiettivi del PSN	Accordo Stato/Regioni n. 150/CSR del 4 agosto 2021 - Intesa n. 153/CSR del 4 agosto 2021 - Decreto del Commissario ad Acta n. _____ del _____	€ 500.000,00

4	ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
	Tipologia di costi	Importo in euro	Note
	Costi per la formazione		
	Costi gestione progetto	€ 500.000,00	

5	RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
	RISORSE NECESSARIE	N. RISORSE	NOTE
	Disponibili	€ 500.000,00	
	Da acquisire		

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

6 ANALISI DEL CONTESTO/ SCENARIO DI RIFERIMENTO Se pertinente, riportare dati epidemiologici, di attività, ecc.	L'attuale prospettiva di programmazione strategica del Sistema Sanitario Nazionale è rivolta allo sviluppo e messa in campo di azioni in grado di migliorare l'erogazione delle prestazioni per i cittadini, ottimizzare l'organizzazione sanitaria, monitorare i LEA e funzionalmente la spesa sanitaria. Il buon funzionamento dei sistemi sanitari tradotto in termini di qualità, efficacia, equità e sostenibilità, dunque, sempre più spesso si rapporta alla capacità di determinare le priorità nella programmazione sanitaria e di identificare i giusti percorsi di cura, minimizzando fenomeni di inappropriately e di rischio clinico. In quest'ottica di funzionamento del SSN, una delle principali sfide per il nostro sistema sanitario è caratterizzata dalla gestione delle malattie croniche, in particolare la gestione dei pazienti affetti da multicronicità. Il mondo della cronicità è un'area in progressiva crescita che comporta un notevole impegno di risorse, richiedendo continuità d'assistenza per periodi di lunga durata e una forte integrazione dei servizi sanitari con quelli sociali. Tenendo in considerazione che gli obiettivi di cura dei pazienti con cronicità, non potendo essere rivolti alla guarigione, sono finalizzati al miglioramento del quadro clinico e dello stato funzionale, alla minimizzazione della sintomatologia, alla prevenzione della disabilità, alla riduzione del peso di tale condizione clinica sull'individuo, sulla sua famiglia e sul contesto sociale e, dunque, al miglioramento della qualità di vita, si comprende che la dimensione della cronicità mette a rischio il sistema di tutela statale del nostro Paese che non è adeguato al nuovo bisogno di salute della popolazione. La direzione verso cui si dovrebbe tendere passa, inevitabilmente, dal potenziamento dei servizi extra ospedalieri, ossia dai servizi territoriali e di assistenza sanitaria extra ospedaliera, legati alle risorse messe a disposizione. Le prime indicazioni in tal senso a livello nazionale giungono dal Quaderno del Ministero della Salute 2013 "Criteri di Appropriately clinica, tecnologica e strutturale nell'assistenza al paziente complesso", nel quale si sottolinea che: <i>"I bisogni di salute della popolazione e lo stato percepito di wellness stanno subendo un profondo e radicale cambiamento. Dal concetto di salute dei primi decenni del secolo scorso inteso come "assenza di malattia" si è passati alla definizione, inclusa nella Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), di "stato di completo benessere fisico, psichico e sociale". Da una visione della medicina che aveva al centro dell'agire la malattia si è giunti, quindi, a un approccio olistico incentrato sulla persona."</i> Nella stessa direzione il Piano nazionale della Cronicità (PNC), approvato con Accordo Stato – Regioni il 15 settembre 2016, è nato proprio dall'esigenza di armonizzare a livello nazionale, e conseguentemente a livello regionale e poi aziendale, le attività in questo campo, promuovendo interventi basati sull'unitarietà di approccio, centrati sulla persona ed orientati ad una migliore organizzazione dei servizi e una piena responsabilizzazione di tutti gli attori dell'assistenza, compatibilmente con la disponibilità delle risorse economiche, umane e strutturali. Si delinea così, inevitabilmente, un modello incentrato sulle cure territoriali e domiciliari integrate che delega all'assistenza ospedaliera la gestione dei casi acuti/complessi non gestibili dagli operatori sanitari delle cure primarie. In questo modello organizzativo lo strumento per garantire appropriatezza ed efficacia dell'assistenza è costituito dai Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali
--	---

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

(PDTA), ossia uno strumento di gestione clinica basato sulle migliori evidenze scientifiche e caratterizzato dall'organizzazione del processo di assistenza per gruppi specifici di pazienti, attraverso il coordinamento e l'attuazione di attività consequenziali standardizzate da parte di un team multidisciplinare.

Lo scopo di questi percorsi clinici è, pertanto, quello di definire sul territorio provinciale un percorso omogeneo strutturato e multidisciplinare per la gestione della patologia/condizione trattata, ottimizzare la rete dei servizi cercando, ove possibile, di venire incontro alle esigenze dei pazienti, assicurare durante tutte le fasi la continuità assistenziale e promuovere la comunicazione e il confronto tra i professionisti coinvolti (centralità della persona, orientamento a una migliore organizzazione dei servizi sanitari, piena responsabilizzazione di tutti gli attori dell'assistenza sanitaria), tenendo conto in analisi delle risorse disponibili e garantendo i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Assicurando, dunque, l'appropriatezza dell'erogazione del servizio sanitario richiesto, in un'ottica di efficacia e accessibilità delle cure.

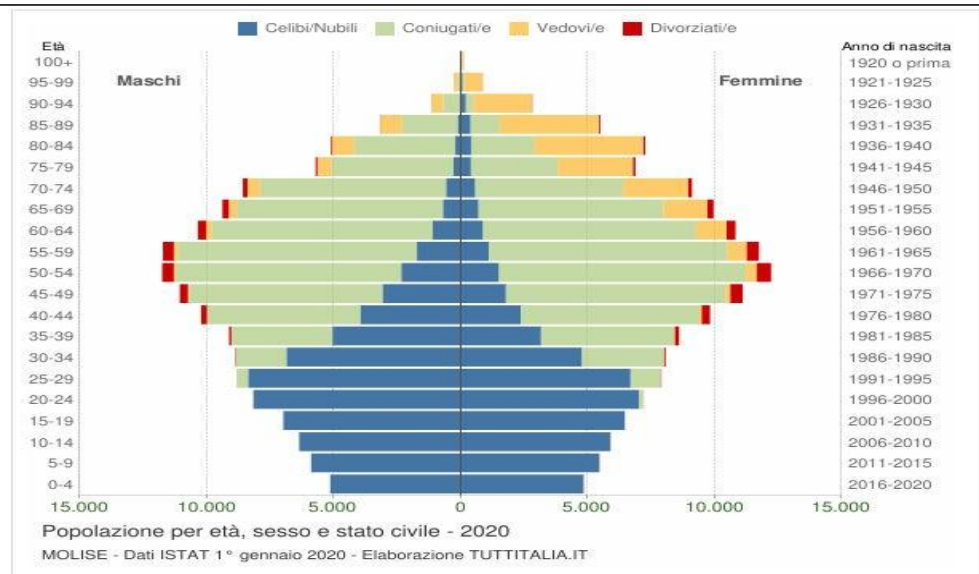
L'obiettivo generale di questa attività progettuale è quello di contribuire alla promozione di quanto delineato a livello nazionale attraverso azioni specifiche mirate a favorire il dialogo tra i vari attori sanitari regionali in un'ottica di orientamento non sull'analisi della singola malattia, ma una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

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

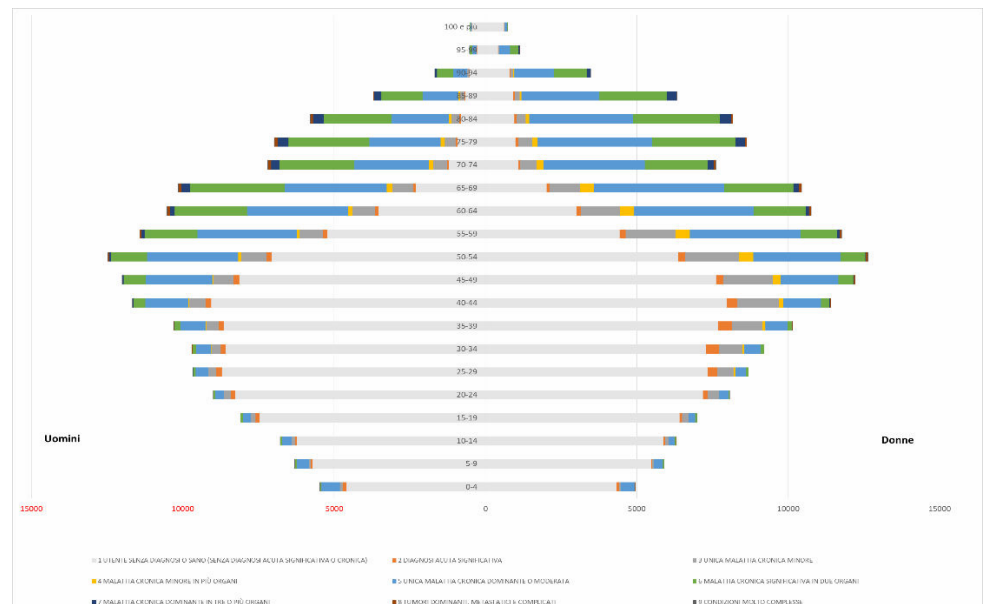
In Molise, la quota di cittadini ultra 65enni rappresenta, infatti, il 24,23% della popolazione (308.493 nel 2018), quella degli ultra 75enni il 12,87% e quella degli ultra 85enni il 4,32%.

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

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



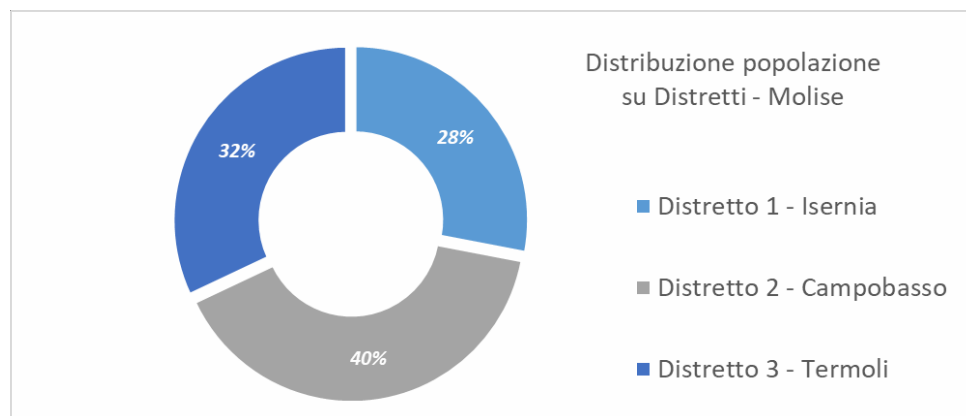
Di seguito si riporta la piramide dell'età della popolazione molisana realizzata secondo il modello predittivo, classificato in base al rischio clinico della popolazione. Anche graficamente, si evince quanto, inesorabilmente, le persone con maggior richiesta di prestazioni sanitarie siano quelle over 65. L'incrocio con le patologie, inoltre, evidenzia quanto siano particolarmente prevalenti le patologie croniche e multicroniche.



Negli stessi perimetri regionali, la distribuzione delle patologie è diversa in base al Distretto dove queste si manifestano. Ciò deve spingere la programmazione regionale verso la costruzione di forme organizzative specifiche, tali cioè da modulare la presenza di specialisti, di strutture e di politiche assistenziali lì dove i dati

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

dimostrano che ve n'è più necessità, principalmente per le patologie croniche e multicroniche.



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

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

L'indice di vecchiaia è quello che mostra – più degli altri – un futuro allarmante, in quanto si registra un distacco notevole sin dal 2017 (207%) al 2030; secondo le previsioni l'indice sarà pari al 276% e continuerà ad aumentare esponenzialmente fino al 351% nel 2040 e al 403% nel 2050. Questo significa che per ogni bambino con meno di 14 anni ci saranno 4 anziani con più di 65 anni. I tassi di natalità (in diminuzione) e di mortalità (in crescita) continueranno i loro trend, ampliando il divario e il saldo naturale (derivante dalla differenza tra il numero di nati e di morti) risulterà sempre più negativo, dal 2030 diminuirà di 2.019 persone, rispetto alle 1.785 del 2017.

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

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

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

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

Legenda:

EM = Età Media

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

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

IDS = Indice di dipendenza strutturale in percentuale

IDA = Indice di dipendenza degli anziani in percentuale

IV = Indice di vecchiaia in percentuale

TF = Tasso di Fecondità

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

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

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

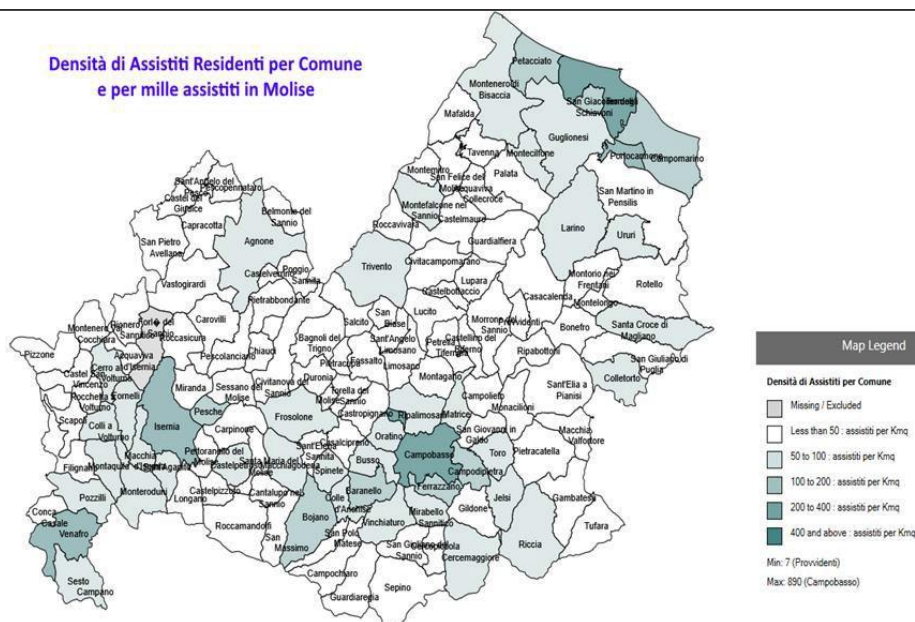
SVN-F65 = Speranza di vita a 65 anni (femmine) in percentuale

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

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

Il Molise, ma anche l'Italia in generale, dovrà essere pronta ad affrontare le varie conseguenze derivanti dall'invecchiamento biologico e demografico, tra cui l'aumento dei costi relativi principalmente all'ambito sanitario.

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



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

Il Programma Operativo 2019–2021 e il Documento Unico di riorganizzazione della rete territoriale della Regione Molise hanno provveduto alla costruzione di un nuovo modello di promozione e tutela della salute che si basa sulla piena integrazione dei nodi della rete sociosanitaria territoriale costituiti dalle Case della Salute e dalle forme associative della medicina generale e dai pediatri di libera scelta (PLS), dai poliambulatori e dai distretti sociosanitari e dagli ospedali presenti.

Una gestione appropriata delle prestazioni assistenziali, in grado di coordinare e integrare le figure delle professionalità convenzionate con il SSN, agevola il coordinamento e monitoraggio delle azioni contenute nel Piano Nazionale delle Cronicità come disposto nei dettami del DCA n.01/2019. La Regione Molise vuole mettere in atto misure volte a potenziare il sistema di cure per i pazienti cronici, con particolare riguardo alle cure domiciliari per persone non autosufficienti e all'attivazione di forme organizzative innovative ad es. Case della Salute. La Regione, inoltre, ha definito specifici percorsi diagnostico terapeutico assistenziali (PDTA), integrati tra ospedale e territorio, per le principali patologie croniche degenerative e per le condizioni ad elevato impatto sociale. Nell'ambito di tali percorsi sono determinati i contributi dei diversi professionisti coinvolti (medico di medicina generale, medico specialista, infermiere), nello specifico ci si è concentrati su specifiche tipologie di assistiti. In particolare, la Regione Molise ha finalizzato l'elaborazione di PDTA per la gestione del paziente cronico con riferimento allo scompenso cardiaco, diabete, BPCO e gestione della terapia con anticoagulanti orali. Nelle forme di cronicità, specie le più avanzate, anche la medicina specialistico-tecnologica ha pochi strumenti, mentre una medicina basata sulla persona appare più adeguata ed esaustiva nei confronti dei bisogni che si creano in tale situazione e più appropriata nelle risposte.

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

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

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

In questo contesto, si continuerà l'opera di "messa a regime" delle cure domiciliari sia a livello regionale che aziendale, favorendo le cure in ADI, attraverso azioni tese ad applicare efficientemente le Linee guida per l'integrazione sociosanitaria, l'UVM e il PAI, come da previsioni di cui al DGR 447/2017 e coinvolgendo in maniera attiva anche la Medicina Generale.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Con circa ¼ della popolazione avente più di 65 anni di età, il Molise è tra le regioni più "anziane" d'Italia.

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

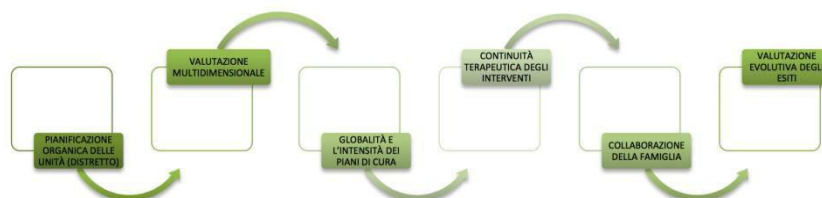
Per fare fronte alla trasformazione in atto della domanda assistenziale, da alcuni anni è in corso in Regione Molise un processo di riorganizzazione dei servizi di assistenza primaria attraverso il rafforzamento della presa in carico territoriale e domiciliare dei pazienti con patologie croniche, anche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

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

Questa linea progettuale si pone quindi l'obiettivo di armonizzare le modalità organizzative della rete d'assistenza regionale in ambito extra-ospedaliero, attraverso cui sia realizzabile la soddisfazione dei bisogni del paziente,

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

principalmente per i malati affetti da malattie croniche secondo quanto previsto dai PDTA regionali ed aziendali.



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

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

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

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

Il percorso assistenziale già organizzato negli anni precedenti, prevede per il 2021 un'ulteriore fase di implementazione, che sia in grado di sviluppare la presa in carico

- [illegible]

Atto P.000.studioPCMSA02022022del10-2-2022
Servisservizioproponedee:DSAA002356CUBANZIARI
Copie doppia della DDC con riferimento al punto di riferimento

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

CRONOPROGRAMMA IN FORMATO GRAFICO

7	DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO	Data inizio prevista	Data termine prevista	Possibile ulteriore proseguimento per anno successivo
		01/01/2021	31/12/2021	Si

8	OBIETTIVO GENERALE	Armonizzazione delle modalità organizzative della rete d'assistenza territoriale regionale, attraverso la 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, compatibilmente con la disponibilità delle risorse economiche, umane e strutturali.
---	---------------------------	--

9	OBIETTIVI SPECIFICI	➤ Ottimizzazione dell'assistenza riducendo il ricorso a esami diagnostici ripetitivi e inappropriati; ➤ Limitazione del carico del trattamento farmacologico; ➤ Ottimizzazione della gestione della multicronicità in relazione al rischio di infezione da Covid – 19;
---	----------------------------	--

RISULTATI ATTESI	
10	A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati dal progetto ➤ Attivazione di nodi sensibili della rete assistenziale, favorendo una visione globale del paziente cronico attraverso il coinvolgimento di tutti gli attori regionali, ed in particolar modo della Medicina Generale (Medici di medicina generale, Medici della continuità assistenziale e Medici in formazione), della Pediatria di Libera Scelta, in integrazione con la Specialistica ambulatoriale (convenzionata e dipendente), del Sistema della domiciliarità (Assistenza Domiciliare Integrata) e la residenzialità; ➤ Modernizzazione e miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali nella fase di costruzione di un Piano Assistenziale Individuale (PAI); ➤ Miglioramento dell'aderenza terapeutica farmacologica prescritta; ➤ Contrasto e limitazione al rischio di infezione da covid – 19 per i pazienti affetti da multicronicità.
	A lungo periodo, a cui tendere, non direttamente ➤ Aumento dello stato di salute degli anziani; ➤ Rallentamento nell'incremento del consumo di farmaci.

