

Scheda di progetto		
1	Titolo del progetto per esteso	Strutture di prossimità: governance multilivello per la gestione delle fragilità e delle cronicità nella Regione Molise

2	Regione	Regione Molise – Direzione Generale per la Salute
---	----------------	---

Risorse finanziarie occorrenti alla realizzazione del Progetto			
3	Finanziamento	Riferimento	Importo
	<i>Risorse assegnate per l'anno 2020</i>	Intesa, ai sensi dell'articolo 1, comma 4-bis del Decreto Legge 19 maggio 2020 n. 34, convertito, con modificazioni, dalla Legge 17 luglio 2020, n. 77, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Linee di indirizzo per la realizzazione dei progetti regionali sulla sperimentazione di strutture di prossimità" e sul riparto per l'anno 2020 delle risorse di cui all'articolo 1, comma 11 del medesimo Decreto Legge n. 34/2020. Rep. Atti n. 134/CSR del 4 agosto 2021	€ 127.500
	<i>Risorse assegnate per l'anno 2021</i>		€ 127.500

4	Descrizione del contesto di riferimento e di esperienze esistenti a livello regionale	Per il Molise le previsioni dell'ISTAT confermano i processi in atto: l'età media è in continua crescita, tendendo ad aumentare di circa due anni ogni dieci, e superare nel 2050 i 52 anni. Una popolazione regionale che diventa sempre più fragile e anziana ha bisogni sanitari e sociali particolarmente forti, che vanno governati con adeguate politiche di prossimità e domiciliarità delle cure. La fragilità è da intendersi come un "invecchiamento accelerato" o avanzato. Questa accezione si basa sul declino della performance funzionale della persona. Nel caso dell'anziano fragile, consiste in una caduta di autonomia e nell'entrata repentina in uno stato di disabilità precoce rispetto al normale trend dell'invecchiamento. Le componenti dinamiche (dimensioni) della fragilità sono: • capacità e azioni personali; • disponibilità di supporto personale o strumentale; • risorse comunitarie o del vicinato che possono favorire o impedire relazioni interpersonali o le capacità di affrontare i problemi. Per la popolazione molisana l'indice di dipendenza strutturale aumenta notevolmente. Le stime epidemiologiche prevedono che nel 2030 sarà già dell'8% superiore a quello del 2019 (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). 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. 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. È dunque evidente quanto si faccia sempre più marcata la differenziazione tra il bisogno di salute acuto (ospedale) e bisogno di salute cronico (territorio), e tra i loro rispettivi percorsi assistenziali. Da decenni è in atto una ricalibrazione dell'intera rete socio-sanitaria regionale, sulla scorta delle linee guida nazionali, che mira a favorire un'assistenza più appropriata anche attraverso la costituzione e l'implementazione di strutture di prossimità dislocate sul territorio molisano. Da questo punto di vista, il territorio è il luogo privilegiato per valutare i bisogni del paziente e per presidiarne i percorsi, costituendo un centro di offerta proattiva e personalizzata di servizi in integrazione e in continuità con l'offerta sociosanitaria. Il Molise, più di altre Regioni, sta vivendo un periodo di rapido invecchiamento demografico, che comporta la necessità di adoperare strumenti innovativi e mirati – come la programmazione e la progettazione – per attivarsi fin da subito, specialmente nelle zone più a rischio, come le Aree Interne. L'esperienza della pandemia, poi, ha fatto comprendere, qualora ve ne fosse stato bisogno, che le patologie organizzative del territorio ricadono, producendo inappropriately, sulla dimensione ospedaliera. I processi di sorveglianza degli utenti, nella gestione della pandemia, la loro informatizzazione e la rapidità di contatto hanno rappresentato un elemento innovativo e ben ribaltabile sul modello di risposta, prevenzione e cura territoriale e di domiciliarità anche delle altre patologie. La Regione Molise ha già da tempo programmato e realizzato una rete territoriale diffusa e integrata a quella ospedaliera. Le Strutture di prossimità (Ospedali di Comunità, Case della Salute e da ultime le Case della Comunità previste dal PNRR) rappresentano il setting migliore per affrontare e gestire le complessità, poiché si avvalgono di competenze specialistiche multidisciplinari e articolate in sistemi "a rete" di tipo ambulatoriale, ospedaliero diurno, o in ospedali di comunità, riservando i ricoveri ordinari a casi limitati o di grande severità e complessità. La trasversalità di queste politiche ha integrato le linee d'attività e di finanziamento diffuse, come ad esempio i Finanziamenti europei e la Strategie Nazionale delle Aree Interne – SNAI.
--	--	--

