



**PRESIDENTE DELLA REGIONE MOLISE
COMMISSARIO AD ACTA**

**Per l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario
Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 18.05.2015**

DECRETO

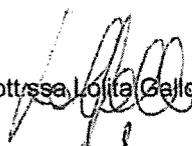
N. 39

IN DATA 15/06/2016

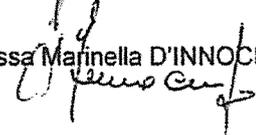
OGGETTO:

Intesa, ai sensi dell'articolo 1, comma 34 e 34 bis, della Legge 23 dicembre, n. 662, sulla proposta del Ministro della Salute di deliberazione del CIPE relativa all'assegnazione alle Regioni della quota accantonata sulle somme vincolate delle disponibilità per il SSN per gli obiettivi prioritari e di rilievo nazionale previsti dal PSN 2006-2008, per la realizzazione di progetti in tema di ottimizzazione dell'assistenza sanitaria nelle isole minori e nelle località caratterizzate da eccezionali difficoltà di accesso, a valere sul FSN 2011, 2012, 2013 (rep. Atti n. 146/CSR del 30 luglio 2015). Determinazioni.

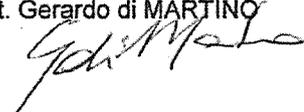
Il Direttore del Servizio
Programmazione economico-finanziaria del SSR


Dott.ssa Lolita Gallo

Il Direttore Generale per la Salute


Dott.ssa Marinella D'INNOCENZO

Visto: Il Sub Commissario Ad Acta


Dott. Gerardo di MARTINO



**PRESIDENTE DELLA REGIONE MOLISE
COMMISSARIO AD ACTA**

**Per l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario
Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 18.05.2015**

DECRETO N. 39

DEL 15/06/2016

OGGETTO:

Intesa, ai sensi dell'articolo 1, comma 34 e 34 bis, della Legge 23 dicembre, n. 662, sulla proposta del Ministro della Salute di deliberazione del CIPE relativa all'assegnazione alle Regioni della quota accantonata sulle somme vincolate delle disponibilità per il SSN per gli obiettivi prioritari e di rilievo nazionale previsti dal PSN 2006-2008, per la realizzazione di progetti in tema di ottimizzazione dell'assistenza sanitaria nelle isole minori e nelle località caratterizzate da eccezionali difficoltà di accesso, a valere sul FSN 2011, 2012, 2013 (Rep. Atti n. 146/CSR del 30 luglio 2015). Determinazioni.

**IL PRESIDENTE DELLA REGIONE MOLISE
COMMISSARIO AD ACTA**

PREMESSO che, con delibera del Consiglio dei Ministri in data 21 marzo 2013 il Presidente *pro tempore* della Regione Molise, Arch. Paolo di Laura Frattura, è stato nominato Commissario *ad Acta* per la prosecuzione del vigente Piano di Rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Molise, con l'incarico prioritario di adottare, sulla base delle linee guida predisposte dai Ministeri affiancanti, i programmi operativi per gli anni 2013-2015 (ai sensi dell'art.15, comma 20, del D.L. 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni in Legge 7 agosto 2012, n.135) e di procedere alla loro attuazione;

VISTA la successiva delibera della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 18 maggio 2015;

ATTESO che il contenuto del presente atto è pienamente coerente con gli obiettivi del vigente Piano di Rientro dai disavanzi del settore sanitario;

VISTO il D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421" e s.m.i.;

VISTO l'articolo 1, comma 34, della L. 23 dicembre 1996, n. 662, come recentemente modificato dalla L. 23 dicembre 2014, n. 190 il quale prevede, tra l'altro, che, il CIPE, su proposta del Ministro della Sanità, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, possa vincolare quote del Fondo Sanitario Nazionale, da assegnare alle Regioni per la predisposizione, ai sensi del successivo comma 34 bis, di specifici progetti;