- Copia della nota di valutazione per il finanziamento
Servizi sanitari propri del n° 053AA00236G008ANZIARI SSR
Atto P.R.O.P.O.S.T.A DI C.M.S. N° 22/02/2019 del 22-07-2022/2022

	PUNTI DI FORZA	
	Indicare i punti di forza	Indicare le strategie/azioni per l'implementazione
11	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.

[illegible]

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

13

DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO			
Fase	Azioni	Breve descrizione dei contenuti	Indicatori di verifica
	Piena realizzazione dei PDTA regionali e aziendali per pazienti affetti da multicronicità.	Favorire il dialogo tra i vari attori sanitari regionali in un’ottica di orientamento non sulla singola malattia, ma una presa in carico globale che permetta di tenere in considerazione la presenza contemporanea di più patologie croniche per uno stesso paziente.	• Numero di pazienti con patologie croniche presi in carico tramite Strutture Territoriali ASReM;
	Implementazione ADI	Valutazione multidimensionale e multidisciplinare del bisogno della persona affetta da malattie croniche 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.	• Numero di pazienti con patologie croniche presi in carico tramite Sistema della domiciliarità (ADI); • numero di segnalazioni inoltrate tramite PUA; • numero di valutazioni effettuate da parte dell’UVM
	Potenziamento cure primarie	Potenziamento sistemi informatici di gestione delle cartelle cliniche quale supporto al MMG sia nella fase di identificazione dei pazienti con multicronicità, sia nella gestione della loro presa in carico in maniera adeguata e, dunque, che permetta di tener conto non solo di quanto suggerito dalle strategie fondamentali per la cura e il miglioramento della qualità di vita del	• Incremento o diminuzione della % del tasso di polifarmacoterapia (numero di pazienti che ricevono contemporaneamente la somministrazione di più farmaci) • Incremento o diminuzione della % del tasso di aderenza terapeutica (numero di pazienti che avvertono un

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

			paziente , ma anche di quanto prescritto dal setting specialistico, evitando impieghi potenzialmente inappropriati dei farmaci e una riduzione dell'aderenza terapeutica	miglioramento della qualità di vita)
		Contrasto Covid- 19	Mappatura territoriale degli individui affetti da più patologie e vulnerabili al rischio di contagio da Covid-19	• incremento o diminuzione della % del tasso di mortalità da Covid-19 per i pazienti affetti da patologie croniche
		Monitoraggio e valutazione	Stesura di report mensili sullo stato di attuazione del progetto al fine di ottenere una base di dati utili alla valutazione in riferimento allo svolgimento delle diverse fasi progettuale in vista del raggiungimento dei risultati attesi nei tempi previsti.	• report mensili
		Comunicazione e diffusione	Azione trasversale di diffusione dell'iniziativa progettuale, delle strategie e delle azioni individuate, finalizzate al raggiungimento dei risultati attesi e degli obiettivi specifici, attraverso campagne di sensibilizzazione e diffusione dei risultati sul territorio regionale e nazionale mediante il supporto delle piattaforme informatiche e siti web.	• statistiche del sito web

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

14	TRASFERIBILITA' Indicare a quale altra realtà il progetto o parte di esso può essere trasferito	
	Tipo di realtà nella quale può essere implementato	Progetto o parte del progetto che può essere trasferita
	Sistemi Sanitari Regionali	Il progetto propone un sistema di <i>clinical governance</i> dei percorsi diagnostico – terapeutico – assistenziali facilmente replicabile in altri territori e trasferibile ad altri contesti. 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, ottimizzazione della gestione della multicronicità in relazione al rischio di infezione da Covid – 19; Si pongono in essere, pertanto, attività che vedono nei PDTA la sommatoria di processi eterogenei sanitari e assistenziali di prevenzione, diagnosi, trattamento e follow up, di natura differente sotto il profilo professionale, organizzativo e logistico. L'efficientamento dei modelli organizzativi di tale processo permette di individuare e realizzare la migliore sequenza temporale e spaziale possibile, sulla base delle conoscenze tecnico-scientifiche e delle risorse professionali e tecnologiche a disposizione, delle attività da svolgere per risolvere i problemi di salute del paziente. 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.

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

INTERVENTO 2: PROGETTAZIONE E REALIZZAZIONE DI UNA PIATTAFORMA PER IL MONITORAGGIO E LA RIDUZIONE DELLE REAZIONI AVVERSE AI FARMACI NEI PAZIENTI CRONICI IN POLITERAPIA NELLA REGIONE MOLISE

2	REGIONE MOLISE RESPONSABILE DEL PROGETTO		
	Direzione Generale per la Salute Università del Molise UOC Governance del Farmaco ASReM Consorzio Interuniversitario per l'Ingegneria e la Medicina (COIIM)	Cognome Nome Responsabile	
		Ruolo e qualifica	
		Recapiti telefonici	
		e - mail	

3	RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO MODALITA' DI REPERIMENTO RISORSE		
	Finanziamento	Riferimento (Delibera, atto ecc.)	Importo
	Risorse vincolate degli obiettivi del PSN Eventuali risorse regionali	Accordo Stato/Regioni n. 91/CSR del 6 giugno 2019 - Intesa n. 89/CSR del 6 giugno 2019 - Decreto del Commissario ad Acta n. _____ del _____	€ 132.000,00

4	ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
	Tipologia di costi	Importo in euro	Note
	Costi per la formazione	10.000 €	Attività di formazione su software e per intelligenza artificiale
	Costi gestione progetto	95.000 €	Costi di coordinazione, analisi dati, personale per analisi dati,
	Costi	15.000 €	Costi acquisto materiali (hardware, software)
	Costi	12.000 €	Divulgazione, pubblicazioni

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

6	ANALISI DEL CONTESTO/ SCENARIO DI RIFERIMENTO Se pertinente, riportare dati epidemiologici, di attività, ecc.	L'invecchiamento della popolazione, che di per sé è un evento positivo che riflette l'aumento della aspettativa di vita, incrementa significativamente la prevalenza di pazienti con condizioni croniche, mettendo sotto pressione la sostenibilità dei diversi sistemi sanitari. La necessità di individuare modelli di cure croniche (CCM) per rispondere ai bisogni delle persone anziane con fragilità nel continuum assistenziale, ha generato diversi approcci che hanno ovviamente il centro di riferimento nel miglioramento degli esiti sanitari e di un accesso più efficiente ai servizi sanitari ed assistenziali. Secondo stime dell'OMS in Italia il gruppo delle malattie cardiovascolari incide maggiormente sulla mortalità generale (37%); seguito da tumori (29%), malattie dell'apparato respiratorio (5%), diabete (4%). Le altre malattie non trasmissibili incidono per il 17%. La distribuzione territoriale risulta disomogenea, con una maggiore concentrazione nel Meridione: chi dichiara di soffrire di una condizione clinica di cronicità vive a Nord nel 38,3% dei casi, al Centro nel 39,1%, e nel Sud e Isole rispettivamente nel 37,3% e 35,8% dei casi. La condizione clinica maggiormente diffusa è l'ipertensione arteriosa (17,1% e seguita da artrosi, artrite (16,2%), malattie allergiche (13,7%), cefalea/emicrania ricorrente (10,8%), osteoporosi (6,8%), diabete (5,6%), ansia o depressione (5,5%), asma (4,3%), bronchite cronica ed enfisema (3,9%). Nel periodo 2005-2013 si osserva in particolare una diminuzione dell'incidenza di bronchite cronica ed enfisema (-24%) e artrosi e artrite (-18%) mentre aumentano tumori maligni (60%), malattie della tiroide (+52%), Alzheimer e demenze senili (+50%). Nell'insorgenza di patologie croniche, accanto a fattori di rischio modificabili, poiché correlati allo stile di vita (dieta, attività fisica, consumo di alcol, tabacco), coesistono determinanti immutabili, in particolare ereditarietà ed età. In Italia la maggior incidenza è collocata di fatto nella fascia di età dei 75 anni e oltre (86,4%), seguita da quella compresa tra 65 e 74 anni (75, 6%). La presenza di multi cronicità è notevole in entrambe le classi di età, interessando il 68% della popolazione dai 75 anni in su, e sfiorando quasi la metà della popolazione (47.8%) compresa tra i 65 e i 74 anni. Anche nel caso della popolazione anziana la distribuzione territoriale evidenzia differenze ancora più marcate a danno delle aree meridionali: nel Sud e nelle Isole si concentra rispettivamente il 49% e il 48,7% delle malattie croniche gravi. Il carico dovuto alle spese di assistenza per patologie croniche correlate all'invecchiamento della popolazione – in particolare per LTC – rappresenta senza dubbio uno dei principali fattori di crescita della spesa privata osservata nell'area OCSE negli ultimi anni. Pur essendo il cambiamento nella struttura demografica solo uno dei driver di aumento degli esborsi, esso assume tuttavia un peso notevole se si considerano le statistiche sull'incidenza delle patologie croniche nelle classi di età più anziane. In questo scenario, il Molise continua ad essere una regione in pieno allarme demografico. Il Molise ha conosciuto, negli ultimi decenni, significative trasformazioni economiche e sociali, a cui si sono associati importanti processi di riassetto demografico e di ridistribuzione geografica. I fenomeni dell'invecchiamento e dello spopolamento di molti comuni (specialmente quelli più isolati) sono stati lungamente ignorati nel periodo in cui si potevano
---	--	---

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

	promuovere politiche per smussare i trends demografici e solo recentemente sono entrati nel dibattito politico, economico e sociale. Un indice importante per misurare l'invecchiamento della popolazione è l'età media che in Molise è di 46,3 anni, più alta di quella dell'Italia che è pari a 44,9; anche l'età mediana è particolarmente alta in Molise: 47 anni, a significare che metà della popolazione molisana ha un'età uguale o superiore a 47 anni. Un altro indice usato per comprendere il ricambio generazionale è l'indice di vecchiaia che rapporta il numero di anziani sui bambini, in modo da verificare se le nuove generazioni siano, numericamente parlando, in grado di sostituire le generazioni in uscita. Si può affermare l'esistenza di uno squilibrio generazionale, in quanto gli indici risultano gravemente al di sopra del cento, quindi la presenza degli anziani è nettamente superiore rispetto a quella giovanile: l'Italia ha un indice di vecchiaia pari a 165%, nettamente inferiore al Molise con 207%. L'indice di vecchiaia è quello che mostra – più degli altri - un futuro allarmante, in quanto si registra un distacco notevole sin dal 2017 (207%) al 2030; secondo le previsioni l'indice sarà pari al 276% e continuerà ad aumentare esponenzialmente fino al 351% nel 2040 e al 403% nel 2050. Questo significa che per ogni bambino con meno di 14 anni ci saranno 4 anziani con più di 65 anni. I tassi di natalità (in diminuzione) e di mortalità (in crescita) continueranno i loro trends, ampliando il divario e il saldo naturale (derivante dalla differenza tra il numero di nati e di morti) risulterà sempre più negativo, dal 2030 diminuirà di 2.019 persone, rispetto alle 1.785 del 2017. La popolazione anziana (ultra 65enni) oggi pari al 24% del totale, aumenterà costantemente fino al 2050, anno in cui oltrepasserà il 35,5%. Inoltre, la percentuale relativa agli over 85 crescerà notevolmente, passando da 4,3% attuali, al 5,7% del 2040, giungendo nel 2050 al 7,6%; al contrario, la proporzione di popolazione giovanile (0-14 anni), scenderà costantemente (11,6% 2017, 10,3% 2030, 9,4% 2040 e 8,8% 2050). La comorbidità è un fenomeno ovviamente più frequente con il progredire dell'età. Dalla raccolta dei dati 2012-2013 di PASSI d'Argento (sistema di sorveglianza sulla popolazione ultra64enne) si evidenzia, ad esempio, come l'ipertensione arteriosa, considerata uno dei principali determinanti delle malattie croniche non trasmissibili, sia presente nel 60% della popolazione ultra64enne. Più frequente nelle donne e nell'età più avanzata, essa è significativamente più presente nelle persone con basso livello di istruzione e in quelle che hanno le maggiori difficoltà economiche ad arrivare a fine mese. Se si limita l'osservazione al solo consumo di farmaci, la scomposizione per età della spesa evidenzia un dato pro-capite pari ad almeno tre volte il valore medio nazionale per le fasce d'età superiori ai 65 anni. Questa fascia anagrafica assorbe il 60% della spesa a carico del Servizio Sanitario Nazionale (esclusi i medicinali ospedalieri) e il 65% dei consumi. Nel medio-lungo periodo le complicità derivanti da una presa in carico non adeguata e disomogenea del paziente – dal punto di vista clinico, gestionale, economico – potrebbero determinare un incremento dei costi diretti e indiretti associati alle patologie più diffuse (es. BPCO, diabete, tumori, scompenso cardiaco), ripercuotendosi sulla sostenibilità economico-finanziaria del SSN.
--	---

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

	L'assistenza sanitaria complessiva per i pazienti affetti da più patologie è in generale frammentaria in quanto si segue solitamente un approccio diagnostico-terapeutico-assistenziale per singola patologia che in genere causa un impatto limitato, se non negativo, sulla storia clinica del paziente. La multicronicità è causa di ridotta qualità della vita, aumento della mortalità e polifarmacia. Causando, a valle, un aumento delle richieste di indagini clinico-diagnostiche, trattamenti terapeutici, visite mediche con ovvio e conseguente aumento di eventi avversi e dei ricoveri causati da reazioni avverse. Le interazioni tra farmaci sono una fonte importante di reazioni avverse, particolarmente nel mondo reale, post-marketing. Questo è particolarmente vero per i pazienti in politerapia quali quelli oncologici, o con patologie cardiovascolari ed infettive. Le interazioni tra farmaci sono un aspetto rilevante sia per il miglioramento dell'assistenza al paziente sia per una riduzione dei costi associati a trattamenti inefficaci, che causino o prolunghino l'ospedalizzazione o addirittura siano causa di aggravamento della patologia o di decesso. Diversi studi hanno esaminato il potenziale di interazioni tra farmaci in varie situazioni di medicina generale: in larghe casistiche, è stato accertato come circa il 60% dei pazienti ospedalizzati e dal 16% al 47% di quelli nei pronto soccorso presenti un rischio in questo senso. Recenti dati indicano un ruolo determinante delle interazioni tra farmaci nell'outcome di pazienti con politerapie. Seguendo le indicazioni contenute nel Piano Nazionale della Cronicità, proponiamo qui di costruire una piattaforma tecnologica in grado di effettuare un monitoraggio quanto più approfondito della gestione dei farmaci, e della loro appropriatezza prescrittiva, sia in ambito ospedaliero sia territoriale. Il fine ultimo è quello di avere a disposizione una metodologia che consenta, attraverso una analisi minuta dei flussi dati, valutazioni sia qualitative sia quantitative per giungere al monitoraggio della appropriatezza prescrittiva e clinica, al riconoscimento ed alla riduzione delle reazioni avverse, alla prevenzione delle interazioni sfavorevoli tra farmaci eventualmente agendo anche sui PDTA esistenti con emendamenti o con l'emanazione di linee guida specifiche. Il monitoraggio avviene incrociando i dati di diversi databases: i flussi sul consumo dei farmaci sul territorio, con le SDO per i ricoveri, con le cartelle cliniche (oggi digitali ma in un prossimo futuro informatizzate) utilizzando anche l'intelligenza artificiale (IA) per implementare il confronto in maniera automatizzata e più approfondita utilizzando semantiche o ontologie predefinite. Il modello può essere utilizzato per studiare le politerapie, per valutazioni cliniche di appropriatezza prescrittiva sia per valutazioni economiche, analizzando anche gli effetti dei farmaci nel real world attraverso l'analisi delle cartelle cliniche per ridurre od evitare reazioni avverse o outcome clinici negativi dovuti a prescrizioni errate o svantaggiose. Il modello è applicabile in teoria a qualunque classe di farmaco e a qualunque procedure clinica, diagnostica o terapeutica, è esportabile anche in altri sistemi sanitari e dovrebbe portare ad un efficientamento dell'uso dei farmaci, con riduzione dei costi legati a interazioni sfavorevoli tra farmaci, riducendo il numero di ADR gravi (ospedalizzazione, decessi) e riducendo gli
--	--

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

		errori di prescrizione. Il modello può essere implementato grazie ad algoritmi predittivi mediante IA e globalmente ha lo scopo di ridurre le complicanze della politerapia in malattie croniche, la mortalità, i ricoveri ed i costi assistenziali. Il progetto si svolgerà in due fasi, nella prima fase l'analisi verrà svolta ex-post analizzando i flussi di cui sopra a partire dal 2016 ad oggi. La seconda fase, applicativa si svilupperà in maniera sia predittiva sia di controllo in tempo reale.
--	--	---

CRONOPROGRAMMA IN FORMATO GRAFICO

7	DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO	Data inizio prevista	Data termine prevista	Possibile ulteriore proseguimento per anno successivo
		01/01/2021	31/12/2021	Si

8	OBIETTIVO GENERALE	Sviluppo di piattaforma per controllo flusso dati per soggetti in politerapia allo scopo di monitorare, ridurre e predire reazioni avverse ai farmaci, ricoveri inutili, ridurre ed ottimizzare l'utilizzo dei farmaci, ridurre spese per diagnosi e assistenza legati alla cronicità ed alle condizioni che predispongono alle politerapie farmacologiche.
---	--------------------	---

9	OBIETTIVI SPECIFICI	Partendo da una analisi retrospettiva osservazionale si otterrà un quadro degli andamenti per patologia, (ovvero per gruppo farmacologico terapeutico, ovvero per ricoveri o evenienza di reazione avversa) tra gli anni 2016-2021 delle correlazioni tra polifarmacia (e quale tipo) e tendenza ad avere ricoveri, per quali cause, tempi e costi di degenza, outcome clinici etc...cercando di individuare eventuali pattern di interazioni od uso inappropriato, particolarmente evidenti o derivabili dall'applicazione di algoritmi di IA. Già questo aspetto è importante perché ci consentirà di avere un punto di partenza solido a cui guardare come riferimento interno sia per identificare pattern o tendenze terapeutiche ed assistenziali in modo tale che si potrebbe retrospettivamente comprendere se negli anni in questione vi siano state delle tendenze macroscopiche evidenziabili (ad. Es. si potrebbe riscontrare che molti over 80 pazienti con patologie croniche, in politerapia per 6 o più farmaci, hanno avuto più di tre ricoveri e che solo quelli trattati con il farmaco X sono poi deceduti/sopravvissuti entro i 5 anni successivi. Eventualmente già in questa fase si potrebbero identificare dei patterns e tendenze su cui far applicare algoritmi predittivi, da verificare sugli anni successivi e poi ex vivo.
---	---------------------	---