5	Obiettivi	L'obiettivo di questa proposta progettuale è quello di riorientare il sistema sanitario verso un modello incentrato sui territori e sulle reti di assistenza sociosanitaria, superando la frammentazione regionale e garantendo omogeneità dei Livelli Essenziali di Assistenza. Potenziare dunque la prevenzione, la medicina d'iniziativa e l'assistenza territoriale in un'ottica di sempre maggiore integrazione tra servizi ospedalieri, sanitari locali e sociali. Inoltre, prevede il potenziamento di strumenti e attività di telemedicina avanzate a sostegno dell'assistenza domiciliare. L'obiettivo è integrare, anche attraverso la tecnologia, un sistema regionale sperimentale (sulla scorta di quanto previsto per le Centrali Operative Territoriali e delle altre esperienze regionali ACOT della Toscana, Medicina di Prossimità del Veneto, COA del Lazio) per soddisfare la necessità di un approccio sistemico e di policy capace di prevenire e contrastare le fragilità e le cronicità sul territorio. Anche sulla scorta dell'esperienza della gestione della pandemia, l'informatizzazione del Chronic Care Model ricopre dunque un rilevante impatto nelle necessità di riordino della Sanità regionale, in termini organizzativi ed economici, evolvendo verso una sanità più orientata all'assistito in ottica
---	-----------	--

multi professionale. È evidente che elemento essenziale di questo processo evolutivo è una maggiore attenzione verso la continuità nell'assistenza, che oggi risulta frammentata, al coinvolgimento del cittadino/paziente sul proprio piano di cura e sulla propria salute, alla diffusione di percorsi assistenziali condivisi.

La Struttura di prossimità è quindi da intendersi come il più possibile vicina alla persona assistita, favorendone la permanenza, se possibile, negli abituali luoghi di vita. Attraverso la tecnologia e l'usabilità facilitata, per prossimità va inteso anche il luogo accessibile o gli strumenti di relazione, scambio, sintesi, in cui vengono costruite le condizioni di salute e benessere della comunità molisana.

Appunto per questo, l'obiettivo è quello di realizzare, attraverso un approccio di governance community e multilivello, una sperimentazione del budget di salute della Regione Molise, attraverso tutti gli attori del territorio (Regione, ASReM, MMG, Comuni, Associazioni di Volontariato) come pratica di personalizzazione comunitaria per promuovere e favorire l'emersione e la realizzazione di un articolato sistema di opportunità sociali dove concretizzare le "capability" necessarie per realizzare i funzionamenti delle persone fragili.

Tra le finalità del progetto, gli outcome desiderati, vi sono:

- promuovere la partecipazione attiva e diretta dell'utente molisano nella definizione delle risposte necessarie a soddisfare i propri bisogni prioritari, al fine di assicurare interventi modulati, pertinenti e personalizzati, in base alle risorse esistenti;
- introdurre strumenti di coprogrammazione, cogestione e coproduzione personalizzata dei bisogni delle persone fragili e vulnerabili, idonei a garantire la gestione congiunta delle prestazioni sociali con le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie inserite nei LEA da parte dei servizi sanitari del SSR, dei servizi sociali degli enti locali, degli enti del Terzo settore individuati dal codice di cui al decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117, delle persone destinatarie di tali prestazioni, delle rispettive famiglie e dei civilmente obbligati;
- promuovere la centralità e la partecipazione degli utenti e delle loro famiglie attraverso percorsi individualizzati, con forme di cogestione dei percorsi di cura e riabilitazione, caratterizzati dalla necessità di interventi sanitari e sociali tra loro integrati.