VISTO il successivo comma 34 bis-introdotta con legge 27 dicembre 1997, n. 449 come modificato dal comma 1 quater dell'art. 79 del D.L. 25 giugno 2008, n. 112, (convertito con Legge del 6 agosto, n. 133), dall'art. 3 bis, comma 1 del D.L. 8 aprile 2013, n. 35 (convertito con modificazioni dalla L. 6 giugno 2013, n. 64) e dall'art. 1, comma 559, lettera a) b) c) e d) della L. 23 dicembre 2014, n. 190- ai sensi del quale è

previsto che "Per il perseguimento degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale indicati nel comma 34 le regioni elaborano specifici progetti sulla scorta di linee guida proposte dal Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali ed approvate con accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano. La Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, su proposta del Ministro della sanità, individua i progetti ammessi a finanziamento utilizzando le quote a tal fine vincolate del Fondo sanitario nazionale ai sensi del comma 34. Le regioni impegnate nei Piani di rientro individuano i progetti da realizzare in coerenza con gli obiettivi dei Programmi operativi. La predetta modalità di ammissione al finanziamento è valida per le linee progettuali attuative del Piano sanitario nazionale fino all'anno 2008. A decorrere dall'anno 2009, il Comitato interministeriale per la programmazione economica (CIPE), su proposta del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, provvede a ripartire tra le regioni le quote vincolate del Fondo sanitario nazionale ai sensi del comma 34 all'atto dell'adozione della propria delibera di ripartizione delle somme spettanti alle regioni a titolo di finanziamento della quota indistinta di Fondo sanitario nazionale di parte corrente. Al fine di agevolare le regioni nell'attuazione dei progetti di cui al comma 34, il Ministero dell'economia e delle finanze provvede ad erogare, a titolo di acconto, il 70 per cento dell'importo complessivo annuo spettante a ciascuna regione, mentre l'erogazione del restante 30 per cento è subordinata all'approvazione da parte della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, su proposta del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, dei progetti presentati dalle regioni, comprensivi di una relazione illustrativa dei risultati raggiunti nell'anno precedente. La mancata presentazione ed approvazione dei progetti comportano, nell'anno di riferimento, la mancata erogazione della quota residua del 30 per cento ed il recupero, anche a carico delle somme a qualsiasi titolo spettanti nell'anno successivo, dell'anticipazione del 70 per cento già erogata. A decorrere dall'anno 2013, il predetto acconto del 70 per cento è erogato a seguito dell'intervenuta intesa, in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sulla ripartizione delle predette quote vincolate per il perseguimento degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale indicati nel comma 34";

VISTI:

- l'Intesa, ai sensi dell'articolo 1, comma 34 e 34 bis, della Legge 23 dicembre, n. 662, sancita dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 30 luglio 2015 (rep. Atti n. 146/CSR) sulla proposta del Ministro della Salute di deliberazione del CIPE relativa all'assegnazione alle Regioni della quota accantonata sulle somme vincolate delle disponibilità per il SSN per gli obiettivi prioritari e di rilievo nazionale previsti dal PSN 2006-2008, per la realizzazione di progetti in tema di ottimizzazione dell'assistenza sanitaria nelle isole minori e nelle località caratterizzate da eccezionali difficoltà di accesso; a valere sul FSN 2011, 2012, 2013;
- la Delibera CIPE del 23 dicembre 2015 recante "Fondo sanitario nazionale 2011-2013: assegnazione alle Regioni delle quote accantonate sulle somme vincolate agli obiettivi prioritari e di rilievo nazionale previsti dal piano sanitario nazionale 2006-2008 per la realizzazione di progetti in tema di ottimizzazione dell'assistenza sanitaria nelle isole minori e nelle località caratterizzate da eccezionali difficoltà di accesso" e l'allegata tabella di riparto delle risorse tra le regioni per la realizzazione di progetti in tema di ottimizzazione dell'assistenza sanitaria nelle isole minori e nelle località caratterizzate da eccezionali difficoltà di accesso;

PRESO ATTO:

- dell'allegato A alla citata Intesa del 30 luglio 2015 (rep. Atti n. 146/CSR), contenente la Proposta di deliberazione per il CIPE recante "FSN 2011, 2012 e 2013 – Assegnazione alle regioni della quota accantonata sulle somme vincolate delle disponibilità per il Servizio sanitario nazionale per gli obiettivi prioritari e di rilievo nazionale previsti dal Piano sanitario nazionale 2006-2008 ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34 bis della legge 23 dicembre 1996, n. 662, per la realizzazione di progetti in tema di ottimizzazione dell'assistenza sanitaria nelle isole minori e nelle località caratterizzate da eccezionali difficoltà di accesso", con allegato prospetto di assegnazione delle somme che prevede per la Regione Molise l'assegnazione di una somma complessiva di € 49.931,00;
- dell'allegato B alla citata Intesa del 30 luglio 2015 (rep. Atti n. 146/CSR), recante "Progetto pilota per l'ottimizzazione dell'Assistenza sanitaria nelle Isole Minori e Località caratterizzate da difficoltà di accesso";