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

		- Attraverso una analisi puntuale dei flussi e di appropriatezza prescrittiva avremo anche un quadro sulle interazioni sfavorevoli verificate, sui costi associati e possibilmente sulle informazioni mancanti/mancate per evitare il problema. - Le informazioni di cui sopra serviranno a sviluppare algoritmi per leggere i dati ed i flussi che arriveranno online, utilizzando la IA per predire outcomes clinici o assistenziali possibilmente proponendo soluzioni alternative per ottimizzare le terapie e ridurre i costi associati ad essa. INDICATORI - Realizzazione di un database frutto delle interazioni tra databases, - Analisi dei database con griglia degli outcomes - Numero di ADR individuate - Produzione di algoritmi per analisi o predittivi - Produzione dei risultati della survey; - Pubblicazione dei risultati.
--	--	---

RISULTATI ATTESI		
10	A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati dal progetto	
	- Avere una mappatura delle necessità e richieste terapeutiche per la cronicità e la polifarmacia su base regionale nel Molise - Identificazione di specifici trend terapeutici più o meno allineabili alle necessità terapeutiche del gruppo. - Identificazione di ADR e metodolgia per identificarle ex post - Analisi delle incidenze di ADR su popolazioni scelte - Pubblicazioni, attività di formazione	
	A lungo periodo, a cui tendere, non direttamente raggiungibili al termine del progetto	
	- Analisi di flussi online per analisi predittive usando tecniche, tecnologie ed algoritmi di IA - Strutturazione di una piattaforma utilizzabile su base regionale ma, in linea di principio, applicabile ad altre regioni	

PUNTI DI FORZA		
11	Indicare i punti di forza	Indicare le strategie/azioni per l'implementazione
	La metodologia è in parte già applicabile su base manuale incrociando i dati dei consumi territoriali, con le SDO e con cartelle cliniche cartacee	L'implementazione dipende dalla possibilità di utilizzare in forma regolata e fruibile i databases da fare interagire in modo automatico ed implementabile sfruttando le cartelle cliniche informatizzate e tecniche di intelligenza artificiale

12	PUNTI DI DEBOLEZZA
----	--------------------

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

Indicare i punti di debolezza	Indicare le strategie/azioni per la riduzione
I flussi dipendono dalla possibilità che l'azienda Molise Dati li fornisca in maniera continuativa e non saltuaria	La Regione Molise sta strutturando un percorso per rendere i dati utilizzabili in continuo

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

13	DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO		
	Fase	Azioni	Indicatori di verifica
	1	Strutturazione dei sistemi informatici necessari alla analisi dei dati	Numerosità dei dati
		Ottenimento dei dati dai singoli databases 2016-2021	Numero di pazienti analizzati, cartelle cliniche analizzate, studio di pazienti clusterizzati
	2-10	Analisi dei dati in maniera strutturata dei databases ottenuti	ADR identificate per gruppo di pazienti/tipo di farmaco o trattamento
		Sviluppo di tecnologie di AI	Pubblicazione dei dati, attività di formazione
	11-12		

- | | | | | |
|--|--|--------------------------------|--|---|
| | | Sperimentazione su dati online | Si analizzeranno dati, anche online per analisi anche di tipo predittivo | Pubblicazioni, eventuali linee guida, eventuali proposte di modifiche di PDTA |
|--|--|--------------------------------|--|---|

14	TRASFERIBILITA' Indicare a quale altra realtà il progetto o parte di esso può essere trasferito	
	Tipo di realtà nella quale può essere implementato il progetto	Progetto o parte del progetto che può essere trasferita
	Sistema Regionale molisano	In teoria la metodologia potrebbe essere applicata ad altre ASL di altre regioni.

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

INTERVENTO 3: MESSA A PUNTO DI UNA METODOLOGIA INNOVATIVA PER LA DIAGNOSI DI PATOLOGIE NEURODEGENERATIVE NELL'UOMO

2	REGIONE RESPONSABILE DEL PROGETTO		
	Università del Molise UOC Governance del Farmaco ASReM Consorzio Interuniversitario per l'Ingegneria e la Medicina (COIIM)	Cognome Nome Responsabile	
		Ruolo e qualifica	
		Recapiti telefonici	
		e - mail	

3	RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO MODALITA' DI REPERIMENTO RISORSE		
	Finanziamento	Riferimento (Delibera, atto ecc.)	Importo
	Risorse vincolate degli obiettivi del PSN	Accordo Stato/Regioni n. 91/CSR del 6 giugno 2019 - Intesa n. 89/CSR del 6 giugno 2019 - Decreto del Commissario ad Acta n. _____ del _____	€ 30.000,00
	Eventuali risorse regionali		

4	ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
	Tipologia di costi	Importo in euro	Note
	Costi gestione progetto	3.000.00€	Costi di coordinazione, analisi dati, personale per analisi dati,
	Costi	25.000.00€	Costi acquisto materiali di laboratorio e servizi (anticorpi)
	Costi	2.000.00€	Divulgazione, pubblicazioni

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

6	ANALISI DEL CONTESTO/ SCENARIO DI RIFERIMENTO Se pertinente, riportare dati epidemiologici, di attività, ecc.	La popolazione anziana è in continua crescita nei paesi occidentali, ed in Italia la tendenza verso un invecchiamento rilevante della popolazione assume livelli preoccupanti in alcune regioni come la Liguria, il Friuli Venezia-Giulia, il Molise ed il Piemonte. Il maggior fattore di rischio associato all'insorgenza delle demenze è l'età e, in una società che invecchia, l'impatto del fenomeno è di dimensioni allarmanti. Si prevede che queste patologie diventeranno, in tempi brevi, uno dei problemi più rilevanti in termini di sanità pubblica. Il sesso femminile rappresenta un importante fattore di rischio per l'insorgenza della demenza di Alzheimer, la forma più frequente di tutte le demenze (circa il 60%). La prevalenza della demenza nei paesi industrializzati è circa del 8% negli ultrasessantacinquenni e sale ad oltre il 20% dopo gli ottanta Secondo alcune proiezioni, i casi di demenza potrebbero triplicarsi nei prossimi 30 anni nei paesi occidentali. In Italia, secondo le proiezioni demografiche, nel 2051 ci saranno 280 anziani ogni 100 giovani, con aumento di tutte le malattie croniche legate all'età, e tra queste le demenze. Attualmente il numero totale dei pazienti con demenza in Italia è stimato in oltre 1 milione (di cui circa 600.000 con demenza di Alzheimer) e circa 3 milioni sono le persone direttamente o indirettamente coinvolte nella loro assistenza, con conseguenze anche sul piano economico e organizzativo. http://www.salute.gov.it/demenze/paginaInternaDemenze.jsp?id=2402&lingua=italiano&menu=dati).
		Ad oggi non sono noti né i meccanismi molecolari responsabili delle varie forme di demenza né esiste la possibilità di avere una diagnosi certa (se non post-mortem) né tantomeno esiste una terapia efficace per la cura della DA né per le altre demenze ad essa associate [Herrmann et al, 2011]. L'identificazione di marcatori delle fasi precoci della malattia è fondamentale per agire il più precocemente possibile (farmacologicamente) per rallentare la progressione delle demenze diventa essenziale per organizzare in una fase iniziale (anche quando il paziente può ancora partecipare e collaborare) un'azione coordinata e mirata di counseling con medici, familiari e caregivers, attivando anche percorsi di riabilitazione cognitiva adeguati. Negli ultimi anni abbiamo identificato nel recettore LRP8 un marker di patologia di Alzheimer. Abbiamo sviluppato anticorpi verso tali frammenti (Deposito brevettuale n. 102018000021157). Questi anticorpi sono in grado di rilevare le quantità di frammenti C-terminali di LRP8 con diverse metodologie da campioni biologici liquorali da pazienti, in maniera molto sensibile. Ed abbiamo dimostrato che l'identificazione specifica dei frammenti, mediante diverse tecniche, è diagnostica per i soggetti affetti da demenza. Non solo, ma dai nostri dati si evince che in pazienti MCI, nelle fasi iniziali della malattia, può essere anche prognostica. Tuttavia, l'analisi del liquor è invasiva, richiede l'intervento di personale medico specializzato e non è scevra di potenziali effetti avversi. In letteratura in realtà è stata riportata la presenza di altri marcatori di demenza (beta-amiloide e tau) nel liquido lacrimale, che sarebbe ottimale dal punto di vista del prelievo

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

	per la facilità ed assenza di rischi per il paziente. Tuttavia questi marcatori non sono specifici. Proponiamo in questo studio, di utilizzare i nostri anticorpi brevettati, in un progetto pilota per la diagnosi precoce di demenza attraverso l'analisi comparativa del film lacrimale da soggetti normali e da pazienti affetti da AD. Se si dovesse riscontrare la presenza dei frammenti di LRP8 nel film lacrimale, si potrebbe avere un test diagnostico periferico sicuro, senza complicazioni potenziali per i pazienti e potenzialmente utilizzabile per screening di massa.
--	--

CRONOPROGRAMMA IN FORMATO GRAFICO

7	DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO	Data inizio prevista	Data termine prevista	Possibile ulteriore proseguimento per anno successivo
		01/01/2021	31/12/2021	Si

8	OBIETTIVO GENERALE	Fattibilità per l'identificazione di frammenti proteici mediante diverse tecniche in campioni lacrimali da soggetti controllo e pazienti affetti da demenza per la diagnosi di patologie neurodegenerative quali demenza di Alzheimer
---	--------------------	---

9	OBIETTIVI SPECIFICI	Il film lacrimale è composto da tre strati successivi, aventi differenti funzioni: • strato mucoso • strato acquoso • strato lipidico Lo strato mucoso è la componente più profonda della pellicola lacrimale, prodotto dalle ghiandole mucipare accessorie, e ricopre le cellule epiteliali congiuntivali e corneali. La funzione del muco, legandosi ai microvilli delle cellule superficiali della cornea, è quella di rendere idrofila la superficie stessa della cornea, altrimenti idrofoba. Lo strato acquoso è lo strato intermedio della pellicola lacrimale, e ne costituisce la parte preminente. Prodotto principalmente dalle secrezioni delle ghiandole lacrimali principali e accessorie, è composto oltre che da elettroliti anche da alcuni acidi organici, aminoacidi e proteine, aventi funzioni antibatteriche ed enzimatiche. Riduce gli attriti dei movimenti oculari e palpebrali, deterge le cellule epiteliali desquamate, tampona le scorie metaboliche e asporta le impurità dell'aria. Lo strato lipidico costituisce la parte più esterna della pellicola lacrimale, ed è composto da grassi, secreti dalle ghiandole di Meibomio. La sua funzione è quella di formare una barriera idrofoba lungo il bordo palpebrale, per impedire l'uscita del film lacrimale, e di mantenere l'idratazione della superficie oculare durante le ore di sonno, regolando inoltre il tasso di evaporazione dello strato acquoso della lacrima stessa. Sono stati riscontrati in passato dati contrastanti per quello che concerne la possibilità di trovare marcatori di patologia nelle lacrime, di per sé
---	---------------------	--

- [illegible]

RISULTATI ATTESI	
10	- Ottenere informazioni circa la presenza di proteine specifiche nei campioni di fil lacrimale - Identificazione di specifici marcatori (beta amiloide e tau, potenzialmente anche il nostro recettore LRP8) - Verifica sull'utilizzo delle lacrime quali tessuti in cui è possibile svolgere indagini diagnostiche per demenze - Pubblicazioni, attività di formazione

12	PUNTI DI DEBOLEZZA	
	Indicare i punti di debolezza	Indicare le strategie/azioni per la riduzione
	Non vi sono informazioni in letteratura sulla presenza di LRP8 nel film lacrimale	Tecniche ad alta risoluzione potrebbero migliorare la sensibilità del test

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

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

13	DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO		Breve descrizione dei contenuti	Indicatori di verifica
	Fase	Azioni		
13	1	Raccolta dei campioni	predisposizione dei databases e dei sistemi informatici	Numerosità dei dati
			Raccolta dei campioni (collaborazione con UOC oculistica di Campobasso Prof. Roberto dell'Omo, e UOC oculistica "La sapienza" Roma prof. Alessandro Lambiase)	Numero di campioni raccolti, cartelle cliniche analizzate, studio di pazienti clusterizzati
	2-10	Analisi dei campioni in maniera strutturata mediante diverse tecniche	Si analizzano i campioni mediante SDS-PAGE e WB con specifici anticorpi, ELISA e LC MS utilizzando softwares dedicati	Numero di analisi effettuate, analisi dei dati quali/quantitative
	11-12	Analisi complessiva dei dati e divulgazione	Si analizzeranno i dati ottenuti attraverso metodologie anche quantitative (densitometrie) e tecniche statistiche analisi ANOVA	Pubblicazioni, eventuali proposte di di PDTA specifici per pazienti o di screening

14	TRASFERIBILITA'	
	Indicare a quale altra realtà il progetto o parte di esso può essere trasferito	
	Tipo di realtà nella quale può essere implementato il progetto	Progetto o parte del progetto che può essere trasferita
	Sistema Sanitario Nazionale	La metodologia, una volta verificata e standardizzata, ha un alto tasso di trasferibilità

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

INTERVENTO 4: PRESA IN CARICO GLOBALE E INTEGRATA DELLE PERSONE CON DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO IN ETÀ EVOLUTIVA

3	RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO MODALITA' DI REPERIMENTO RISORSE		
	Finanziamento	Riferimento (Delibera, atto ecc.)	Importo
	Risorse vincolate degli obiettivi del PSN	Accordo Stato/Regioni n. 150/CSR del 4 agosto 2021 - Decreto del Commissario ad Acta n. _____ del _____	€ 400.000,00
	Eventuali risorse regionali		

4	ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
	Tipologia di costi	Importo in euro	Note
	Costi per la formazione		
	Costi gestione progetto	€ 400.000,00	
	Costi		
	Costi		

5	RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
	RISORSE NECESSARIE	N. RISORSE	NOTE
	Disponibili	€ 400.000,00	
	Da acquisire		

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

6	ANALISI DEL CONTESTO/ SCENARIO DI RIFERIMENTO Se pertinente, riportare dati epidemiologici, di attività, ecc.	Si definiscono disturbi dello spettro autistico i disordini dello sviluppo di origine multifattoriale per cui la letteratura scientifica indica una base genetica e/o l'associazione di fattori ambientali di vario tipo, tra cui le infezioni contratte dalla madre in gravidanza, lo status immunologico materno-fetale, l'esposizione a farmaci o agenti tossici e l'età avanzata dei genitori. (<i>Aggiornamento delle linee di indirizzo dei Disturbi dello Spettro Autistico 2018</i>). Questa complessità ha notevoli ricadute sulla qualità di vita del soggetto e della sua cerchia parentale, da cui deriva un significativo peso economico sia per la famiglia che per l'intero Sistema Sanitario. Nella cornice del neurosviluppo si sta garantendo sempre più spazio ai concetti dell'epigenetica, che sostengono l'influenza dei fattori ambientali nell'espressione del codice genetico. Le linee d'indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nei Disturbi dello Spettro Autistico, approvate in Conferenza Unificata del 10 maggio 2018, evidenziano che la diagnosi e l'intervento precoci sono considerati obiettivi cruciali per favorire positivamente l'evoluzione, l'inclusione e il complessivo miglioramento della qualità della vita sia delle persone con lo spettro autistico che delle loro famiglie. Il Sistema Sanitario regionale, quindi, deve proporre un intervento quanto più precoce, intensivo ed individualizzato possibile. È indispensabile realizzare su tutto il territorio molisano una rete che coinvolga tutti gli attori (famiglia, Servizio Pubblico, MMG, PLS, insegnanti, operatori sociali e di volontariato) per garantire la necessaria tempestività di segnalazione ai professionisti del settore per una diagnosi precoce e uniformità di percorsi diagnostici, terapeutici e riabilitativi e di follow-up. Nell'accezione moderna, s'individua il "<i>disturbo dello spettro dell'autismo</i>" anche in considerazione delle manifestazioni cliniche, che variano in base alla gravità della compromissione, al livello di sviluppo e all'età cronologica e il riferimento a una prospettiva evolutiva e longitudinale che dovrebbe quindi consentire una migliore conoscenza delle diverse manifestazioni del disturbo, che è, tra le altre cose: • caratterizzato dalla compromissione persistente della reciprocità socio-emotiva e della comunicazione sociale, e dalla presenza di comportamenti, interessi e attività ristretti, ripetitivi e mal integrati tra loro; • la diagnosi è formulata in base alla presenza di manifestazioni comportamentali rilevabili e valutabili anche attraverso la somministrazione di test standardizzati; • l'attenzione è focalizzata sul livello di gravità dei sintomi e sul problema clinico generale, inserendo ogni sintomo, deficit o caratteristica all'interno di un continuum dimensionale in cui occorre collocarne intensità e gravità (diagnosi dimensionale); • può accompagnarsi a vari gradi di disabilità intellettiva (nel 70% dei casi), epilessia, disturbi psichiatrici e neurologici; • in circa il 20 % sono presenti anche quadri sindromici o malattie rare su base genetica; • la prognosi appare influenzata anche dalla precocità di diagnosi e dalla tempestività e adeguatezza dell'intervento abilitativo;
---	--	---

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

	I disturbi dello spettro autistico sono più frequenti nei maschi rispetto alle femmine con un rapporto indicativo di 4:1. La prevalenza del disturbo è stimata essere circa 1:68 tra i bambini di 8 anni negli Stati Uniti, 1:160 in Danimarca e in Svezia, 1:86 in Gran Bretagna. In età adulta pochi studi sono stati effettuati e segnalano una prevalenza di 1:100 in Inghilterra. Per quanto riguarda l'Italia le uniche stime di prevalenza ad oggi disponibili fanno riferimento alle regioni Emilia Romagna e Piemonte e sono basate sui i sistemi informativi regionali. Sulla base di tali dati la prevalenza di diagnosi di ASD nella regione Piemonte è di 3,8 per mille nella popolazione target 0-17 anni. Nella regione Emilia Romagna la prevalenza totale (anno 2016) è del 3,9 per mille nella popolazione target 0-17 anni. Sia i dati longitudinali del Piemonte che quelli dell'Emilia Romagna confermano il progressivo abbassamento dell'età di prima diagnosi. Questo dato assume una particolare rilevanza alla luce delle crescenti evidenze scientifiche sull'importanza della diagnosi e del trattamento precoce così come la necessità di interventi basati sull'evidenza e adattati ai bisogni della persona in tutte le diverse epoche della vita. In età adulta i dati sono ancora più scarsi ed è necessario implementare la raccolta (fonte - PDTA per i disturbi dello spettro autistico Regione Campania). Alla luce degli indirizzi nazionali, della normativa regionale e delle indicazioni ricavabili dalla letteratura scientifica in materia di disturbi del neurosviluppo, in particolare dello spettro autistico, il Sistema Sanitario regionale del Molise, attraverso la propria Azienda Sanitaria regionale unica A.S.Re.M., vuole ridefinire la proposta operativa organica e condivisa di presa in carico globale ed integrata delle persone con disturbi dello spettro autistico, anche per far fronte alle prestazioni non erogate o rimaste "sommerse" per via della pandemia da Covid-19.
--	---

CRONOPROGRAMMA IN FORMATO GRAFICO

7	DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO	Data inizio prevista	Data termine prevista	Possibile ulteriore proseguimento per anno successivo
		01/01/2021	31/12/2021	Si