La Centrale Operativa Territoriale della Regione Molise proposta nel progetto si compone di un sistema software che ha lo scopo di consentire la gestione della presa in carico dell'assistito che si reca presso il "Punto di Ascolto" o che comunque contatta la centrale sperimentale di assistenza mediante i classici canali di comunicazione telefonica. Il sistema si configura come un CRM per la Sanità e rappresenta un valido strumento per rafforzare le relazioni tra pazienti, medici, e aziende sanitarie, migliorando la qualità del servizio di cura erogata. Le strutture sanitarie hanno la necessità di adeguare i propri processi, servizi e strumenti per supportare un modello di presa in carico, di gestione e di cura del paziente con un approccio sempre più personalizzato e proattivo. La Centrale Operativa Territoriale nasce con lo scopo di prendere per mano il paziente, dal primo contatto al follow up, durante tutto il continuum assistenziale.

Gli obiettivi sono quindi così sintetizzabili:

- potenziamento della medicina territoriale e promozione e informazione per le Strutture di Prossimità, adeguandole alla mutata realtà sociale, portando l'assistenza sanitaria primaria vicino al cittadino e fuori dagli ospedali, favorendo la forte integrazione con la rete dei servizi sociali e garantendo continuità assistenziale;
- definizione dell'architettura del modello di Chronic Care dei cittadini con patologie croniche e/o disabilità, individuati su una base dati condivisa, univoca, integrata e completa, che contenga tutte le informazioni relative alle prestazioni socio-sanitarie rese nelle diverse strutture al cittadino;
- implementazione degli strumenti necessari per seguire l'evoluzione clinica delle patologie, evitando duplicazioni degli accertamenti diagnostici, sovrapposizione di indirizzi e coordinando /controllando tutti i contributi che i vari attori socio-sanitari forniscono al ripristino e al mantenimento dello stato di salute del cittadino;
- sviluppo dell'integrazione socio-sanitaria e governo del processo di cura nella sua interezza, sotto il profilo sanitario e sociale.

Risultati attesi		
6	<i>A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati all'esperienza esistente</i>	Omogeneizzazione della rete di prossimità attraverso le Strutture Sanitarie e l'utilizzo della telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale
	<i>A lungo periodo, a cui tendere, raggiungibili al termine del progetto</i>	Riorientare il sistema sanitario regionale verso un modello incentrato sui territori e sulle reti di assistenza sociosanitaria. Superare la frammentazione del SSR garantendo omogeneità dei Livelli Essenziali di Assistenza e potenziare la prevenzione e l'assistenza territoriale in un'ottica di maggior integrazione tra servizi ospedalieri, sanitari locali e sociali.

Punti di forza		
7	Indicare i punti di forza	Indicare le strategie/azioni per l'implementazione
	Utilizzare la tecnologia per connettere domicilio e strutture di prossimità	Implementazione di una governance regionale inclusiva di tutti gli stakeholders per la realizzazione di una rete integrata di sostegno alle fragilità e alle cronicità attraverso le Strutture di Prossimità e l'utilizzo appropriato della domiciliarità.

Punti di debolezza		
8	Indicare i punti di debolezza	Indicare le strategie/azioni per la riduzione
	Scarsa omogeneizzazione dei percorsi informatici dei processi territoriali socio-sanitari	Policy di integrazione ed interoperabilità dei processi informatici e dei processi di assistenza e cura dei percorsi territoriali e delle Strutture di prossimità