EVIDENZIATO che, ai fini della realizzazione di progetti in tema di ottimizzazione dell'assistenza sanitaria nelle isole minori e nelle località caratterizzate da eccezionali difficoltà di accesso, alla Regione Molise,

come da prospetto di assegnazione delle somme allegato alla citata Intesa del 30 luglio 2015 (rep. Atti n. 146/CSR), è assegnato un importo di € 49.931,00;

VISTA la nota DGPROGS 0009001-P-15/03/2016 con cui il Ministero della Salute-Direzione Generale della Programmazione Sanitaria-, al fine di illustrare l'iter attuativo del progetto interregionale e fornire indicazioni relative alla fase di predisposizione dei progetti regionali, ha fissato in data 6 aprile 2016, presso la sede del Ministero, un incontro al quale sono stati invitati i rappresentanti regionali cui afferisce la tematica di interesse;

CONSIDERATO che, nel corso del suddetto incontro, sono state fornite indicazioni circa la predisposizione dei progetti regionali in tema di ottimizzazione dell'assistenza sanitaria nelle isole minori e nelle località caratterizzate da eccezionali difficoltà di accesso e, per la Regione Molise, è stata stabilita la Regione Toscana quale regione capofila di supporto per la predisposizione degli stessi, con indicazione dei responsabili cui far riferimento;

VISTO l'allegato **A**), parte integrante e sostanziale del presente provvedimento recante "Ottimizzazione dell'assistenza sanitaria nel Distretto sanitario di Agnone a valere sulla quota del FSN 2011, 2012 e 2013 destinata alla realizzazione di progetti in tema di ottimizzazione dell'assistenza sanitaria nelle isole minori e nelle località caratterizzate da eccezionali difficoltà di accesso ai sensi dell'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662: la gestione dello scompenso cardiaco", redatto dal Servizio Programmazione economico-finanziaria del SSR della Regione Molise secondo le indicazioni contenute nell'allegato A alla citata Intesa del 30 luglio 2015 (rep. Atti n. 146/CSR) e secondo il modello, gli indirizzi e le osservazioni della Regione Toscana;

VISTI

- il nuovo Patto della Salute per gli anni 2014-16, sottoscritto, in data 10 luglio 2014, in sede di Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano;
- il D.L. 13 settembre 2012, n. 158, convertito con legge 8 novembre 2012, n. 189 "Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute";

PRECISATO che il presente provvedimento non comporta oneri a carico dell'Amministrazione Regionale;

in virtù dei poteri conferiti con le Deliberazioni del Consiglio dei Ministri del 18.05.2015;

DECRETA

quanto premesso costituisce parte integrante e sostanziale del presente atto;

- di prendere atto di quanto in premessa rappresentato, che costituisce parte integrante del presente decreto;
- di recepire:
 - l'Intesa, ai sensi dell'articolo 1, comma 34 e 34 bis, della Legge 23 dicembre, n. 662, sancita dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 30 luglio 2015 (rep. Atti n. 146/CSR) sulla proposta del Ministro della Salute di deliberazione del CIPE relativa all'assegnazione alle Regioni della quota accantonata sulle somme vincolate delle disponibilità per il SSN per gli obiettivi prioritari e di rilievo nazionale previsti dal PSN 2006-2008, per la realizzazione di progetti in tema di ottimizzazione dell'assistenza sanitaria nelle isole minori e nelle località caratterizzate da eccezionali difficoltà di accesso, a valere sul FSN 2011, 2012, 2013;
 - la Delibera CIPE del 23 dicembre 2015 recante "Fondo sanitario nazionale 2011-2013: assegnazione alle Regioni delle quote accantonate sulle somme vincolate agli obiettivi prioritari e di rilievo nazionale previsti dal piano sanitario nazionale 2006-2008 per la realizzazione di progetti in tema di ottimizzazione dell'assistenza sanitaria nelle isole minori e nelle località caratterizzate da eccezionali difficoltà di accesso" e l'allegata tabella di riparto delle risorse tra le regioni per la realizzazione di progetti in tema di ottimizzazione dell'assistenza sanitaria nelle isole minori e nelle località caratterizzate da eccezionali difficoltà di accesso;
- di approvare l'allegato **A**), parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, recante "Ottimizzazione dell'assistenza sanitaria nel Distretto sanitario di Agnone a valere sulla quota del FSN 2011, 2012 e 2013 destinata alla realizzazione di progetti in tema di ottimizzazione dell'assistenza sanitaria nelle isole minori e nelle località caratterizzate da eccezionali difficoltà di accesso ai sensi dell'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662: la gestione dello scompenso cardiaco";