8	OBIETTIVO GENERALE	Le direttrici su cui è orientata l'azione progettuale sono quelle di una maggiore efficacia e velocità nella diagnosi, tale da garantire la tempestività dei trattamenti e la presa in carico globale e integrata e dei programmi di intervento.
---	---------------------------	--

9	OBIETTIVI SPECIFICI	Promuovere l'individuazione precoce di atipicità evolutive, mediante professionisti dedicati alla sorveglianza e alla valutazione del neurosviluppo della popolazione generale e di popolazioni ad alto rischio, per prevenire o
---	----------------------------	--

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

	attenuare le eventuali successive anomalie socio- comunicative e comportamentali. L'implementazione del sistema di sorveglianza e diagnosi precoce è quindi un approccio strategico per mettere a punto strategie sostenibili e applicabili per il riconoscimento precoce di tutti i disturbi del neurosviluppo. Il progetto mira quindi al rafforzamento e/o all'istituzione di Nuclei per i Disturbi del Neurosviluppo e Neuropsichiatrici dell'A.S.Re.M., in cui devono necessariamente operare figure professionali con specifica formazione ed esperienza nella diagnosi e nel trattamento di tutti i disturbi neuropsichici in età evolutiva, in particolare dei disturbi dello spettro autistico, con specifica formazione sull'utilizzo degli strumenti diagnostici, sugli interventi terapeutici basati sull'evidenza nonché sulla diagnosi differenziale. Coerentemente con quanto previsto dai Livelli Essenziali di Assistenza, è necessario che il personale incardinato nel Nucleo Operativo Territoriale abbia un monte ore lavorativo adeguato ai compiti da svolgere e al bacino di utenza. I professionisti del Nucleo svolgono le loro funzioni anche attraverso le PUA distrettuali regionali di Campobasso, Isernia e Termoli e delle Unità di Valutazione Integrata: • adottando modalità, procedure e strumenti validati per la messa in atto della presa in carico e per l'inquadramento diagnostico; • predisponendo il percorso per l'effettuazione di indagini biologico-strumentali e per la gestione di criticità (comportamentali o internistiche) non gestibili ambulatorialmente; • effettuando approfondimenti sul piano neuropsicologico-comportamentale-relazionale, nonché formula una diagnosi nosografica e funzionale, prevedendo un assessment di competenze adattive, cognitive, linguistiche, relazionali; • esplorando le risorse relazionali e le capacità di cura/care della famiglia (genitori, fratelli, altri componenti significativi); • individuando le comorbidità e gli aspetti affettivi ed emotivi correlati ai disturbi dello spettro autistico; • elaborando e prescrivendo l'eventuale trattamento farmacologico e il programma di trattamenti abilitativi/riabilitativi necessari ed appropriati (progetto riabilitativo individuale) comprendente anche l'individuazione degli ausili eventualmente necessari; • individuando il case manager per ogni specifico caso che curi il raccordo degli interventi nei vari contesti (famiglia, scuola, comunità) e ne segua l'attuazione, lo sviluppo e l'aggiornamento e si interfacci con le altre figure territoriali della rete (pediatra, servizi sociali, etc); • effettuando interventi di supporto alla famiglia, per contrastare il disagio legato alla gestione della disabilità e della relazione con il familiare con disturbo, e per favorire l'alleanza terapeutica e la massima partecipazione al programma; • partecipando alla valutazione integrata per l'accesso ai servizi sociosanitari.
--	---

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

RISULTATI ATTESI	
10	A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati dal progetto - Rafforzamento dei Nuclei - Analisi dell'incidenza e della prevalenza regionale dei disturbi dello spettro autistico - Pubblicazioni, attività di formazione
	A lungo periodo, a cui tendere, non direttamente raggiungibili al termine del progetto - Presa in carico globale ed integrata delle persone con disturbi dello spettro autistico - Implementazione del sistema regionale di sorveglianza e diagnosi precoce come approccio strategico per il riconoscimento precoce di tutti i disturbi del neurosviluppo

PUNTI DI FORZA	
11	Indicare i punti di forza
	Indicare le strategie/azioni per l'implementazione
12	Alta sensibilità e commitment al tema
	Presa in carico globale ed integrata delle persone con disturbi dello spettro autistico che organizzino l'insieme degli attori e degli interventi

PUNTI DI DEBOLEZZA	
12	Indicare i punti di debolezza
	Indicare le strategie/azioni per la riduzione
13	Scarsità di personale

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

TRASFERIBILITA'	
14	Indicare a quale altra realtà il progetto o parte di esso può essere trasferito
	Tipo di realtà nella quale può essere implementato il progetto
15	Progetto o parte del progetto che può essere trasferita
	Distretti di Campobasso, Isernia e Termoli
16	Il modello, una volta verificato e standardizzato, ha un alto tasso di trasferibilità

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

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

1	LINEA PROGETTUALE	2. Promozione dell'equità in ambito sanitario
	TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO	Intervento 1: Promozione dell'equità in ambito sanitario Intervento 2: Aumento accessibilità e trattamenti non farmacologici per la Depressione Medio Lieve con particolare attenzione al genere femminile anche in relazione all'emergenza Covid 19 Intervento 3: Supporto alle attività del registro malattie rare della Regione Molise nell'attuale contesto pandemico
	AREA DI INTERVENTO	Miglioramento condizioni sanitarie in gruppi vulnerabili

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

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

INTERVENTO 1: PROMOZIONE DELL'EQUITÀ IN AMBITO SANITARIO

3	RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO MODALITA' DI REPERIMENTO RISORSE		
	<i>Finanziamento</i>	<i>Riferimento (Delibera, atto ecc.)</i>	<i>Importo</i>
	Risorse vincolate degli obiettivi del PSN	Accordo Stato/Regioni n. 150/CSR del 4 agosto 2021 - Decreto del Commissario ad Acta n. _____ del _____	€ 132.000,00
	Eventuali risorse regionali		

4	ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
	<i>Tipologia di costi</i>	<i>Importo in euro</i>	<i>Note</i>
	Costi per la formazione		
	Costi gestione progetto	€ 132.000,00	
	Costi		
	Costi		

5	RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
	<i>RISORSE NECESSARIE</i>	<i>N. RISORSE</i>	<i>NOTE</i>
	Disponibili	€ 132.000,00	
	Da acquisire		

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

6	ANALISI DEL CONTESTO/ SCENARIO DI RIFERIMENTO Se pertinente, riportare dati epidemiologici, di attività, ecc.	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 risolte, fondate sulle evidenze scientifiche e affidabili, basandosi su indicatori e programmi esistenti, anche in termini di equità, è un obiettivo della Direzione per la Salute. Dalle evidenze emerge chiaro che queste consulenze siano per la maggior parte eseguite nei giorni festivi e prefestivi e per patologie minori. Questo comporta una conseguente minore disponibilità di tempo da parte dei professionisti per l'assistenza dei bambini ricoverati, in neonatologia, in sala parto e per la gestione delle emergenze. Altro ulteriore elemento di criticità è l'acclarata situazione del personale sanitario, attualmente sotto organico per via della mancanza di pediatri ospedalieri nell'Azienda Sanitaria regionale. Le analisi dei dati disponibili sugli accessi ai Pronto Soccorso Pediatrici, evidenziano che l'80% dei codici bianchi e verdi effettua l'accesso tra ore 8:00 e le 20:00. La distribuzione percentuale dei codici non critici si attesta su tutto il territorio nazionale sul 90% circa del totale degli accessi, con un rapporto di circa 2:1 tra codici bianchi e codici verdi. È chiaro, inoltre, che il codice di triage riguarda e definisce solo la priorità con cui il paziente accede alla prestazione, e non necessariamente coincide con il codice di gravità, definibile solo al termine dell'iter diagnostico. Codici verdi e bianchi inoltre, spesso, risentono oltre che della presentazione di segni e sintomi clinici, anche di situazioni di urgenza soggettiva e di tensione o emotività del bambino o del suo accompagnatore. 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 nei 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.
---	--	---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CRONOPROGRAMMA IN FORMATO GRAFICO

7	DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO	Data inizio prevista	Data termine prevista	Possibile ulteriore proseguimento per anno successivo
		01/01/2021	31/12/2021	In valutazione

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

9	OBIETTIVI SPECIFICI	• Garantire l'equità nei percorsi di cura, aumentando il grado di accesso ai Servizi sanitari per i cittadini molisani; • promuovere e rafforzare l'accesso universale al SSR, soprattutto per l'infanzia; • ridurre le barriere relative agli aspetti organizzativi per l'accesso dei pazienti alle strutture; • ridefinire gli accessi ai Servizi garantendo equità e appropriatezza; • istituire un sistema di accountability attraverso un flusso informativo dedicato;
---	---------------------	---

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

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

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

DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO			
Fase	Azioni	Breve descrizione dei contenuti	Indicatori di verifica
13			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;
			rapporto di accessi pediatrici per patologia al PS territorialmente competente, valutando il periodo preso in esame rispetto ad analogo periodo riferito all'anno precedente;
			numero di ricoveri, di visite specialistiche, di esami strumentali e di laboratorio;
			grado di soddisfazione dell'utenza (<i>customer satisfaction</i>) da valutare

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

				con appositi questionari da somministrare
				• aumento dell'accesso alle cure nelle strutture previste dal Progetto;

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

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

INTERVENTO 2: AUMENTO ACCESSIBILITÀ E TRATTAMENTI NON FARMACOLOGICI PER LA DEPRESSIONE MEDIO LIEVE CON PARTICOLARE ATTENZIONE AL GENERE FEMMINILE ANCHE IN RELAZIONE ALL’EMERGENZA COVID 19

3	RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO MODALITA' DI REPERIMENTO RISORSE	
	Finanziamento	Accordo Stato/Regioni n. 150/CSR del 4 agosto 2021 - Decreto del Commissario ad Acta n. _____ del _____
	○ Risorse vincolate degli obiettivi del PSN	€ 400.000,00
	○ Eventuali risorse regionali	

4	ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
	Tipologia di costi	Importo in euro	Note
	○ Costi per la formazione		
	○ Costi gestione progetto	€ 400.000,00	
	○ Costi		
	○ Costi		
	○		

5	RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
	<i>RISORSE NECESSARIE</i>	<i>N. RISORSE</i>	<i>NOTE</i>
	○ Disponibili	€ 400.000,00	
	○ Da acquisire		

Atto Pubblico di Cessione del 22/02/2022
Servizio di proposta: DSAAD023603GANZIARI
Copia della proposta non pubblicata

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

6	ANALISI DEL CONTESTO/ SCENARIO DI RIFERIMENTO Se pertinente, riportare dati epidemiologici, di attività, ecc.	In Regione Molise, in assenza di una programmazione regionale di tutti i presidi socio-sanitari necessari per la tutela della salute mentale nel ventennio successivo alla promulgazione della legge 180/78, si è avuta l'attivazione fino al 2012 solo del Centro di Salute Mentale (CSM) di Termoli. Si evidenzia che tale Servizio è il fulcro dell'Equipe degli operatori della salute mentale per l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza per le patologie mentali gravi e per i disturbi psichici minori. Soprattutto per questi ultimi la risposta è pressoché assente proprio per la peculiarità della Regione Molise. L'assenza della sede organizzativa per l'erogazione dei LEA ovviamente ha reso difficile intercettare questi disturbi, mentre per i Disturbi Mentali complessi e persistenti l'articolazione organizzativa è stata sempre assai soddisfacente e vi è stato bisogno solo di una rideterminazione dell'offerta in virtù anche dei nuovi indirizzi in conferenza stato-regione. Il quadro contestuale sta velocemente evolvendo, grazie all'attivazione del Centro di Salute Mentale a Campobasso dagli inizi del 2013 e all'attivazione di quello di Isernia. In questo contesto l'attenzione data ai disturbi psichici comuni, già carente presso tutti i servizi di salute mentale italiani, è ancor più grave presso la nostra Regione. Sulla base di tutti i report internazionali della World Health Organization (www.who.org) si può sintetizzare quanto segue: a) i disturbi mentali comuni hanno una grande diffusione epidemiologica e determinano un carico di malattia ed un costo economico e sociale nella popolazione e per la società superiore a quello degli altri disturbi; b) il numero di soggetti affetti da disturbi comuni gravi che comprendono oltre alla gravità dei sintomi anche la cronicità e le disabilità funzionali, è superiore a quello dei soggetti affetti da disturbi mentali con più bassa incidenza come le Psicosi; c) il rapporto costo beneficio in termini di DALY'S dei trattamenti basati sull'evidenza attualmente disponibili per il trattamento dei disturbi comuni è migliore rispetto a quello dei trattamenti per altri disturbi mentali. Nonostante ciò questi disturbi ricevono scarsa attenzione da parte dei servizi di salute mentale che ancora evidentemente non riescono ad esplicitare una loro Mission di Servizi di Public Health. Il sistema regionale Molise per il contesto descritto precedentemente presenta una situazione ovviamente più sfavorevole rispetto a quei servizi che da anni e anni hanno attivato politiche sanitarie di attenzione a questi disturbi in collaborazione con i Medici di Medicina Generale (è sufficiente consultare l'ampia bibliografia di Berardi et al., su questo argomento). Vi sono poi da tener presenti le conseguenze per la salute mentale derivanti dal COVID-19 e dalla pandemia, che ha effetti non solo sui pazienti che contraggono il virus, ma anche sulle persone a causa del perdurare dell'attuale pandemia. Tra i disturbi psicologici maggiormente riscontrabili vi sono ansia e panico, sintomatologia ossessivo-compulsiva, insonnia, problemi digestivi, oltre a sintomi depressivi e da stress post traumatico. Questi non sono solo la diretta conseguenza della pandemia, ma principalmente effetto dell'isolamento sociale prolungato che porta anche al deterioramento delle relazioni sociali. Recentemente The Lancet ha pubblicato uno studio approfondito da cui emerge chiaramente che periodi di isolamento, anche inferiori ai 10 giorni, possono avere effetti a lungo termine, con presenza - fino a tre anni dopo - di sintomi psichiatrici. Anche l'Istituto superiore di sanità, attraverso Epicentro, ha dedicato all'impatto della pandemia COVID-19 sulla salute mentale attraverso indagini valutative dello stato dei servizi disponibili per la popolazione. Tra questi studi vi sono stati alcuni specifici a valutare l'impatto sulla vita quotidiana e le ripercussioni della pandemia sull'equilibrio psico-emotivo, inclusa la domanda di ricorso a specialisti della salute mentale. Analisi più approfondite hanno evidenziato che la giovane età, la presenza di un familiare con sintomi, i problemi finanziari e la solitudine sono i principali determinanti degli stati ansiosi e depressivi e dei livelli di stress percepito superiori alla norma. Si tenga poi presente che i disturbi comuni sono circa il 90% di tutti i disturbi psichiatrici e pertanto le cifre soprariportate descrivono uno scenario allarmante in quanto i servizi di salute mentale italiani, e quelli molisani ancor di più, non si configurano come servizi di Sanità Pubblica! Tra i disturbi comuni particolare attenzione rivestono depressione medio lieve, ansia e disturbi
---	--	---

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

	dell'adattamento che in parte possono rientrare in quelli depressivi come anche una parte non trascurabile di quelli ansiosi. Anni or sono infatti era molto abusato di termine depressione-ansiosa proprio per le difficoltà di confine. Il fenomeno "depressione" è ancora più complesso poiché questo dato viene interpretato come "basso" (sicuramente in controtendenza rispetto ai dati europei e americani), e con un trend in lieve calo, ma allo stesso tempo viene registrato un aumento consistente degli antidepressivi, cioè un incremento del 30% circa su base annua. Se si considera che i servizi non intercettano questi disturbi ne consegue come logica che la gran parte delle prescrizioni viene effettuata direttamente dal Medico di Medicina Generale. Non è azzardato tra l'altro ipotizzare, in assenza di dati specifici regionali, che la prescrizione maggiore possa avvenire proprio per la fascia di età più a rischio (50-69 anni; AOR = 1.5; dati del sistema PASSI a cura di Gigantesco et al., 2014, submitted), che si reca più spesso dal MMG, fascia di età particolarmente rappresentativa in Molise che tende verso una popolazione più anziana. Un altro dato interessante per il nostro contesto è il fattore di rischio legato alle condizioni socio-economiche per il maggior rischio tra coloro con maggiori difficoltà economiche (AOR=3.8; 95% CI, 3.3-4.5; vedi Gigantesco et al.). Infine dato replicato in tutti gli studi le donne sono quelle maggiormente colpite con un AOR=1.8; 95% CI, 1.6-2.0, nella rilevazione PASSI (Gigantesco et al., 2014; submitted) o come descritto nei Survey della WHO (Survey 2005-2007; www.who.org) con un rapporto di prevalenza del disturbo depressivo donne vs. uomini di 1.5. Per le ragioni sopra descritte, anche per porre politiche di salute mentale per il contrasto alla pandemia, è importante iniziare a riformulare un'articolazione organizzativa maggiormente orientata alla Sanità Pubblica per il trattamento dei disturbi comuni a partire dalla Depressione soprattutto con riferimento alla specificità di genere, quindi alla depressione nella donna. Il progetto che viene qui presentato può essere l'occasione per orientare il DSM al trattamento di questo importante disturbo.
--	--

CRONOPROGRAMMA IN FORMATO GRAFICO

7	DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO	Data inizio prevista	Data termine prevista	Possibile ulteriore proseguimento per anno successivo
		01/01/2021	31/12/2021	In valutazione

8	OBIETTIVO GENERALE	Consentire appropriatezza delle cure ed equità di accesso attraverso l'aumento dell'accessibilità e dei trattamenti non farmacologici per la depressione medio lieve con particolare attenzione al genere femminile anche in relazione all'emergenza Covid 19.
---	--------------------	--

9	OBIETTIVI SPECIFICI	- Garantire l'equità nei percorsi di cura, aumentando il grado di accesso ai Servizi sanitari pubblici per il contrasto alla depressione mediolieve principalmente per il genere femminile; - promuovere e rafforzare l'accesso ai Servizi di Salute Mentale regionali; - Registrazione di tutti i dati (socio-anagrafici, clinici, di valutazione e trattamento farmacologico e miglioramento del flusso SISM); - analisi epidemiologica del flusso informativo relativo alla depressione, alle variabili cliniche ed extra-cliniche, di trattamento farmacologico
---	---------------------	--

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

		• aumento del numero di "Casi" soprattutto di sesso femminile in confronto al trend degli anni precedenti; • Diminuzione del numero di trattamenti farmacologici e del dosaggio farmacologico rispetto agli stessi casi dell'anno precedente; • Attivazione di uno Sportello per la Promozione della salute mentale della Donna per ogni macro-distretto
--	--	--

RISULTATI ATTESI	
10	A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati dal progetto Le ricadute pratiche del progetto sono notevoli in quanto vi sarà maggiore sensibilizzazione al problema del MMG, prescrittore maggiore ormai degli antidepressivi. Con tale pratica gli MMG potranno poi collaborare su basi diverse con i CSM regionali. Lo stesso dicasi dei Consultori Materno Infantili che avranno strumenti di screening e potranno favorire l'accesso al CSM. Inoltre presso i Consultori Materno Infantile saranno attivati gli Sportelli "Donna" di raccordo funzionale con i CSM. Allo stesso tempo sarà formata una ostetrica del reparto maternità che potrà effettuare lo screening di routine con l'EPDS e funzionare da collegamento stabile con il DSM.
	A lungo periodo, a cui tendere, non direttamente raggiungibili al termine del progetto Diminuzione del trattamento farmacologico considerato l'aumento annuale stabile di questi farmaci

PUNTI DI FORZA	
11	Indicare i punti di forza
	Indicare le strategie/azioni per l'implementazione
	Promuovere e rafforzare l'accesso ai Servizi di Salute Mentale regionali attraverso la rete dei servizi per l'aumento dell'accessibilità e dei trattamenti non farmacologici per la depressione medio lieve, con particolare attenzione al genere femminile anche in relazione all'emergenza Covid 19.