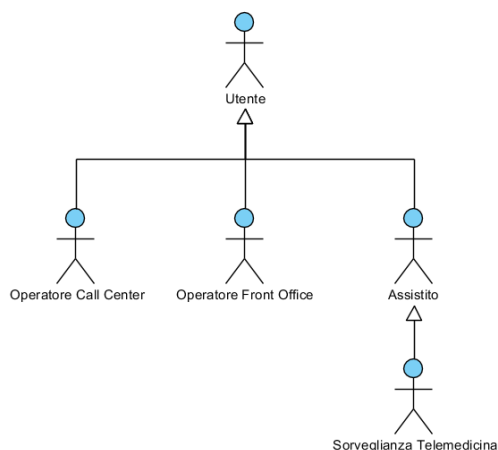
9	Durata complessiva del progetto	Data inizio prevista			Data termine prevista	
		01/12/2021			31/12/2022	
GANTT		11/2021	02/2022	05/2022	09/2022	12/2022
Assessment e analisi: definizione del modello applicativo dell'intero sistema, definizione degli aspetti di configurazione, degli attori partecipanti, delle modalità di arruolamento, degli indicatori attesi per il progetto						
Installazione dei componenti software Avvio formazione operatori						
Inizio dell'attività della Centrale Operativa Territoriale Realizzazione del Piano di Comunicazione						
Utilizzo del sistema in autonomia da parte degli operatori individuati all'interno del progetto. Raccolta dei dati clinici ed esecuzione di tutti gli accessi schedulati per la sperimentazione del Budget di Salute. Avvio sistema di monitoraggio e verifica, attivazione sistema di stratificazione della popolazione, attivazione network tra gli attori coinvolti nel processo						
Produzione dei dati scientifici, report periodici e relativa pubblicazione						

La Regione Molise intende dotarsi di sistemi informatizzati in grado di consentire la comunicazione tra tutti i livelli che compongono la rete socio-sanitaria (MMG, presidi ospedalieri, territorio, comuni) e per ottimizzare l'utilizzo delle risorse umane e strumentali.

Utenti del Sistema

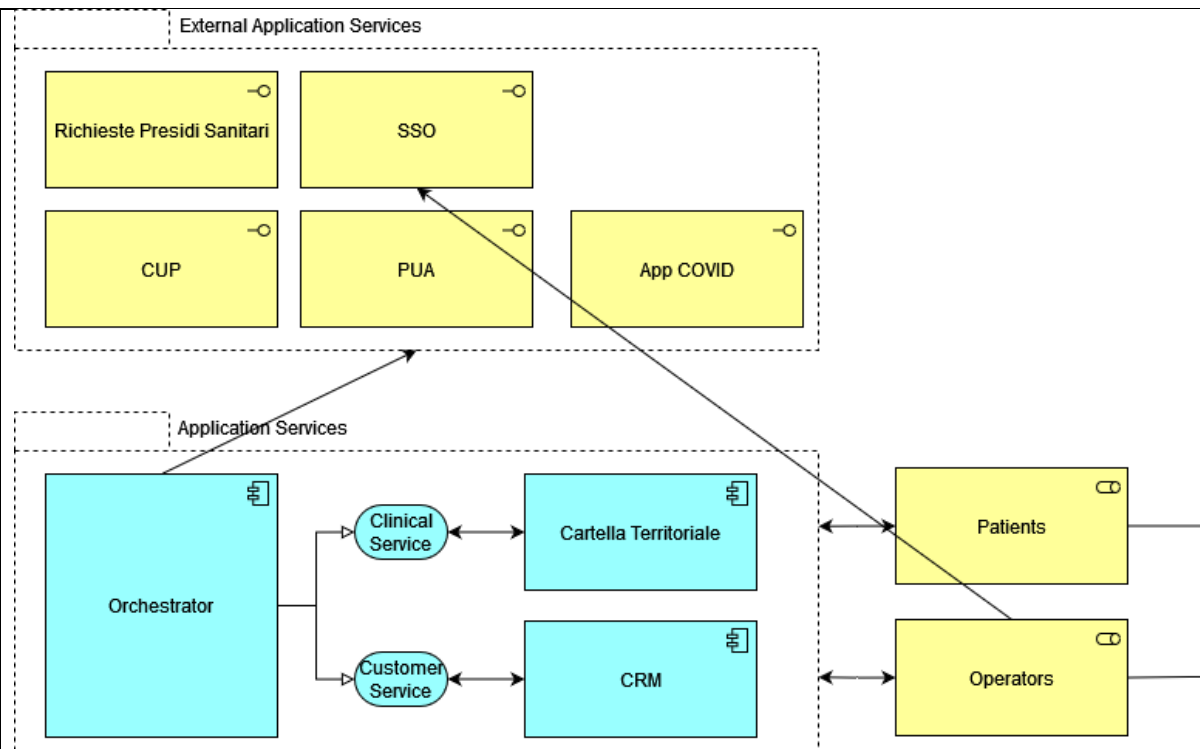
Il sistema software del progetto *“Strutture di prossimità: governance multilivello per la gestione delle fragilità e delle cronicità nella Regione Molise”* deve essere utilizzato dai seguenti utenti:

- Operatori Call Center: gestisce il primo contatto telefonico ed ha la possibilità di intervenire sul CRM inserendo i dati di input al sistema (informazioni anagrafiche, apertura richieste nuove, gestione richieste precedenti);
- Operatore Front Office: ha la possibilità di gestire i dati di input del sistema (informazioni anagrafiche, apertura richieste nuove, gestione richieste precedenti) a seguito di richieste degli assistiti che si sono recati presso il front office ovvero presso il Punto di Ascolto;
- Assistito: gli assistiti hanno la possibilità di accedere al sistema e visualizzare lo stato delle loro richieste nonché le informazioni relative ai percorsi di cura intrapresi.



Principio di funzionamento

Il sistema software oggetto della presente proposta ha lo scopo di fornire un CRM sanitario altamente integrato con l'azienda sanitaria territoriale che funga da vero e proprio orchestratore tra l'esigenza espressa dall'utente e l'offerta di servizi che l'azienda è in grado di offrire. Le funzioni di orchestratore sono rese disponibili attraverso dei cruscotti web che consentono di accedere a tutti i sistemi aziendali in maniera trasparente con autenticazione in modalità federata o Single Sign On che agevola le procedure di sicurezza e favorendo un processo trasparente di utilizzo dei sistemi.



Funzionalità del Sistema

Di seguito vengono definite le funzionalità del sistema. Si precisa che il sistema software fonda la sua utilità sull'integrazione spinta con diversi servizi informativi sanitari disponibili sul territorio con lo scopo di semplificare le procedure di accesso tramite un punto aggregatore capace di fornire servizi avanzati sanitari tracciabili e monitorabili in termini di qualità/efficienza dei servizi.

Linea Telefonica Dedicata

Attori Coinvolti:

- Operatori di Call Center;
- Assistiti.

Descrizione delle caratteristiche funzionali. La linea telefonica con numero unico dedicato è il canale di accesso principale ai servizi offerti dalla Centrale Operativa. Gli Attori Assistiti vengono accolti dagli Attori Operatori di Call Center che possono effettuare sia una fase di accettazione (in caso di nuovo assistito) sia recuperare la storia pregressa dell'utente che si è messo in contatto.

CRM di Gestione

Attori Coinvolti:

- Operatori di Call Center;
- Operatori di Front Office;
- Assistiti.

Descrizione delle caratteristiche funzionali. Il CRM di gestione è quel sistema software che permette di gestire la fase di primo contatto e recuperare le info principali del chiamante o della persona che si reca presso la sede fisica della Centrale Operativa. Attraverso il CRM di Gestione è possibile eseguire:

- la compilazione del questionario/check list per acquisire le informazioni che esprimono l'esigenza puntuale dell'Attore Paziente nel momento del contatto;
- l'aggiornamento del questionario nel caso in cui l'Attore Paziente chiami o si rechi presso la Centrale per aggiornamenti sullo stato attuale o su un episodio clinico pregresso. In tal caso tutte le richieste ereditano la storia passata;
- l'Attore Operatore di Call Center o Front Office ha la possibilità di attivare richieste per vari servizi quali ad esempio:
 - Prenotazione di visite specialistiche in regime SSN;
 - Arruolamento in specifici percorsi di cura del paziente quali ad esempio PDTA per la gestione della cronicità;
 - Arruolamento e gestione dei pazienti in regime di telemedicina;
 - Richieste di presidi sanitari (fabbisogno paziente diabetico, richieste pannoloni, ecc.);