- di demandare alla Direzione Generale per la Salute la trasmissione del presente Decreto e relativo allegato A), al Ministero della Salute - Direzione Generale della programmazione sanitaria, ai fini della valutazione in ordine all'ammissione al finanziamento, in conformità a quanto previsto dalla citata Intesa del 30 luglio 2015 (rep. Atti n. 146/CSR);
- di demandare alla Direzione Generale per la Salute il seguito di competenza del presente Decreto per l'adozione degli atti esecutivi.

Il presente decreto, composto da n. 5 pagine e da n.1 allegato sarà pubblicato sul BURM, nel sito ufficiale della Regione Molise ed è notificato ai competenti Ministeri affiancanti per il Piano di rientro.

IL COMMISSARIO AD ACTA
Paolo di Laura Frattura



SCHEDA PROGETTO¹

1	TITOLO DEL PROGETTO	<p>Ottimizzazione dell'assistenza sanitaria nel Distretto sanitario di Agnone a valere sulla quota del FSN 2011, 2012 e 2013 destinata alla realizzazione di progetti in tema di ottimizzazione dell'assistenza sanitaria nelle isole minori e nelle località caratterizzate da eccezionali difficoltà di accesso ai sensi dell'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662: la gestione dello scompenso cardiaco nel distretto di Agnone.</p>
2	BREVE SINTESI <i>descrivere sinteticamente il progetto evidenziando inoltre razionale, metodologia, riproducibilità</i>	<p>Il distretto sanitario di Agnone è situato in un'area geografica disagiata, con conseguenti difficoltà di accesso che, per alcune aree nel periodo invernale, può arrivare anche al completo isolamento. Questa situazione crea difficoltà ai medici di medicina generale (MMG) ed ai pediatri di libera scelta (PLS), nonché disagi per l'accesso ai presidi ospedalieri, la gestione di pazienti affetti da particolari patologie. Sono, inoltre, presenti elevati tassi di ospedalizzazione per condizioni trattabili in un setting territoriale, numerosi ricoveri evitabili e lunghe liste di attesa.</p> <p>In considerazione delle risorse messe a disposizione per le attività progettuali e tenuto conto delle problematiche prevalenti sul territorio, si è ritenuto opportuno concentrarsi prioritariamente sui bisogni di salute di soggetti residenti nell'ambito territoriale del Distretto sanitario di Agnone, affetti da scompenso cardiaco. La medicina generale ha un ruolo essenziale nella prevenzione, diagnosi, trattamento e gestione complessiva della malattia, inoltre, lo scompenso cardiaco richiede, oltre alla gestione delle fasi di instabilità, l'individuazione di percorsi prevedibili della storia naturale e, quindi, un approccio assistenziale programmato, secondo una logica prevalentemente prognostica e preventiva, anziché semplicemente sintomatica e attendista. E' necessaria una gestione integrata territoriale ed ospedaliera sulla base delle necessità del singolo paziente; ad esempio, nelle fasi di stabilità della malattia il paziente può essere seguito a livello ambulatoriale, mentre nelle fasi avanzate può essere necessaria un'assistenza più intensiva come quella domiciliare integrata (ADI) o come quella ospedaliera.</p> <p>Il progetto vuole ottimizzare il percorso di gestione dello scompenso cardiaco, anche attraverso la creazione di una piattaforma informatica, contribuendo, così, al miglioramento dell'assistenza sanitaria nell'ambito del Distretto sanitario di Agnone, in linea con gli indirizzi ministeriali in materia di assistenza sanitaria nelle località caratterizzate da eccezionali difficoltà di accesso. Gli elettrocardiografi acquistati per la gestione dei pazienti affetti da scompenso cardio vascolare saranno utilizzati prevalentemente al domicilio dell'assistito ma anche da specialisti in attività ambulatoriale.</p> <p>L'intervento si integra con altri progetti in fase di attuazione all'interno della Regione Molise con particolare riferimento Piano d'Azione Tematico "Servizi di cura per gli anziani" che prevede la realizzazione di una serie di Azioni per il miglioramento dell'Assistenza Domiciliare Integrata.</p> <p>All'interno dello stesso Piano di Azione, è prevista l'Azione 8 - Automatizzazione della gestione dei servizi di assistenza domiciliare</p>