PUNTI DI DEBOLEZZA	
12	Indicare i punti di debolezza
	Indicare le strategie/azioni per la riduzione
	Parcellizzazione dell'offerta in tema di accessibilità e coinvolgimento parziale delle cure primarie nello screening delle patologie legate alla depressione medio lieve.

DIAGRAMMA DI GANT	
Descrizioni delle azioni relative a ogni fase	Mesi 12
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
Inizio progetto	x

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

[illegible]

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

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

INTERVENTO 3: SUPPORTO ALLE ATTIVITA' DEL REGISTRO MALATTIE RARE DELLA REGIONE MOLISE NELL'ATTUALE CONTESTO PANDEMICO

2	REGIONE RESPONSABILE DEL PROGETTO		
	Regione Molise A.S.Re.M.	Cognome Nome Responsabile	
		Ruolo e qualifica	
		Recapiti telefonici	
		e - mail	

3	RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO MODALITA' DI REPERIMENTO RISORSE		
	Finanziamento	Riferimento (Delibera, atto ecc.)	Importo
	Risorse vincolate degli obiettivi del PSN	Accordo Stato/Regioni n. 150/CSR del 4 agosto 2021 - Decreto del Commissario ad Acta n. _____ del _____	40.000,00
	Eventuali risorse regionali		

4	ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
	Tipologia di costi	Importo in euro	Note
	Costi per la formazione		
	Costi gestione progetto	40.000,00	Collaborazioni professionali

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

5	RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
	RISORSE NECESSARIE	N. RISORSE	NOTE
	Disponibili	1	Biologa specialista
	Da acquisire		

6	ANALISI DEL CONTESTO/ SCENARIO DI RIFERIMENTO
	Se pertinente, riportare dati epidemiologici, di attività, ecc.

Le malattie rare (MR) sono patologie gravi, invalidanti, che colpiscono un numero ridotto di persone, con una prevalenza inferiore al limite stabilito a livello europeo di 5 casi su 10.000 abitanti. A causa della rarità, sono spesso difficili da diagnosticare e prive di terapie specifiche.

Circa l'80% dei casi è di origine genetica, per il restante 20% si tratta di malattie multifattoriali derivate, oltre che da una suscettibilità individuale, anche da altri fattori (fattori ambientali, alimentari) oppure dall'interazione tra cause genetiche e ambientali. Esiste una grande differenza rispetto all'età in cui compaiono, alcune possono manifestarsi in fase prenatale, altre alla nascita o durante l'infanzia, altre ancora in età adulta. Nonostante la loro numerosità ed eterogeneità, le malattie rare sono accomunate da diversi aspetti che includono: la difficoltà per il malato a ottenere una diagnosi appropriata e rapida, la rara disponibilità di cure risolutive, l'andamento della malattia spesso cronico-invalidante, il peso individuale, familiare e sociale rilevante.

Le malattie che rispondono al criterio di prevalenza di 1 su 2000 sono probabilmente migliaia. Con il diffondersi delle conoscenze e delle nuove tecniche di indagine nel campo della genetica, sono state individuate e descritte tante nuove condizioni o varianti rare di malattie ritenute "comuni". Per questo motivo in Italia a partire dai primi anni 2000, è stata introdotta una legislazione a tutela dei pazienti con malattie rare. Nel corso dello sviluppo della normativa è stato necessario individuare le condizioni alle quali garantire le tutele appropriate. È stato costituito quindi un elenco nazionale che include probabilmente la quasi totalità delle condizioni rare e invalidanti che vengono osservate. In ogni caso la legislazione prevede aggiornamenti periodici che consentono di includere malattie nuove che rispondano ai criteri di rarità definiti.

In Italia, dal 2001 sono stati istituiti:

- Rete nazionale dedicata alla prevenzione, sorveglianza, diagnosi e terapia delle malattie rare
- Registro nazionale malattie rare presso l'Istituto Superiore di Sanità (ISS)
- Elenco di malattie rare per le quali è riconosciuto il diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo delle prestazioni di assistenza sanitaria incluse nei Livelli essenziali di assistenza - LEA (DM 279/2001 e DPCM del 12 gennaio 2017)

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

L'elenco delle malattie rare esenti dalla partecipazione al costo è stato ampliato dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017 di definizione dei nuovi LEA e sostituisce il precedente.

Le nuove esenzioni per malattia rara e/o gruppi sono entrate in vigore il 15 settembre 2017, per dare il tempo alle Regioni di individuare i Centri di riferimento nel trattamento delle nuove malattie. Tra le principali novità del Decreto 12 gennaio 2017 (Allegato 7) oltre all'inserimento di più di 110 nuove entità, tra singole malattie rare e gruppi, che danno diritto all'esenzione, l'aggiornamento ha comportato una revisione sistematica dell'elenco, che risponde meglio ai più recenti criteri scientifici. La proposta di aggiornamento è stata elaborata in collaborazione con il Tavolo Interregionale delle Malattie Rare.

L'elenco è stato completamente riorganizzato: in particolare, prevede che i gruppi di MR siano "aperti" in modo da consentire che tutte le MR riconducibili a un gruppo, anche se non puntualmente elencate, abbiano diritto all'esenzione.

Sono stati mantenuti i codici di esenzione già adottati, al fine di evitare disagi ai pazienti e per rendere meno difficoltose le procedure amministrative.

Tra le novità dell'elenco:

- creazione di 16 capitoli distinti per apparato
- definizione di gruppi in cui poter collocare le malattie rare che, nel futuro, non dovessero trovare accoglienza in gruppi già definiti, in modo da garantire il diritto all'esenzione a tutti gli aventi diritto
- inserimento della sarcoidosi tra le MR (con esenzione da riconfermare dopo i primi 12 mesi, solo per le forme persistenti)
- spostamento tra le malattie croniche di 4 patologie già esenti come MR:
 1. malattia celiaca (059);
 2. sindrome di Down (065);
 3. sindrome di Klinefelter (066);
 4. connettiviti indifferenziate (067);
- inserimento tra le MR di 2 patologie già esenti come malattie croniche:
 1. sclerosi sistemica progressiva (RM0120);
 2. miastenia grave (RFG101).
- per alcune malattie (tumore di Wilms, retinoblastoma, pubertà precoce idiopatica), sono stati introdotti limiti temporali all'esenzione che verrà eventualmente rinnovata alla scadenza, in relazione al decorso clinico del singolo paziente

Il Decreto sui nuovi LEA estende anche l'elenco delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale includendo, per la parte del Laboratorio, nuove indagini per la diagnosi precoce di numerose malattie metaboliche rare.

I centri di riferimento per le malattie rare in Molise sono stati individuati allo scopo di ottimizzare le attività e garantire un'assistenza adeguata a un gran numero di condizioni rare da non poter prevedere altra soluzione opportuna che una centralizzazione delle esperienze. E' importante sottolineare come questa struttura miri a valorizzare le qualità di tutti i professionisti coinvolti, di cementare le relazioni tra centro di riferimento e territorio, di ottimizzare l'attività assistenziale.

In particolare, presso il presidio ospedaliero A. Cardarelli di Campobasso (UOC Neonatologia-TIN-Pediatria) l'attività svolta in tema di malattie rare consiste nel supportare l'assistito per il quale sia stato formulato, da un medico specialista del Servizio Sanitario Nazionale, il sospetto di una malattia rara inclusa nell'elenco di cui al DPCM del 12 gennaio 2017.

Miglioramento assistenziale dei pazienti

Le problematiche correlate con la rarità della malattia includono la carenza di modelli e percorsi condivisi a cui spesso consegue la costruzione di un percorso terapeutico, frutto dell'iniziativa individuale del paziente e/o dei suoi familiari.

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

Ciò contribuisce a creare una sensazione di solitudine del malato raro e della sua famiglia che spesso viene a sovrapporsi alla stessa patologia.

Il progetto vuole offrire la possibilità di continuare a rispondere ai bisogni assistenziali dei pazienti affetti da malattie rare attraverso il potenziamento del Centro di ascolto attivo presso il P.O. "Cardarelli" di Campobasso che fornisce informazioni e orientamento sulle strutture e sui servizi di diagnosi e cura della rete regionale.

La sanità molisana è da tempo in regime di commissariamento per esigenze di ripianamento del disavanzo sanitario; tale condizione rende complessa l'implementazione di una efficace azione di supporto sanitario soprattutto in relazione a categorie non cospicue sul piano numerico perché, fatalmente, sia esigenze di ordine finanziario e sia la priorità che si riconosce ad emergenze sanitarie con maggiore impatto sociale finiscono per penalizzare situazioni, quali quelle dei malati rari, che sono ritenute a torto "marginali".

Lo scorso anno hanno avuto accesso al Centro di ascolto n. 175 familiari di malati rari ai quali è stata garantita la possibilità di interfacciarsi con personale qualificato. È pertanto strategica la non dispersione di una simile iniziativa e la necessità di assicurarne la continuazione. Del resto l'utilità del Centro di ascolto è comprovata dal gradimento espresso attraverso questionari di gradimento somministrati in esito a ciascun incontro.

È inconfutabile l'utilità socio-assistenziale del Centro e la sua concreta funzione di orientamento sui percorsi di diagnosi e cura. Aiuto di tipo sanitario, psicologico e sociale, dunque: in una telefonata possono esserci tante richieste e, a volte, è difficile capire quale sia prioritaria.

Un dato da evidenziare è stato un progressivo aumento del numero di contatti da parte di pazienti disorientati e allarmati dalla situazione emergenziale dovuta alla pandemia e in cerca di informazioni provenienti da una fonte affidabile. Rimane tuttora preminente la richiesta di supporto psicologico e di ascolto, testimonianza di un disagio e di una preoccupazione ancora molto presenti.

Integrazione funzionale con reti e centri MR nazionali

Il Presidio, inoltre, si occupa di redigere una scheda tecnica contenente i relativi dati anagrafici, anamnestici, clinici, strumentali e di laboratorio e di inviarli all'Istituto Superiore di Sanità (Registro Nazionale delle malattie rare), al fine di consentire la programmazione nazionale degli interventi volti alla tutela degli assistiti affetti da malattie rare e di attuare la sorveglianza delle stesse.

Assolvimento requisiti LEA

L'assistito riconosciuto esente ha diritto a ricevere le prestazioni sanitarie incluse nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), ritenute efficaci ed appropriate per il trattamento, il monitoraggio e la prevenzione di ulteriori aggravamenti della malattia di cui lo stesso è portatore, indicate nel Piano terapeutico personalizzato.

L'assistito può accedere all'erogazione delle prestazioni che gli sono state prescritte in regime di esenzione presso tutte le strutture di erogazione pubbliche o private accreditate.

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

CRONOPROGRAMMA IN FORMATO GRAFICO

7	DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO	Data inizio prevista	Data termine prevista	Possibile ulteriore proseguimento per anno successivo
		01/01/2021	31/12/2021	si

8	OBIETTIVO GENERALE	Miglioramento assistenziale dei pazienti con malattie rare
---	---------------------------	--

9	OBIETTIVI SPECIFICI	1. Gestione del Registro regionale RM 2. Scambio informazioni e documentazione sulle malattie rare con altri Centri regionali o interregionali, 3. Coordinamento dei Presidi della Rete 4. Consulenza e supporto ai medici del SSN in ordine alle malattie rare 5. Collaborazione alle attività formative degli operatori sanitari ed alle iniziative preventive 6. Creazione di una "help line" dedicata 7. Informazione ai cittadini ed alle associazioni dei malati e dei loro familiari in ordine alle malattie rare
---	----------------------------	--

10	RISULTATI ATTESI	
	A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati dal progetto	Valutazione dati epidemiologici MR
	A lungo periodo, a cui tendere, non direttamente raggiungibili al termine del progetto	Miglioramento assistenziale malati rari

11	PUNTI DI FORZA	
	Indicare i punti di forza	Indicare le strategie/azioni per l'implementazione
	Collegamento funzionale con l'ISS Confronto e allineamento agli standard assistenziali nazionali	Tenuta registri MR e malformazioni Partecipazione continua a riunioni del tavolo tecnico MR interregionale

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

12	PUNTI DI DEBOLEZZA	
	Indicare i punti di debolezza	Indicare le strategie/azioni per la riduzione
	Assenza di una "help line" istituzionale (estratto dal settimo rapporto Monitorare sulla condizione delle persone con Malattia Rara in Italia)	L'Help line deve fornire un servizio realizzato da personale dedicato, adeguatamente formato e periodicamente aggiornato, garantendo la continuità del servizio. Il servizio di help line deve essere raggiungibile attraverso un numero di telefono gratuito dedicato al servizio. Il numero di telefono deve essere pubblico e pubblicizzato, esplicitandone anche gli orari di funzionamento e le eventuali modalità di contatto fuori dall'orario di servizio (es. presenza di segreteria telefonica, possibilità di contatto via mail,...)
	Promozione strategia di assistenza pluri-disciplinare	Elaborazione piani appropriati per le malattie rare nell'ambito di altre strategie di pubblica sanità

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

13	DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO		Breve descrizione dei contenuti	Indicatori di verifica
	Fase	Azioni		
			Riconoscimento diritto alle prestazioni sanitarie efficaci	Relazione responsabile scientifico ASREM

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

		Valutazione dati epidemiologici MR	per il trattamento e il monitoraggio delle malattie e per prevenire aggravanti	
		Creazione "help line" MR	Servizio telefonico, con personale dedicato, che offre ascolto ai malati rari, loro familiari, operatori e professionisti clinici e socio-sanitari, fornisce informazioni e orientamento rispetto ai bisogni evidenziati e attiva strategie concrete per chi è in difficoltà	Relazione responsabile scientifico ASREM
		Integrazione funzionale con reti e centri MR nazionali	Aggiornamento e tenuta registri nazionali	Relazione responsabile scientifico ASREM
		Partecipazione tavolo tecnico interregionale	Condivisione obiettivi a livello nazionale	Relazione responsabile scientifico ASREM

	TRASFERIBILITA' Indicare a quale altra realtà il progetto o parte di esso può essere trasferito	
14	Tipo di realtà nella quale può essere implementato il progetto	Progetto o parte del progetto che può essere trasferita
	Integrazione con gli altri presidi ospedalieri molisani (Isernia-Teroli)	Condivisione registri e procedure operative
	Integrazione con rete malattie rare altre regioni	Condivisione obiettivi nazionali

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

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

1	LINEA PROGETTUALE	Costituzione e implementazione della rete della terapia del dolore e sviluppo delle cure palliative e della terapia del dolore in area pediatrica.
	TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO	Costituzione e implementazione della rete della terapia del dolore e sviluppo delle cure palliative e della terapia del dolore in area pediatrica
	INTERVENTO N. 1	Implementazione della rete della terapia del dolore e sviluppo delle cure palliative € 365.789,00
	INTERVENTO N. 2	Sviluppo delle cure palliative e della terapia del dolore in area pediatrica € 200.000,00
	AREA DI INTERVENTO	Tutelare il cittadino nell'accesso alla terapia del dolore

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

3	RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO MODALITA' DI REPERIMENTO RISORSE		
	<i>Finanziamento</i>	<i>Riferimento (Delibera, atto ecc.)</i>	<i>Importo</i>
	○ Risorse vincolate degli obiettivi del PSN	Accordo Stato/regioni n. 91/CSR del 6 giugno 2019 - Intesa n. 89/CSR del 6 giugno 2019 - Decreto del Commissario ad Acta n. _____ del _____	€ 565.789,00
	○ Eventuali risorse regionali		

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

4	ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
	Tipologia di costi	Importo in euro	Note
	○ Costi per la formazione		
	○ Costi gestione progetto	€ 565.789,00	
	○ Costi		
	○ Costi		
	○		

5	RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
	RISORSE NECESSARIE	N. RISORSE	NOTE
	○ Disponibili	€ 565.789,00	
	○ Da acquisire		

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

INTERVENTO 1: IMPLEMENTAZIONE DELLA RETE DELLA TERAPIA DEL DOLORE E SVILUPPO DELLE CURE PALLIATIVE

6	ANALISI DEL CONTESTO/ SCENARIO DI RIFERIMENTO Se pertinente, riportare dati epidemiologici, di attività, ecc.
----------	---

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

Le linee guida per lo sviluppo della Rete delle Cure Palliative e di Terapia del Dolore Pediatriche nella Regione Molise sono state disciplinate in data 08/07/2015 tramite DCA n°46. Lo scopo perseguito tramite la costituzione della Rete delle Cure Palliative e di Terapia del Dolore Pediatriche è stato quello di assicurare la migliore qualità di vita possibile al bambino malato ed ai suoi familiari, individuare i luoghi di cura e assistenza più opportuni, definire il percorso assistenziale del bambino malato, proporre indicazioni operative e standard di cura e assistenza appropriati ed uniformi per tutto l'ambito regionale. Il progetto si pone in linea di continuità con le scorse annualità, tenendo ben presente l'esperienza della pandemia da Covid-19 maturata all'interno della Rete delle Cure Palliative e di Terapia del Dolore Pediatriche della Regione Molise.

Epidemiologia e criteri di eleggibilità

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

Nel caso del Molise, su una popolazione di 296.547 abitanti al 1 gennaio 2021 (dati ISTAT) si stima una attesa annua di circa 6 pazienti in fase avanzata di malattia con necessità di cure palliative, dei quali 1-2 oncologici, 1 cardiopatico e 4 affetti da altre patologie.

Il Centro di riferimento regionale di cure palliative e di terapia del dolore pediatriche è un'articolazione della rete regionale di cure palliative e terapia del dolore per adulti, svolge attività di diagnosi, cura, formazione e ricerca ed è situato presso l'Hospice di Larino (CB).

L'Hospice di Larino (CB) ha il ruolo di coordinamento della Rete su tutto il territorio della Regione, concorre al sostegno metodologico e alla diffusione degli strumenti condivisi di lavoro, partecipa alla valutazione dei bisogni assistenziali nella progettazione dei piani di cura dei singoli casi (U.V.M.), concorre alla definizione delle strategie terapeutiche per il trattamento del dolore nell'età pediatrica, supporta la formazione degli operatori territoriali e dei caregivers ed il monitoraggio delle attività. Il Centro di riferimento partecipa ai programmi di informazione ed a iniziative culturali.

L'equipe multiprofessionale del centro è composta dal medico responsabile dell'Hospice specializzato in cure palliative pediatriche ed altre professionalità come infermieri, psicologo, assistente sociale e fisioterapista con esperienza e formazione nel campo delle cure palliative e terapia del dolore.

Le UU.OO di Pediatria ospedaliera e l'U.O. di Neonatologia concorrono a definire il piano di assistenza e cura supportando la gestione domiciliare e concorrendo alla gestione dell'emergenza. La residenzialità specialistica "protetta" per la Rete regionale di cure palliative pediatriche (utilizzabile anche per ricoveri di sollievo) è attuata, considerata l'esigua epidemiologia, con l'attivazione di 2/3 posti letto dedicati presso l'U.O. di Pediatria dell'Ospedale "A. Cardarelli" di Campobasso.