	○ Gestione delle richieste alla PUA (Porta Unica d'Accesso) per attivare il percorso di valutazione di richiesta di prestazioni di fisioterapia domiciliare. In tal caso l'Attore di Call Center o Front Office ha la possibilità di inoltrare la richiesta alla PUA attivando il relativo processo ○ Gestione dell'arruolamento in percorsi di screening. Se l'utente è candidabile a screening aziendali l'operatore ha la possibilità di arruolarlo e di prenotare la sessione di screening; • il CRM ha inoltre il compito di essere sempre sincronizzato con tutti gli eventi aziendali che vengono gestiti attraverso le sue interfacce web. Questo viene realizzato con processi batch che permettono in maniera temporizzata di ricevere l'opportuno ritorno informativo dai sottosistemi aziendali ottenendo così un allineamento costante dei dati; • gestione del sistema di notifiche ed alert (ad esempio per prestazioni erogate ad un certo utente) che visualizza a video degli operatori l'occorrenza di eventi eventualmente richiedendone l'intervento. Integrazione CRM di Gestione con sistema di Telemedicina <i>Descrizione delle caratteristiche funzionali.</i> La Centrale Operativa Territoriale prevede inoltre la possibilità di attivare specifici servizi di teleconsulto, televisita, telemonitoraggio richiamando l'apposita piattaforma che l'azienda già utilizza per il monitoraggio Covid e per la telemedicina in generale. Cartella Territoriale dell'Assistito <i>Descrizione delle caratteristiche funzionali.</i> Tutte le attività territoriali erogata all'assistito e gestite attraverso il workflow implementato dalla Centrale Operativa confluisce nella cartella territoriale dell'assistito che a sua volta è ricompresa nell'FSE dell'utente. All'interno della Cartella Territoriale l'Attore Assistito ha la possibilità di visualizzare le prestazioni, i referti, le prenotazioni e di gestire i suoi consensi verso il FSE previo autenticazione con SPID/CIE. Attività di informazione e comunicazione Di seguito vengono definite le illustrare le attività di knowledge sharing, favorendo alla comunità molisana (target del progetto) la conoscenza delle attività progettuali, al fine di facilitarne l'utilizzo appropriato. Le attività di comunicazione saranno multilivello e vedranno coinvolti tutti gli attori in causa, da quelli istituzionali a quelli associativi. L'obiettivo è di favorire l'accesso ai servizi pubblici e principalmente alle Strutture di Prossimità, promuovendone la conoscenza allargata e approfondita. L'attività comunicativa sarà volta a favorire processi di semplificazione delle procedure e di modernizzazione dei percorsi socio-sanitari, conferendo conoscenza e visibilità ad eventi dedicati. L'obiettivo è quello di realizzare un piano di comunicazione condiviso, inteso quale strumento per programmare le azioni di comunicazione nel periodo stabilito dal progetto, utile a ordinare, sviluppare e impiegare le risorse (umane, strumentali, economiche) necessarie per raggiungere gli obiettivi definiti. Attraverso il piano di comunicazione infatti é possibile organizzare in sequenza logica obiettivi, strategie e strumenti destinati a veicolare i messaggi relativi al Progetto e ai servizi correlati.
--	---

	Indicatori di risultato previsti
11	Realizzazione di percorsi di continuità delle cure e di integrazione socio-sanitaria per la definizione del Budget di Salute
	Presidiare la salute di comunità nelle aree regionali con scarsa presenza di servizi sociosanitari
	Realizzazione di un piano di comunicazione per le Strutture di prossimità e per il Budget di Salute
	Incremento e diversificazione delle campagne di screening regionale
	Attivazione Cartella territoriale dell'Assistito integrata con il Fascicolo Sanitario Elettronico
	Attivazione numero unico dedicato della Centrale Operativa Territoriale