¹ Fondo Sanitario Nazionale 2011-2013: assegnazione alle Regioni delle quote accantonate sulle somme vincolate agli obiettivi prioritari e di rilievo nazionale previsti dal piano sanitario nazionale 2006-2008 per la realizzazione di progetti in tema di ottimizzazione dell'assistenza sanitaria nelle isole minori e nelle località caratterizzate da eccezionali difficoltà di accesso. (Delibera n. 122/2015).

	<p>che, in perfetta sinergia con il presente intervento, consentirà di sperimentare l'automatizzazione delle forme di cura previste per l'Assistenza Domiciliare integrata.</p> <p>In dettaglio l'Azione prevede l'acquisto di software dedicato da interfacciare con il servizio informativo regionale per la gestione dell'assistenza domiciliare collegato a terminali palmari per l'automazione della gestione dei servizi di assistenza domiciliare. L'utilizzo di un dispositivo che consenta di stabilire non solo l'effettiva presenza dell'operatore presso il paziente ma anche la tipologia delle prestazioni rese durante il servizio, nonché la durata delle stesse, rappresenta garanzia di qualità del servizio migliorandone l'organizzazione attraverso un regolare flusso di informazioni.</p> <p>Al paziente/utente sarà consegnata una scheda con un codice QRCode che permetterà di interagire con il sistema attraverso il dispositivo in dotazione all'operatore.</p> <p>Tale modalità di lavoro permetterà all'Azienda di essere a conoscenza in tempo reale delle prestazioni erogate sia dai propri operatori (medici, infermieri) che da quelli utilizzati dalle Cooperative appaltatrici dei servizi di assistenza domiciliare attuando un valido e serio sistema di monitoraggio delle prestazioni erogate e pagate a fronte di liquidazione delle stesse. Per completare il contesto nel quale andrà ad inserirsi il presente progetto, si fa presente che nello stesso asse (Piano d'Azione Tematico "Servizi di cura per gli anziani") è prevista, all'interno dell'Azione 7 - Implementazione dell'Assistenza Domiciliare per pazienti con gravi patologie per qualificare ed integrare gli interventi socio-sanitari ed evitare il ricorso ai ricoveri impropri, l'acquisto di apparecchiature che consentano di inviare dati per via telematica.</p>
--	---

RESPONSABILITA'			
3	Responsabile scientifico del progetto	<i>Cognome Nome</i>	Grasso Guido Maria
		<i>Ruolo e qualifica</i>	Professore ordinario di Igiene, Dipartimento di Medicina e di Scienze della Salute, Università degli Studi del Molise
		<i>Recapiti telefonici</i>	366-2607338
		<i>e- mail</i>	grasso@unimol.it
	Responsabile amministrativo del progetto	<i>Cognome Nome</i>	Gallo Lolita
		<i>Ruolo e qualifica</i>	Direttore Responsabile Servizio del Servizio Programmazione Economico-Finanziaria del SSR - Regione Molise - Direzione Generale per la Salute
		<i>Recapiti telefonici</i>	329-250806
		<i>e- mail</i>	gallo.lolita@mail.regione.molise.it