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

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

Le cure domiciliari vengono garantite dal personale medico infermieristico-riabilitativo, psicologico e sociale dell'Hospice di Larino supportati dal PLS/MMG; nei singoli ambiti concorrono altri professionisti eventualmente disponibili, anche afferenti alle strutture ospedaliere. L'attività domiciliare della Rete di Cure Palliative e Terapia del Dolore Pediatriche è organizzata utilizzando risorse già presenti sul territorio, con le modalità di lavoro di équipe e di funzionamento già previste per la Rete di cure palliative dell'adulto.

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

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

- valutare il bambino e la famiglia, in équipe, per l'individuazione di punti di forza e potenziali criticità nell'accesso alla Rete di Cure palliative e Terapia del dolore pediatriche;
- prendere in carico bambino e famiglia nelle situazioni di dolore cronico e in prossimità della morte, qualora se ne individuasse la necessità;
- prendere in carico la famiglia per la prevenzione di reazioni patologiche del lutto;
- garantire il supporto al lutto rivolto ai genitori, agli eventuali fratelli e più in generale agli altri membri della famiglia e alla relativa rete sociale del minore deceduto.
- predisporre programmi di supporto psicologico, di prevenzione e del trattamento del *burnout* per gli operatori che lavorano nella rete.

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

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

L'intervento del neuropsichiatra infantile è volto:

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

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

Il percorso assistenziale (Piano di assistenza individuale – PAI) è basato sull'analisi dei bisogni del paziente e della sua famiglia e si avvale di tutte le strutture e le professionalità sopra menzionate coinvolte secondo le circostanze, il decorso della malattia e l'evoluzione dei bisogni. La segnalazione del singolo caso, da qualsiasi provenienza, ha come destinatari la P.U.A. di riferimento distrettuale ed il Centro di riferimento regionale. Il progetto assistenziale inizia con U.V.M. convocata dalla P.U.A. del Distretto di residenza del piccolo paziente d'intesa con il Centro di riferimento, U.V.M. che valuta l'eleggibilità all'assistenza nella Rete di cure palliative pediatriche secondo i criteri che ne regolano l'accesso e redige il piano di assistenza individuale. All'U.V.M. partecipano stabilmente il pediatra di famiglia (o il MMG), il coordinatore infermieristico/coordinatore di percorso competente, il palliativista pediatrico del centro di riferimento, l'assistente sociale di riferimento, lo psicologo, il neuropsichiatra infantile e ogni altra figura professionale ritenuta utile e/o necessaria per il singolo percorso (a partire dal fisioterapista). Il piano di assistenza e cura viene condiviso con la famiglia;

La presa in carico domiciliare conta sul pediatra di famiglia (o sul MMG) e sulle équipe distrettuali, nel caso di assistenza specialistica vengono attivate dal Centro di riferimento le figure professionali specialistiche.

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

Formazione

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

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

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

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

CRONOPROGRAMMA IN FORMATO GRAFICO

7	DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO	Data inizio prevista	Data termine prevista	Possibile ulteriore proseguimento per anno successivo
		01/01/2021	31/12/2021	si

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

9	OBIETTIVI SPECIFICI	• favorire il lavoro dell'équipe nell'attivare modalità comunicative e relazionali adeguate per facilitare l'adattamento della famiglia al passaggio della presa in carico nella Rete di cure palliative pediatriche; • lavorare con l'équipe nella Rete di Cure palliative e Terapia del dolore pediatriche con metodologie atte a facilitare l'emergere della dimensione emotiva dei singoli operatori e dell'équipe nel suo insieme per contenere e gestire eventuali sintomi di burnout; • proporre e partecipare alla formazione continua in terapia del dolore e cure palliative pediatriche; • attivazione di percorsi formativi con il coinvolgimento dei professionisti. • Rafforzare procedure volte al contrasto della pandemia da SarS_CoV- 2 all'interno dell'intera rete della terapia del dolore e sviluppo delle cure palliative e della terapia del dolore in area pediatrica
---	---------------------	--

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

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

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

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

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

13	DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO		Breve descrizione dei contenuti	Indicatori di verifica
	Fase	Azioni		
				- N° di pazienti presi in carico; - N° di pazienti presi in carico/N° annuale di decessi;

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

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

14	TRASFERIBILITA' Indicare a quale altra realtà il progetto o parte di esso può essere trasferito	
	Tipo di realtà nella quale può essere implementato il progetto	Progetto o parte del progetto che può essere trasferita
	Territorio regionale	Il grado di trasferibilità è alto poiché il progetto fonda su di una base concreta data dalla pluriennalità esperenziale del modello e dei professionisti impegnati.

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

6	ANALISI DEL CONTESTO/ SCENARIO DI RIFERIMENTO Se pertinente, riportare dati epidemiologici, di attività, ecc.
---	---

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

Le 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.

Epidemiologia e criteri di eleggibilità

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

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

Il Centro di riferimento regionale di cure palliative e di terapia del dolore pediatriche è un'articolazione della rete regionale di cure palliative e terapia del dolore per adulti, svolge attività di diagnosi, cura, formazione e ricerca ed è situato presso l'Hospice di Larino (CB).

L'Hospice di Larino (CB) ha il ruolo di coordinamento della Rete su tutto il territorio della Regione, concorre al sostegno metodologico e alla diffusione degli strumenti condivisi di lavoro, partecipa alla valutazione dei bisogni assistenziali nella progettazione dei piani di cura dei singoli casi (U.V.M.), concorre alla definizione delle strategie terapeutiche per il trattamento del dolore nell'età pediatrica, supporta la formazione degli operatori territoriali e dei caregivers ed il monitoraggio delle attività. Il Centro di riferimento partecipa ai programmi di informazione ed a iniziative culturali.

L'equipe multiprofessionale del centro è composta dal medico responsabile dell'Hospice specializzato in cure palliative pediatriche ed altre professionalità come infermieri, psicologo, assistente sociale e fisioterapista con esperienza e formazione nel campo delle cure palliative e terapia del dolore.

Le UU.00 di Pediatria ospedaliera e l'U.O. di Neonatologia concorrono a definire il piano di assistenza e cura supportando la gestione domiciliare e concorrendo alla gestione dell'emergenza. La residenzialità specialistica "protetta" per la Rete regionale di cure palliative pediatriche (utilizzabile anche per ricoveri di sollievo) è attuata, considerata l'esigua epidemiologia, con l'attivazione di 2/3 posti letto dedicati presso l'U.O. di Pediatria dell'Ospedale "A. Cardarelli" di Campobasso.

L'assistenza domiciliare dei singoli casi, rispetto alle necessità diagnostiche e terapeutiche, fatte salve le competenze per l'età neonatale poste in capo all'U.O. di Neonatologia di Campobasso, provvede direttamente la rete regionale coordinata dall'Hospice di Larino nella presa in carico sin dalla definizione del piano di assistenza e garantisce la rintracciabilità telefonica H24 per gli operatori della Rete. L'attività di ambulatorio di terapia del dolore pediatrico viene organizzata in collaborazione con la Rete aziendale di terapia del dolore. Le UU.00. ospedaliere assicurano le consulenze specialistiche in tutte le fasi del percorso assistenziale della patologia inguaribile e partecipano, per aspetti tecnici, all'addestramento del caregiver; le strutture ospedaliere concorrono alla gestione dei ricoveri nelle fasi acute della malattia.

INTERVENTO 2: SVILUPPO DELLE CURE PALLIATIVE E DELLA TERAPIA DEL DOLORE IN AREA PEDIATRICA

Le cure domiciliari vengono garantite dal personale medico infermieristico-riabilitativo, psicologico e sociale dell'Hospice di Larino supportati dal PLS/MMG; nei singoli ambiti concorrono altri professionisti eventualmente disponibili, anche afferenti alle strutture ospedaliere. L'attività domiciliare della Rete di Cure Palliative e Terapia del Dolore Pediatriche è organizzata utilizzando risorse già presenti sul territorio, con le modalità di lavoro di équipe e di funzionamento già previste per la Rete di cure palliative dell'adulto. Il

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

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

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

- valutare il bambino e la famiglia, in équipe, per l'individuazione di punti di forza e potenziali criticità nell'accesso alla Rete di Cure palliative e Terapia del dolore pediatriche;
- prendere in carico bambino e famiglia nelle situazioni di dolore cronico e in prossimità della morte, qualora se ne individuasse la necessità;

Gli interventi di supporto psicologico sono coordinati dall'Hospice di Larino (CB) in collaborazione con l'UCPP di Neuropsichiatria infantile. L'UCPP di Neuropsichiatria infantile partecipa inoltre per tutti gli aspetti di competenza clinica in pazienti con patologia di pertinenza neuropsichiatrica.

L'intervento del neuropsichiatra infantile è volto:

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

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

Il percorso assistenziale (Piano di assistenza individuale - PAI) è basato sull'analisi dei bisogni del paziente e della sua famiglia e si avvale di tutte le strutture e le professionalità sopra menzionate coinvolte secondo le circostanze, il decorso della malattia e l'evoluzione dei bisogni. La segnalazione del singolo caso, da qualsiasi provenienza, ha come destinatari la P.U.A. di riferimento distrettuale ed il Centro di riferimento regionale. Il progetto assistenziale inizia con U.V.M. convocata dalla

P.U.A. del Distretto di residenza del piccolo paziente d'intesa con il Centro di riferimento, U.V.M. che valuta l'eleggibilità all'assistenza nella Rete di cure palliative pediatriche secondo i criteri che ne regolano l'accesso e redige il piano di assistenza individuale. All'U.V.M. partecipano stabilmente il pediatra di famiglia (o il MMG), il coordinatore infermieristico/coordinatore di percorso competente, il palliativista pediatrico del centro di riferimento, l'assistente sociale di riferimento, lo psicologo, il neuropsichiatra infantile e ogni altra figura professionale ritenuta utile e/o necessaria per il singolo percorso (a partire dal fisioterapista). Il piano di assistenza e cura viene condiviso con la famiglia;

La presa in carico domiciliare conta sul pediatra di famiglia (o sul MMG) e sulle équipe distrettuali, nel caso di assistenza specialistica vengono attivate dal Centro di riferimento le figure professionali specialistiche.

Formazione

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

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

CRONOPROGRAMMA IN FORMATO GRAFICO

7	DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO	Data inizio prevista	Data termine prevista	Possibile ulteriore proseguimento per anno successivo
		01/01/2021	31/12/2021	si
8	OBIETTIVO GENERALE	Efficientamento del percorso di presa in carico del paziente pediatrico; Garantire il supporto rivolto famiglia e alla relativa rete sociale del minore.		
9	OBIETTIVI SPECIFICI	- favorire il lavoro dell'équipe nell'attivare modalità comunicative e relazionali adeguate per facilitare l'adattamento della famiglia al passaggio della presa in carico nella Rete di cure palliative pediatriche; - lavorare con l'équipe nella Rete di Cure palliative e Terapia del dolore pediatriche con metodologie atte a facilitare l'emergere della dimensione emotiva dei singoli operatori e dell'équipe nel suo insieme per contenere e gestire eventuali sintomi di burnout; - proporre e partecipare alla formazione continua in terapia del dolore e cure palliative pediatriche; - attivazione di percorsi formativi con il coinvolgimento dei professionisti.		

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

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

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

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

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

13	DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO		Breve descrizione dei contenuti	Indicatori di verifica
	Fase	Azioni		
				- N° di pazienti presi in carico; - N° di pazienti presi in carico/N° annuale di decessi;

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

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

14	TRASFERIBILITA' Indicare a quale altra realtà il progetto o parte di esso può essere trasferito	
	Tipo di realtà nella quale può essere implementato il progetto	Progetto o parte del progetto che può essere trasferita
	Territorio regionale	Il grado di trasferibilità è alto poiché il progetto fonda su di una base concreta data dalla pluriennalità esperenziale del modello e dei professionisti impegnati.

4. Linea progettuale: Piano Nazionale della Prevenzione

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

1	LINEA PROGETTUALE 4	Linea progettuale n. 4 - Piano Nazionale della Prevenzione
	TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO	Supporto al Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025, in continuità con il Piano 2014-2018
	AREA DI INTERVENTO	Promozione network di eccellenze regionali e rapporti stabili di confronto e collaborazione tra questi e le regioni e il Ministero

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

4. Linea progettuale: Piano Nazionale della Prevenzione

INTERVENTO 1: Piano Nazionale della Prevenzione

3	RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO MODALITA' DI REPERIMENTO RISORSE		
	Finanziamento	Riferimento (Delibera, atto ecc.)	Importo
	Risorse vincolate degli obiettivi del PSN	Accordo Stato/Regioni n. 91/CSR del 6 giugno 2019 - Intesa n. 89/CSR del 6 giugno 2019 - Decreto del Commissario ad Acta n. _____ del _____	€ 6.789,00
	Eventuali risorse regionali		

4	ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
	Tipologia di costi	Importo in euro	Note
	Costi per la formazione		
	Costi gestione progetto	€ 6.789,00	
	Costi		
	Costi		

	RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
	RISORSE NECESSARIE	N. RISORSE	NOTE
	Disponibili	€ 6.789,00	
	Da acquisire		

4. Linea progettuale: Piano Nazionale della Prevenzione

6	ANALISI DEL CONTESTO/ SCENARIO DI RIFERIMENTO Se pertinente, riportare dati epidemiologici, di attività, ecc.	Con Intesa Stato-Regioni del 13 novembre 2014 è stato approvato il PNP 2014-2018 che presenta numerosi elementi di novità rispetto ai piani precedenti (2005-2007 e proroghe e 2010-2012 e proroga al 2013); il vigente Piano Nazionale della Prevenzione individua 10 macroobiettivi di salute con elevata valenza strategica che le Regioni sono chiamate a perseguire attraverso la elaborazione di propri piani regionali. In particolare, con l'Intesa del 13-11-2014, le Regioni si sono impegnate a recepire il PNP 2014-2018 garantendo: • l'applicazione, nella elaborazione del proprio Piano regionale, di visione, principi, priorità e struttura del PNP 2014-2018; • la preliminare individuazione dei programmi regionali, il più possibile integrati e trasversali rispetto ad obiettivi ed azioni, con i quali si intende dare attuazione a tutti i macro obiettivi e a tutti gli obiettivi centrali; • la definizione degli elementi - contesto, profilo di salute, trend dei fenomeni, continuità con quanto conseguito nel precedente Piano regionale della prevenzione (PRP) - funzionali ai programmi regionali individuati. • le Regioni e Province autonome hanno stabilito di confermare per gli anni 2014 - 2018, per la completa attuazione del Piano Nazionale della Prevenzione, come previsto dall'articolo 3 dell'Intesa del 3 marzo 2005, la destinazione di 200 milioni di euro, oltre alle risorse previste dagli accordi per la realizzazione degli obiettivi del Piano sanitario nazionale, ai sensi dell'articolo 1, comma 34, della legge 7 dicembre 1996, n. 662, e successive integrazioni. Tali somme sono finalizzate a sostenere il raggiungimento degli obiettivi del Piano Nazionale della Prevenzione 2014 - 2018, lo sviluppo dei sistemi di sorveglianza e l'armonizzazione delle attività di prevenzione negli ambiti territoriali (in questo senso anche l'art. 17 comma 1 dell'Intesa 10 luglio 2014 sul Patto per la Salute 2014-2018). Inoltre, la Scheda n.8 del nuovo Patto per la Salute 2019 – 2021(Intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131 concernente il Patto per la Salute degli anni 2019-2021 – Rep. Atti 209/CSR 18 dicembre 2019), “Sviluppo dei servizi di prevenzione e tutela della salute. Sviluppo delle reti territoriali. Riordino della medicina generale” prevede che il mutato contesto socio-epidemiologico, l'allungamento medio della durata della vita e il progressivo invecchiamento della popolazione, con il costante incremento di situazioni di fragilità sanitaria e sociale, l'aumento della cronicità e la sempre più frequente insorgenza di multi-patologie sul singolo paziente, impone una riorganizzazione dell'assistenza territoriale che promuova, attraverso modelli organizzativi integrati, attività di prevenzione e promozione della salute, percorsi di presa in carico della cronicità, basati sulla medicina di iniziativa in stretta correlazione con il Piano Nazionale della Cronicità e il Piano di governo delle liste di attesa e il Piano Nazionale della Prevenzione, per promuovere un forte impulso e un investimento prioritario sull'assistenza sociosanitaria e sanitaria domiciliare, lo sviluppo e l'innovazione dell'assistenza semiresidenziale e residenziale in particolare per i soggetti non autosufficienti. Al fine di prevenire l'aggravamento delle patologie legate ai
---	--	---

4. Linea progettuale: Piano Nazionale della Prevenzione

processi di invecchiamento della popolazione, limitare il declino funzionale e migliorare complessivamente la qualità della vita dell'assistito occorre promuovere nell'ambito di quanto previsto dai LEA e dai percorsi di integrazione socio-sanitaria e sanitaria i trattamenti riabilitativi. Le predette attività devono essere erogate con riguardo alle diverse modalità di copertura delle spese da parte del SSN e dei Comuni.

Nell'ambito dell'assistenza territoriale si intende concordare indirizzi e parametri di riferimento per promuovere una maggiore omogeneità e accessibilità dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria, garantendo l'integrazione con i servizi socio-assistenziali. A tal fine si conviene di definire linee di indirizzo per l'adozione di parametri di riferimento, anche considerando le diverse esperienze regionali in corso, con l'obiettivo di promuovere:

- le modalità e gli strumenti per favorire l'effettiva continuità assistenziale e la presa in carico unitaria della persona nelle diverse fasi della vita e in relazione alle diverse tipologie di bisogno;
- il completamento del processo di riordino della medicina generale e della pediatria di libera scelta, favorendo l'integrazione con la specialistica ambulatoriale convenzionata interna e con tutte le figure professionali, compresa l'assistenza infermieristica di famiglia/comunità, per garantire la completa presa in carico integrata delle persone;
- specifiche politiche attive di promozione e tutela della salute con particolare attenzione all'infanzia e all'adolescenza, alle persone con disturbo mentale, al sostegno dell'autonomia delle persone con disabilità e non autosufficienza. Saranno inoltre potenziate politiche a favore dell'area materno-infantile, delle patologie croniche, delle dipendenze patologiche, dei disturbi
- del comportamento alimentare, delle cure palliative e della terapia del dolore;
- la valorizzazione delle professioni sanitarie, in particolare di quella infermieristica, finalizzato alla copertura dell'incremento dei bisogni di continuità dell'assistenza, di aderenza terapeutica, in particolare per i soggetti più fragili, affetti da multi-morbilità;
- la valorizzazione del ruolo del farmacista in farmacia che è un presidio rilevante della rete dei servizi territoriali per la presa in carico dei pazienti e per l'aderenza terapeutica degli stessi e non solo per la dispensazione dei medicinali, al fine di rafforzare l'accesso ai servizi sanitari. Tale processo trova la prima attuazione nell'ambito del percorso di definizione e attuazione della Farmacia dei servizi e della nuova convenzione nazionale.

Con il Patto, Regioni e Governo convengono di accelerare i percorsi di implementazione e integrazione dei flussi informativi necessari per un effettivo monitoraggio dell'assistenza territoriale, completando il sistema anche con i flussi delle cure primarie, della riabilitazione e degli ospedali di comunità e dei consultori familiari.

Con l'Intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della Legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente il Piano nazionale della prevenzione (PNP) 2020 – 2025 (Rep. Atti

4. Linea progettuale: Piano Nazionale della Prevenzione

n. 127/CSR del 6 agosto 2020) è stato approvato il nuovo Piano nazionale della Prevenzione, introducendo, tra le altre cose, la disponibilità di strumenti a supporto della predisposizione dei Piani Regionali della Prevenzione (PRP):

- piattaforma web-based "I Piani Regionali della Prevenzione" (PF);
- documento di traduzione operativa dell'Health Equity Audit (HEA);
- schede degli indicatori degli Obiettivi.

La Regione Molise, con Decreto del Commissario ad Acta n.92 del 17/12/2020, recepimento il "Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2020-2025" - Rep. Atti n. 127/CSR del 6 agosto 2020.

In passato, con l'Accordo Stato - Regioni del 25 marzo 2015, Rep. 56/CSR è stato adottato il "Documento per la valutazione" il concernente il Piano Nazionale per la Prevenzione 2014-2018 in cui sono declinati gli obiettivi della valutazione, i requisiti per la valutazione, i criteri e l'oggetto della valutazione e le regole e la tempistica per la certificazione dei PRP.

La Regione Molise con decreto del Commissario ad Acta n. 24 del 22 aprile 2015 ha provveduto a recepire l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano di approvazione del Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018, sancita il 13 novembre 2014 - Rep. Atti n. 156/CSR e ha approvato le proprie "Linee programmatiche" per l'attuazione del PNP.

Con Decreto del Commissario ad Acta n. 44 del 30 giugno 2016 il Molise ha definitivamente approvato, in esito alla prevista interlocuzione tecnica con il Ministero della Salute, il proprio Piano regionale della Prevenzione 2014-2018 articolato nei seguenti programmi:

- I. Programma «Screening oncologici»:
 - screening della mammella;
 - screening del colon retto;
 - screening della cervice uterina;
- II. Programma «La prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili e le azioni in favore dei malati cronici»;
- III. Programma «Screening audiologico ed oftalmologico neonatale»;
- IV. Programma «Scuola, salute e benessere»;
- V. Programma «Prevenzione delle dipendenze»;
- VI. Programma «Prevenzione degli incidenti stradali»;
- VII. Programma «Prevenzione degli incidenti domestici»;
- VIII. Programma «Infortuni sul lavoro e malattie professionali»;
- IX. Programma «Salute e Ambiente»;
- X. Programma «Prevenzione e sorveglianza delle malattie infettive»;
- XI. Programma «Sicurezza alimentare e Sanità pubblica veterinaria»;
- XII. Programma «Prevenzione del randagismo».

All'interno di ciascun programma sono collocate specifiche azioni per il raggiungimento di tutti gli Obiettivi Centrali riferiti ai 10 Obiettivi "Macro" indicati dal documento di valutazione del PNP.

4. Linea progettuale: Piano Nazionale della Prevenzione

		Non si può non tener presente, inoltre, all'interno delle linee programmatiche regionali sulla prevenzione, di quanto successo nella gestione della pandemia da SARS-CoV-2, che ha evidenziato come sia fondamentale rafforzare le politiche sanitarie per la prevenzione. L'emergenza sanitaria dovuta alla pandemia da COVID-19, infatti, ha mostrato che gli interventi di Sanità Pubblica sono fondamentali per lo sviluppo economico e sociale della regione e che la salute di tutti dipende dalla salute di ciascuno. Il Piano della prevenzione rappresenta dunque la cornice comune degli obiettivi di molte delle aree rilevanti per la Sanità Pubblica. Alla luce delle recenti esperienze legate alla pandemia da COVID-19, e in un contesto di conseguente crisi economica, è necessario che il SSR si ponga nuovi obiettivi organizzativi del sistema in cui esprimere i valori professionali dei diversi operatori. È indispensabile programmare e progettare sempre più in modo integrato e in termini di rete coordinata e integrata tra le diverse strutture e attività presenti nel Territorio e gli Ospedali, i quali se isolati tra di loro e separati dal territorio che li circonda non possono rappresentare l'unica risposta ai nuovi bisogni imposti dall'evoluzione demografica ed epidemiologica. Le principali aree di integrazione progettuali riguardano quindi: - cronicità e connessione con il relativo Piano Nazionale; - malattie trasmesse con gli alimenti - malattie trasmesse da vettori - gestione delle emergenze epidemiche umane ed animali, incluso il COVID-19; - igiene urbana veterinaria; - produzione, commercio ed impiego di prodotti chimici tra cui i fitosanitari; - prevenzione del "rischio chimico"; - rapporti con la rete oncologica, i registri tumori, i Distretti e i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta (MMG e PLS); - promozione della salute in gravidanza e nei primi 1000 giorni; - integrazione delle tematiche ambientali con quelle relative alla promozione della salute; - relazioni con l'INAIL riguardo l'esposizione dei lavoratori a rischi chimici o fisici.
--	--	--

CRONOPROGRAMMA IN FORMATO GRAFICO

7	DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO	Data inizio prevista	Data termine prevista	Possibile ulteriore proseguimento per anno successivo
		01/01/2021	31/12/2021	Si

4. Linea progettuale: Piano Nazionale della Prevenzione

8	OBIETTIVO GENERALE	Per tale obiettivo prioritario, in armonia e in continuità con le precedenti annualità, si confermano le azioni previste per l'anno 2020 come declinate nel Piano Regionale della Prevenzione del Molise approvato con il sopra ricordato decreto del Commissario ad Acta n. 44 del 30 giugno 2016 cui pertanto si rinvia integralmente e il cui contenuto è interamente richiamato e confermato. Con determinazione direttoriale DG Salute Molise n. 224 del 14-11-2016 è stato istituito il team regionale di supporto allo sviluppo, monitoraggio e controllo del Piano Regionale della Prevenzione per gli anni 2014- 2018 approvato con D.C.A. 30 giugno 2016, n. 44. Il team regionale sovrintende ad ogni attività necessaria ovvero opportuna per agevolare il positivo conseguimento della certificazione ministeriale di cui ai punti 5.3.2 e 5.3.3 dell'Allegato "A" del Documento di valutazione approvato con Accordo Stato Regioni del 25 marzo 2015 - Rep. 56/CSR.
9	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 <i>quality assurance</i>, promozione della ricerca, elaborazione e condivisione di LG, divulgazione dei risultati, formazione. Tale attività di supporto al PNP viene assicurata da tre reti nazionali: l'Osservatorio Nazionale Screening (ONS), dall'Associazione Italiana Registri Tumori (AIRTum) e dall'Evidence-Based Prevention (NIEPB). 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. <i>Realizzazione della survey annuale per il monitoraggio delle attività di screening oncologico (valutazione LEA).</i>

4. Linea progettuale: Piano Nazionale della Prevenzione

2. *Introduzione della raccolta di dati individuali tramite la DWH nazionale di screening.*
Supporto alle Regioni che chiederanno assistenza di carattere clinico-informatico per la predisposizione all'invio e a successiva spedizione dei dati individuali al sistema. Analisi periodica tramite cruscotto NSIS dei dati inviti e trasformazione di questi negli indicatori per valutare la qualità dei programmi di screening.
3. *Attività di formazione all'alto livello in ambito regionale e nazionale* al fine di migliorare la qualità tecnico-professionale dei professionisti coinvolti nello screening oltre che la qualità organizzativa e gestionale dei singoli programmi.
4. *Attività di Quality Assurance (QA)*
Site-visit/audit (visite di verifica della qualità dell'erogazione a livello aziendale-regionale) da parte di gruppi di professionisti individuati dall'ONS che, con metodiche standardizzate, analizzino le performance del sistema regionale e successivamente attraverso visite sul posto siano capaci di individuare le cause organizzative-tecniche-professionali che le determinano. L'ONS organizzerà le singole *site visit*, individuerà i professionisti, curerà gli aspetti logistici.
Saranno sperimentate e messe in atto modalità di *Quality Assurance* sulla base degli standard degli indicatori di qualità e di attività prodotti dalle *survey*: tali modalità comprenderanno l'esame da parte dei professionisti incaricati dei dati delle *survey*, la individuazione e segnalazione ai responsabili delle criticità rilevati, la implementazione di azioni correttive e *feed-back* all'esito dell'azione correttiva.
5. *Promozione della ricerca in ambito screening;*
6. *Produzione di linee guida/procedure in ambito screening;*
7. *Sviluppo della qualità della informazione, comunicazione e rendicontazione dei risultati* in collaborazione con le Società scientifiche multidisciplinari. Produzione materiale informativo.

L'Associazione Italiana Registri Tumori (AIRTum) nasce a Firenze nel 1996. L'Associazione, che non ha fini di lucro, promuove, coordina e sostiene l'attività di registrazione dei tumori in Italia nell'interesse della ricerca scientifica, della prevenzione, della pianificazione dell'assistenza, della facilitazione dell'accesso alle cure e della valutazione della loro efficacia. La banca dati dei RT é collocata presso l'ISPO di Firenze.

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

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

I dati dei RT regionali e locali vanno inviati alla banca dati AIRTum; la banca dati é consultabile attraverso una piattaforma di interrogazione e analisi interattiva dei dati dei registri (ITACAN) e produce report annuali di approfondimento sui dati epidemiologici di diffusione del

4. Linea progettuale: Piano Nazionale della Prevenzione

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.*

4. Linea progettuale: Piano Nazionale della Prevenzione

	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 31.12.2021 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 (Air.TUM.) Al 31.12.2021 1. Analisi dati del Registro Tumori di cui alla L.R. Molise 6 ottobre 2017, n. 14 2. Tutoraggio nel percorso di accreditamento del registro molisano Obiettivo C (NIEPB) 1. Formazione e aggiornamento di professionisti impegnati nell'attuazione del PRP. 2. Evento formativo interregionale.
--	--

4. Linea progettuale: Piano Nazionale della Prevenzione

RISULTATI ATTESI	
10	A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati dal progetto - n. indicatori "sentinella" di tutti i programmi definiti per l'anno 2018 aventi uno scostamento tra il «valore osservato» e quello «atteso» non superiore al 20% / n. indicatori "sentinella" 2021: $\geq 80\%$ - 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-Air.TUM.-NIEPB conformemente a quanto stabilito dal Patto per la Salute.
	A lungo periodo, a cui tendere, non direttamente raggiungibili al termine del progetto - Miglioramento della qualità dei programmi di screening attivati a livello regionale

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

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

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

4. Linea progettuale: Piano Nazionale della Prevenzione

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

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

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

SCHEMA PROGETTO

1	LINEA PROGETTUALE 5	LA TECNOLOGIA SANITARIA INNOVATIVA COME STRUMENTO DI INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO - ANCHE IN RELAZIONE ALL'EMERGENZA COVID-19
	TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO	Intervento 1: La tecnologia sanitaria innovativa come strumento di integrazione ospedale territorio anche in relazione all'emergenza Covid-19 Intervento 2: Il management delle malattie croniche secondo un approccio economico-aziendale. Economicità e sostenibilità del Sistema Sanitario Regionale del Molise Intervento 3: Strumenti a supporto dell'efficiamento del sistema regionale di controllo della qualità ed appropriatezza delle prestazioni sanitarie
	AREA DI INTERVENTO	- Promuovere i processi di digitalizzazione in ospedale ma soprattutto nel territorio e nei percorsi assistenziali di continuità ospedale-territorio; - Favorire l'utilizzo della telemedicina per garantire la continuità delle cure dall'ospedale al territorio e tra gli stessi ambiti territoriali, per implementare la medicina di precisione, per supportare i processi clinici decisionali, per monitorare le attività svolte, per censire e utilizzare in maniera corretta le risorse disponibili, per monitorare l'appropriatezza prescrittiva e per migliorare le performance delle strutture sanitarie.

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

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

INTERVENTO 1: La tecnologia sanitaria innovativa come strumento di integrazione ospedale territorio - anche in relazione all'emergenza Covid-19

3	RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO MODALITA' DI REPERIMENTO RISORSE		
	<i>Finanziamento</i>	<i>Riferimento (Delibera, atto ecc.)</i>	<i>Importo</i>
	Risorse vincolate degli obiettivi del PSN	Accordo Stato/regioni n. 91/CSR del 6 giugno 2019 - Intesa n. 89/CSR del 6 giugno 2019 - Decreto del Commissario ad Acta n. _____ del _____	€ 346.310,00
	Eventuali risorse regionali		

4	ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
	<i>Tipologia di costi</i>	<i>Importo in euro</i>	<i>Note</i>
	Costi per la formazione		
	Costi gestione progetto	€ 346.310,00	
	Costi		
	Costi		

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

5	RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
	RISORSE NECESSARIE	N. RISORSE	NOTE
	Disponibili	€ 346.310,00	
	Da acquisire		

6	ANALISI DEL CONTESTO/ SCENARIO DI RIFERIMENTO Se pertinente, riportare dati epidemiologici, di attività, ecc.	Negli ultimi anni il Ministro della Salute ha fortemente sollecitato l'utilizzo della Information and Communications Technology (ICT) nel settore della sanità, anche al fine di diminuire l'importanza della discrezionalità nei meccanismi decisionali concernenti l'acquisizione di nuove tecnologie ed il loro rinnovo, aumentando di converso la partecipazione delle categorie professionali e dei criteri scientifici più aggiornati. Le tecnologie sanitarie innovative, se ben contestualizzate in una riforma sistemica che ha come perno fondamentale l'integrazione tra ospedale e territorio, quale quella del Sistema Sanitario regionale molisano, costituisce un fattore determinante per la realizzazione di modelli sia assistenziali che organizzativi rispondenti ai nuovi bisogni di salute della popolazione molisana. La promozione e la digitalizzazione della sanità digitale deve essere considerata non solo come un cambiamento progressivo del modo di fare assistenza, ma una vera e propria opportunità finalizzata al miglioramento dell'appropriatezza, dell'efficienza e dell'efficacia. L'adozione di piattaforme e di soluzioni innovative devono essere realizzate in funzione di supporto al nuovo modello di servizio sanitario basato sui pilastri della continuità assistenziale. Il Ministero della Salute ha anche individuato, tra le traiettorie tecnologiche, quelle <i>dell'eHealth</i>, e cioè quelle tecnologie per l'assistenza domiciliare come potrebbe essere la "telemedicina". Le nuove risorse tecnologiche per l'assistenza sanitaria e sociosanitaria da implementare nel territorio regionale come il teleconsulto, la telesalute, la teleassistenza ecc. sarà a supporto del cittadino per garantire la continuità delle cure garantendo una migliore qualità assistenziale attraverso il monitoraggio delle attività svolte ed il supporto alle decisioni cliniche. Questo potente strumento di diagnosi e monitoraggio e prescrizione, renderebbe più efficiente l'attività sanitaria consentendo così il collegamento virtuale a distanza tra paziente e personale medico, paramedico, amministrativo e tecnico dell'area sanitaria, abbattendo così le naturali barriere geografiche del nostro territorio. L'utilizzo delle tecnologie sanitarie nei diversi ambiti assistenziali (ospedaliero, territoriale, domiciliare e di emergenza) permette di migliorare e facilitare la qualità della vita dei pazienti, di facilitare la qualità del lavoro degli operatori sanitari e di evitare i costi per ricoveri o prestazioni e prescrizioni farmaceutiche inappropriate.

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

	L'emergenza sanitaria dovuta al Covid-19 ha mostrato chiaramente quanto sia importante stabilire una nuova sinergia tra medici del territorio e medici ospedalieri e quanto la leva per facilitare l'integrazione passi per le tecnologie. La pandemia da SARS-CoV-2 ha evidenziato come sia importante, in ambito sanitario, monitorare, anche con forme di teleassistenza, i casi contagiati e i decessi, avere a disposizione metodologie e strumentazioni di laboratorio per la diagnosi precoce, per effettuare un appropriato monitoraggio dei malati. Inoltre, l'immediata disponibilità della teleassistenza, per i pazienti ma anche la riduzione dei contagi/contatti. La tecnologia è fondamentale non solo per la telemedicina, ma anche attraverso l'utilizzo appropriato di telefonate, video-chiamate, app. È evidente che i processi del Sistema Sanitario debbano essere pensati e riconfigurati attraverso quella che viene definita comunemente multicanalità nei servizi erogati. Multicanalità, appunto, che consente in generale di essere accessibili attraverso differenti punti di contatto, canali o strumenti (online e/o offline) per interagire con i pazienti/utenti. Nello specifico, per l'innovazione sanitaria, il concetto di multicanalità si applica attraverso il passaggio da un solo canale di erogazione per tutti i pazienti (quello fisico) alla molteplicità di canali per ogni paziente gestito. L'approccio multicanale è quindi utile solo se consente di passare da una logica secondo cui i pazienti vanno verso le strutture a un modello nel quale le conoscenze possono essere portate verso i pazienti nelle diverse condizioni nelle quali si trovano. L'emergenza Covid-19, anche per il Servizio Sanitario molisano, ha velocizzato i processi di trasformazione e innovazione, anche attraverso le valutazioni sull'appropriatezza e sull'equità di accesso alle cure. L'introduzione di innovativi strumenti digitali, integrativi rispetto a quelli tradizionali nell'erogazione delle cure, comporta la scelta di quali piattaforme e quali software utilizzare e di come alimentare i flussi informativi necessari a rendere possibili le visite e le prestazioni sanitarie a distanza. Le stesse necessità di orientamento strategico sono fondamentali, in termini sistemici, per l'integrazione di strumenti digitali diversi quali dispositivi e wearable device, fondamentali per il concetto di multicanalità in sanità. La tecnologia sanitaria innovativa come strumento di integrazione ospedale territorio è inoltre una leva per la knowledge accumulation & management (raccolta di conoscenze) e la loro diffusione (knowledge sharing). Il Sistema Sanitario regionale del Molise deve dunque continuare nella specifica azione di cambiamento verso l'efficacia della multicanalità, moltiplicando la capacità del sistema di rispondere ai bisogni, di essere sostenibile. Un obiettivo del progetto è la realizzazione delle Linee d'indirizzo operative per la gestione dei servizi di telemedicina della Regione Molise, in modo da omogeneizzare e uniformare i processi di utilizzo della telemedicina regionale, anche in funzione delle normative nazionali. Coerentemente con le policy regionali e con le altre linee progettuali, l'altro obiettivo importante per il Sistema Sanitario molisano è quello dell'abbattimento delle liste di attesa, anche attraverso la strutturazione di processi integrati con la tecnologia sanitaria innovativa. Le liste d'attesa rappresentano un fenomeno percepito dai cittadini e dai pazienti come una forte criticità dei moderni sistemi sanitari, in quanto com promette l'accessibilità e la fruibilità delle prestazioni da
--	--

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

		erogare. L'abbattimento dei tempi di attesa per le prestazioni sanitarie è uno degli obiettivi prioritari del SSR e l'erogazione dei servizi entro tempi appropriati, rispetto alla patologia e alle necessità di cura, rappresenta una componente strutturale dei LEA. La corretta gestione delle liste e dei tempi d'attesa assicura ai cittadini la copertura universale delle prestazioni sanitarie, intesa come l'insieme di attrezzature sanitarie, dispositivi medici, farmaci, sistemi diagnostici, procedure mediche e chirurgiche, percorsi assistenziali e assetti strutturali e organizzativi nei quali viene erogata l'assistenza sanitaria. Il governo dei tempi e delle liste d'attesa, attraverso una costante attività di accountability, consente di definire al meglio strategie di assistenza coordinate ed integrate tramite l'ottimizzazione dei processi prestazionali socio-sanitarie. Sul territorio della Regione Molise la situazione è ancora abbastanza disomogenea. Anche attraverso questa linea progettuale, è prevista la realizzazione e la predisposizione di un sistema di monitoraggio e rilevazione dei tempi di attesa (TDA) in cui saranno disponibili, per il cittadino, le informazioni riferite ai tempi di attesa delle più frequenti prestazioni diagnostiche e visite specialistiche che, per la loro possibile criticità di accesso, sono anche oggetto di specifico monitoraggio della Regione Molise. La possibilità di utilizzare questi strumenti per svolgere un controllo delle condizioni di salute, anche in autonomia, potrebbe essere utile nella routine quotidiana e fondamentale in caso di possibile emergenza sanitaria, oltre un ottimo strumento con un impatto positivo sui costi della spesa sanitaria.
--	--	--

CRONOPROGRAMMA IN FORMATO GRAFICO

7	DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO	Data inizio prevista	Data termine prevista	Possibile ulteriore proseguimento per anno successivo
		01/01/2021	31/12/2021	Si

8	OBIETTIVO GENERALE	Favorire e rendere sistemico l'utilizzo trasversale della tecnologia sanitaria innovativa come strumento di integrazione ospedale territorio anche in funzione dell'esperienza nella gestione dell'emergenza Covid-19
---	--------------------	---

9	OBIETTIVI SPECIFICI	- Promuovere i processi di digitalizzazione in ospedale ma soprattutto nel territorio e nei percorsi assistenziali di continuità ospedale- territori. - Migliorare l'integrazione e l'interoperabilità delle tecnologie sanitarie del SSR. - Favorire l'utilizzo della telemedicina per garantire la continuità delle cure dall'ospedale al territorio e tra gli stessi ambiti territoriali, per implementare la medicina di precisione, per
---	---------------------	--

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

		supportare i processi clinici decisionali, per monitorare le attività svolte, per censire e utilizzare in maniera corretta le risorse disponibili, per monitorare l'appropriatezza prescrittiva e per migliorare le performance delle strutture sanitarie. - Realizzazione di Linee d'indirizzo operative per la gestione dei servizi di telemedicina della Regione Molise, in modo da omogeneizzare e uniformare i processi di utilizzo della telemedicina regionale, anche in funzione delle normative nazionali. - Realizzazione di un portale regionale per i TDA.
--	--	--

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

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

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

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													

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

Fase attuativa e di monitoraggio													
Conclusione progetto													
Valutazione													

13	DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO		Breve descrizione dei contenuti	Indicatori di verifica
	Fase	Azioni		
	1			- Potenziamento flussi per l'assistenza integrata tra ospedale e territorio; N. pazienti censiti nei flussi informativi regionali; - Attivazione nuovi flussi; - Aumento della dotazione di tecnologie sanitarie innovative;
	2			Realizzazione del sistema di monitoraggio e rilevazione dei tempi di attesa (TDA)

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

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

**INTERVENTO 2: Il management delle malattie croniche secondo un approccio economico-aziendale.
Economicità e sostenibilità del Sistema Sanitario Regionale del Molise**

3	RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO MODALITA' DI REPERIMENTO RISORSE		
	<i>Finanziamento</i>	<i>Riferimento (Delibera, atto ecc.)</i>	<i>Importo</i>
	Risorse vincolate degli obiettivi del PSN	Accordo Stato/regioni n. 91/CSR del 6 giugno 2019 - Intesa n. 89/CSR del 6 giugno 2019 - Decreto del Commissario ad Acta n. _____ del _____	€ 30.000,00
	Eventuali risorse regionali		

4	ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
	<i>Tipologia di costi</i>	<i>Importo in euro</i>	<i>Note</i>
	Costi per la formazione		
	Costi gestione progetto	€ 30.000,00	
	Costi		
	Costi		

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

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

6	ANALISI DEL CONTESTO/ SCENARIO DI RIFERIMENTO Se pertinente, riportare dati epidemiologici, di attività, ecc.	Il SSN ha raggiunto risultati nel campo della salute dei cittadini complessivamente positivi nonostante l'eterogeneità inter-regionale e un'offerta pubblica in continua rimodulazione. Secondo le ultime stime del Rapporto OASI (2019) del Cergas-Università Bocconi, il fabbisogno di prestazioni sanitarie appare in aumento a causa di una diversificazione delle esigenze dei pazienti indotta dall'invecchiamento della popolazione e dalla crescita di "pazienti cronici complessi". Questi ultimi tendono fisiologicamente ad assorbire gran parte dell'offerta pubblica, spingendo i pazienti occasionali verso il privato a pagamento. Ciò solleva la questione dell'appropriatezza delle prestazioni erogate in termini di porre maggiore attenzione alla riduzione delle ospedalizzazioni e, più in generale, ai servizi di salute inappropriati. In tale cornice, si colloca anche l'importanza di identificare il valore delle tecnologie sanitarie, che possono offrire e rappresentare elementi di innovazione per le aziende sanitarie. Quest'ultime sempre più necessitano di sviluppare capacità di attivare nuovi sistemi operativo-gestionali e modelli di servizi che pongano il paziente al centro del sistema, individuando le priorità strategiche verso cui indirizzare l'innovazione tecnologica in sanità. La prevenzione e l'innovazione tecnologica nel SSN e nelle aziende sanitarie si collocano, quindi, tra i maggiori determinanti della qualità della salute. Si va delineando, infatti, il concetto di <i>value-based healthcare</i> che permea i processi di analisi e di programmazione, attraverso la possibilità di orientare le scelte su questioni quali l'appropriatezza clinica, la sostenibilità economico-finanziaria delle Regioni e delle aziende sanitarie e la qualità delle prestazioni sanitarie. La determinazione del valore delle tecnologie sanitarie costituisce un aspetto fondamentale per il governo e la gestione delle aziende sanitarie, chiamate a svolgere il difficile compito di combinare l'offerta di prestazioni efficaci e di valore per il paziente con criteri di razionalità economica e di efficienza conseguenti alla scarsità delle risorse necessarie alla loro erogazione. In tale contesto, al fine di garantire un Servizio Sanitario Regionale (SSR) che coniughi qualità, appropriatezza ed economicità, è fondamentale comprendere quale possa essere il ruolo delle attività di prevenzione, di corretta gestione e dell'utilizzo delle tecnologie sanitarie, per innovare l'offerta dei servizi e pianificare valutazioni economiche efficaci che possano supportare il management sanitario regionale nel processo decisionale.
---	---	---

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

		Lo studio porrà accento in particolare sulle seguenti tipologie di patologie: 1. Malattie Cardio-Vascolari - CVD (con particolare attenzione allo Scompenso Cardiaco – <i>Heart Failure</i>); 2. BPCO: Broncopneumopatia Cronico Ostruttiva. Verrà quindi creato un database per lo studio della cronicità, che consentirà di effettuare una mappatura per patologia con l'individuazione, per ogni patologia, del PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA) del paziente affetto da quella malattia (esempio: farmaci, altri trattamenti terapeutici e riabilitativi, monitoraggio/controlli: indagini strumentali e di laboratorio). Il database sarà aggiornato per le attività di ricerca e di implementazione di un nuovo PDTA sperimentale. Sarà verificata, con la collaborazione dei professionisti medici, la gestione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) "tradizionale" (adoperato attualmente in Regione Molise) e sarà programmato quello "sperimentale". Verrà misurato il costo delle diverse patologie (CVD, BPCO) del PDTA. Sarà misurato il fabbisogno dei pazienti cronici al fine di ridurre la ospedalizzazione dei pazienti a favore dell'assistenza ambulatoriale e/o domiciliare.
--	--	---

CRONOPROGRAMMA IN FORMATO GRAFICO

7	DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO	Data inizio prevista	Data termine prevista	Possibile ulteriore proseguimento per anno successivo
		01/01/2021	31/12/2021	Si

8	OBIETTIVO GENERALE	Con l'allungamento della vita media che si sta verificando in tutti i Paesi del Mondo occidentale, ed anche nella Regione Molise, vi è un aumento della popolazione di età più avanzata che presenta, con il passare degli anni, un accumularsi di malattie cronic-degenerative. Inoltre, l'aumento della presenza di una popolazione con innalzamento dell'aspettativa di vita è dovuto al fatto che ci sono altresì molte migrazioni di giovani verso zone più urbanizzate e con reddito maggiore e maggiori possibilità occupazionali. Pertanto, l'obiettivo generale è quello di fornire maggiore attenzione alle malattie cronic-degenerative per cercare di prevenire la loro insorgenza e la loro progressione di peggioramento, oltre che cercare di curarle nel modo migliore, preservando qualità, appropriatezza ed economicità.
---	--------------------	--

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

		Il presente progetto di studio e di ricerca si propone di esaminare sotto il profilo economico-aziendale la problematica di alcune malattie cronico-degenerative in regione Molise al fine di ridurre l'ospedalizzazione a favore della assistenza ambulatoriale e/o domiciliare. Ciò fornirà un miglioramento nella gestione economica dell'assistenza di tali malattie e faciliterà le cure di patologie occasionali per evitare sovraccarico del servizio.
--	--	---

9	OBIETTIVI SPECIFICI	• Mappatura per patologia con l'individuazione, per ogni patologia, del PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA) del paziente affetto da quella malattia ➤ riduzione delle attività in carico al servizio di salute mentale. • Indicatori per la valutazione degli obiettivi specifici • Tenuta lavorativa del paziente • Ricoveri ospedalieri • TSO • Numero di Visite ambulatoriali • Numero di episodi critici • Drops-Out • Valutazione del Funzionamento Sociale • Valutazione del Carico Familiare • Numero di gg trascorsi in attività produttive
---	----------------------------	---

RISULTATI ATTESI		
10	A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati dal progetto	La realizzazione del progetto potrà permettere di ridurre l'impatto economico della cura delle patologie cronico-degenerative nonché la possibilità di monitorare l'efficacia dei Percorsi assistenziali attivati.
	A lungo periodo, a cui tendere, non direttamente raggiungibili al termine del progetto	Riduzione dell'impatto economico di cura e maggiore sostenibilità del sistema.

PUNTI DI FORZA		
11	Indicare i punti di forza	Indicare le strategie/azioni per l'implementazione
	Focus sulle malattie cronico-degenerative per prevenirne l'insorgenza ed il peggioramento	Mappatura per patologia con l'individuazione, per ogni patologia, del PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA) del paziente

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

12	PUNTI DI DEBOLEZZA	
	Indicare i punti di debolezza	Indicare le strategie/azioni per la riduzione
	Integrazione con i flussi informativi	Interoperabilità dei flussi informativi

DIAGRAMMA DI GANT		Mesi 12											
Descrizioni delle azioni relative a ogni fase		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	Indicatori di verifica
13	1 FASE RETROSPETTIVA: Sarà effettuata una mappatura dell'ultimo anno delle due tipologie di malattie cronico-degenerative individuate: CVD, BPCO.	Pubblicazione degli esiti dello studio
	2 FASE DI IDENTIFICAZIONE DEGLI INDICATORI: Saranno identificati i predittori di outcome (gli indicatori di qualità e di costo) da	

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

	3	valutare poi nella fase prospettica successiva (sempre sotto il profilo della qualità e dei costi). FASE PROSPETTICA: Tale fase consisterà nello studio di due gruppi di pazienti: uno sottoposto alla gestione tradizionale (PDTA dell'ultimo anno in Regione Molise) ed uno alla gestione sperimentale (PDTA sperimentale dell'anno dello studio, programmato di concerto con i medici).	
--	---	---	--

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

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

INTERVENTO 3: Strumenti a supporto dell'efficientamento del sistema regionale di controllo della qualità ed appropriatezza delle prestazioni sanitarie

3	RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO MODALITA' DI REPERIMENTO RISORSE		
	Finanziamento	Riferimento (Delibera, atto ecc.)	Importo
	Risorse vincolate degli obiettivi del PSN	Accordo Stato/regioni n. 91/CSR del 6 giugno 2019 - Intesa n. 89/CSR del 6 giugno 2019 - Decreto del Commissario ad Acta n_____del_____	€ 300.000,00
	Eventuali risorse regionali		

4	ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
	Tipologia di costi	Importo in euro	Note
	Costi per la formazione		
	Costi gestione progetto	€ 300.000,00	
	Costi		
	Costi		

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

5	RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
	RISORSE NECESSARIE	N. RISORSE	NOTE
	Disponibili	€ 300.000,00	
	Da acquisire		

6	ANALISI DEL CONTESTO/ SCENARIO DI RIFERIMENTO Se pertinente, riportare dati epidemiologici, di attività, ecc.	La valutazione dell'efficacia, efficienza e equità dei sistemi sanitari si rapporta, sempre di più, con l'individuazione delle cure necessarie escludendo fenomeni di inappropriatezza. La garanzia di tutela del servizio sanitario nazionale, pone, infatti, la necessità di identificare specifiche priorità come la valutazione dell'efficacia, la riorganizzazione delle modalità e dei setting di erogazione delle cure, la realizzazione di meccanismi di integrazione e coordinamento ai vari livelli del sistema. L'aumento dei costi sanitari, inoltre, contestualmente all'esigenza di promuovere qualità e sicurezza, colloca la valutazione dell'appropriatezza al centro delle politiche sanitarie nazionali, regionali e locali. È la valutazione sull'appropriatezza delle cure può costituire quindi la base per compiere le scelte migliori sia per l'organizzazione dei servizi assistenziali e la garanzia di efficacia degli stessi. Tuttavia il ricorso inappropriato ad alcune prestazioni, come l'utilizzo improprio dei ricoveri ospedalieri è ancora molto esteso e ciò, sommato ai differenti livelli di qualità dei servizi sanitari sul territorio nazionale, rappresenta un fattore di criticità da non sottovalutare ai fini della sostenibilità del sistema e della sua equità. Il D.lgs. n. 229 del 1999 fa riferimento all'appropriatezza quale componente strutturale dei livelli essenziali di assistenza (LEA), anche per rispondere al principio dell'economicità nell'impiego delle risorse. In base a tale principio, è stata prevista l'esclusione, dalle prestazioni erogate, di quelle tipologie di assistenza che, in presenza di altre forme assistenziali volte a soddisfare le medesime esigenze, non garantiscono un uso efficiente delle risorse quanto a modalità di organizzazione ed erogazione (art. 1, comma 7, lett. C, D.lgs. n. 229 del 1999) ed è stata definita a livello nazionale, per le prestazioni di ricovero, una lista di 43 DRG considerati «ad alto rischio di inappropriatezza in regime ordinario» (Allegato 2C del DPCM del 29 novembre 2001), per i quali è possibile il trattamento dei pazienti in regimi assistenziali alternativi, a minor impiego di risorse, senza pregiudicarne la qualità o l'efficacia. Il provvedimento ha, inoltre, assegnato alle Regioni il compito di indicare una soglia di ammissibilità, ovvero la quota parte dei ricoveri riferibili

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

		a tali DRG che è possibile erogare in regime di degenza ordinaria, sulla base di rilevazioni locali. Il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017 ha, quindi, proceduto, alla Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, prevedendo ulteriori indicazioni in materia di appropriatezza organizzativa. Nell'ambito del progetto "Mattoni SSN" sono stati ampliati e approfonditi molti aspetti relativi alla misurazione e incentivazione dell'uso appropriato dell'ospedale. Il Patto per la Salute 2010-2012, nel ribadire la necessità di perseguire l'efficienza, la qualità e l'appropriatezza dell'assistenza sanitaria, anche ai fini del raggiungimento dell'equilibrio economico, introduce un ampio set di indicatori, fra cui alcuni specificamente destinati al monitoraggio dell'appropriatezza organizzativa, aggiornando anche la lista di DRG ad alto rischio di inappropriata se erogati in regime di ricovero ordinario. Esistono due differenti approcci allo studio dell'appropriatezza: uno di tipo clinico e uno di carattere organizzativo. L'appropriatezza clinica prende in considerazione le indicazioni all'effettuazione di prestazioni sanitarie relative a specifici interventi o procedure diagnostiche; è la cosiddetta appropriatezza specifica, che tende a stabilire se un determinato intervento sanitario è stato eseguito con un margine sufficientemente largo tra benefici e rischi. Il percorso per la valutazione dell'appropriatezza clinica è complesso e può avvalersi di una serie di strumenti quali Linee Guida, Audit clinici, percorsi clinici formalizzati o "Clinical pathways". La verifica dell'appropriatezza del sistema di cure diviene uno strumento strategico per la programmazione dell'offerta assistenziale e per la verifica dell'efficienza dei servizi. Tale considerazione ha assunto un peculiare valenza a seguito dell'emergenza COVID-19, nella necessità di riprogrammare i servizi assistenziali. L'attività di controllo di appropriatezza verifica, quindi, l'erogazione delle prestazioni all'utente, sia in termini assistenziali che organizzativi. In particolare, l'attività comprende: • <i>controllo di appropriatezza assistenziale</i> - verifica del livello di adeguatezza e di qualità delle prestazioni erogate, comprendendo i livelli sia formali che sostanziali, nell'ottica di un miglioramento continuo; • <i>controllo di appropriatezza nella classificazione dell'utente</i> - verifica circa la corretta classificazione dell'utente, così come definite dal sistema informativo regionale per le specifiche tipologie di unità d'offerta; • <i>controllo di appropriatezza amministrativa</i> - verifica circa la corretta rendicontazione delle prestazioni erogate dalle unità di offerta sociosanitarie.
--	--	--

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

		A livello regionale con il DCA n. 3/2010 sono state approvate le linee guida per l'organizzazione dei controlli delle prestazioni in regime di ricovero e delle prestazioni di medicina specialistica ambulatoriale. In tal senso l'attività di controllo si compone di una fase amministrativa, una fase tecnico sanitaria. I controlli effettuati sia l'attività di ricovero (SDO/DRG) sono effettuati sulla base di diversificate metodiche (Es. ADP- DRG per le Case di cura; APR - MAAP per gli Ospedali Pubblici e Privati; PRUO per il controllo degli Istituti Pubblici; APPRO per la valutazione dei Ricoveri in DH; Disease Staging per i ricoveri in riabilitazione;). Per quanto attiene alle prestazioni di Medicina Specialistica Ambulatoriale – A.P.G. il Controllo deve riguardare l'esame dell'appropriatezza e della congruità delle prestazioni nonché il controllo della conformità dell'applicazione dei ticket sanitari in base alla normativa nazionale vigente e alle disposizioni regionali. Il progetto in argomento, in continuità con i precedenti, prevede il miglioramento dei sistemi informativi anche rispetto all'innovazione tecnologica derivante dalla normativa sulla regolamentazione dei nuovi sistemi informativi sanitari che prevedono la completa digitalizzazione delle procedure afferenti l'assistenza, come nel caso dell'introduzione del CUNA rispetto alla ricetta elettronica, al Fascicolo Sanitario elettronico, nell'ottica dell'interconnessione delle base dati dei Sistemi informativi ad oggi esistenti. A tale scopo si intende procedere ad un complessivo efficientamento delle procedure e dei supporti hardware e software disponibili per lo sviluppo e lo svolgimento delle attività di controllo. Le azioni specifiche programmate afferiscono ad i seguenti ambiti: • Definizione di un Piano strategico volto all'efficientamento del sistema di controllo regionale: entro la cornice normativa e di programmazione di riferimento si ritiene di individuare azioni specifiche tese all'individuazione di nuovi ambiti di controllo al fine di garantire il miglior funzionamento del sistema; • Progettazione e sviluppo/acquisizione di strumenti tecnici, tra cui hardware e software, al fine di condurre le attività di controllo programmate; • Supporto professionale specifico per le attività connesse alle azioni poste in essere.
--	--	--

CRONOPROGRAMMA IN FORMATO GRAFICO

DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO	Data inizio prevista	Data termine prevista	Possibile ulteriore proseguimento per anno successivo

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

7		01/01/2021	31/12/2021	Si
----------	--	-------------------	-------------------	-----------

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

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

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

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

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

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

	Necessità di aggiornamento costante	Azioni specifiche
--	-------------------------------------	-------------------

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

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

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