GRUPPO DI LAVORO				
	Cognome Nome	Ruolo e qualifica	Recapiti telefonici	e- mail
4	Avv. De Rubertis Tania	Collaboratore - Regione Molise -Direzio ne Generale per la Salute	333-4021251	derubertis.tania@mail.regione.molise.it
	Ing. Crocco Mario	Collaboratore - Regione Molise -Direzio ne Generale per la Salute	328-3788008	mario.crocco@gmail.com
	Arch. Oriente Elena	Collaboratore - Regione Molise -Direzio ne Generale per la Salute	339-7919288	elenaoriente@gmail.com
	Dott.ssa Occhionero Mariavittoria	specialista in formazione, Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, sede consorziata dell'Università del Molise (UNIMOL)	320-1987123	mariavittoriaocchionero@yahoo.it

5	RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO - MODALITÀ DI REPERIMENTO RISORSE		
	Ente finanziatore	Riferimento (delibera, atto ecc.)	Importo richiesto
	o Regione		49.931,00
	o Azienda (indicare centro di costo)		
	o Altro (specificare)		

6	<p>ANALISI DEL CONTESTO/SCENARIO DI RIFERIMENTO se pertinente riportare dati epidemiologici, di attività, di costo, ecc.</p>	<p>La popolazione residente nell'ambito territoriale di Agnone ammonta a 13.121 unità (4,1% della popolazione residente in Molise, 320.838 ab.). Lo studio della struttura per età mostra il declino progressivo della natalità e della mortalità che determina l'attuale invecchiamento della popolazione. L'indice di invecchiamento (283 anno 2010) è il più alto della Regione (media regione Molise 172, media Italia 143). L'ambito territoriale di Agnone presenta la più elevata percentuale di ultra65enni (29% rispetto al valore medio regionale di 22%) e di ultra85enni (5% rispetto al valore regionale del 3%). La popolazione residente è frequentemente situata in abitazioni lontane dai centri abitati, in case isolate, non semplici da raggiungere anche nelle condizioni più favorevoli.</p>
---	---	--

7	<p>MOTIVI CHE DETERMINANO LA NECESSITÀ DEL PROGETTO</p>	<p>L'analisi della situazione sanitaria esistente nella Regione Molise ha fatto emergere, per quanto riguarda il distretto di Agnone, la necessità di implementare su tale territorio geograficamente disagiato una offerta di salute in grado di rispondere alle necessità della popolazione residente Tali difficoltà derivano non solo dalla distanza dai servizi e dalle peculiarità orografiche, demografiche e socioeconomiche ma anche dalla presenza di un cospicuo numero di anziani.</p> <p>In particolare, l'ambito territoriale di Agnone (circa 13.121 unità) presenta un evidente declino progressivo della natalità e della mortalità con relativo invecchiamento della popolazione (Tabella 1). La popolazione residente, inoltre, vive in abitazioni distanti dai centri abitati, non facili da raggiungere con difficoltà per MMG, disagi degli utenti per l'accesso ai presidi ospedalieri, difficoltà nella gestione dei malati terminali.</p> <p>In questo contesto sono presenti elevati tassi di ospedalizzazione per condizioni trattabili dai servizi territoriali, alti indici di ricoveri evitabili, lunghe</p>
---	--	--

attese sia in relazione ai mezzi di soccorso territoriali sia nei servizi per l'esecuzione di specifici trattamenti (chemioterapici, radioterapici, dialisi) e difficoltà di raggiungimento degli ambulatori dei MMG e PdS.

Nella Tabella 2 sono riportati i tassi di mortalità nella popolazione del distretto sanitario di cui al progetto; il ridotto numero di residenti non consente una significativa distribuzione dei morti per singolo comune e, pertanto, viene riportato solo la mortalità totale di ciascun comune e non una ripartizione per fasce di età.

Tabella 1. Classi di età della popolazione residente di riferimento (fonte: Geo demo, istat.it; anno 2015)

distretto sanitario	classi di età							totale
	0<1	1-4	5-14	15-44	45-64	65-74	75+	
Agnone	27	137	389	1791	1501	544	736	5125
Belmonte del Sannio	3	27	53	238	192	107	157	777
Capracotta	5	19	45	282	293	90	181	915
Carovilli	5	37	102	481	411	148	193	1377
Castel del Giudice	0	12	15	105	104	38	69	343
Castelverrino	0	0	3	39	40	14	28	124
Pescopennataro	7	7	7	96	78	24	74	288
Pietrabbondante	5	5	31	242	221	101	169	774
Poggio Sannita	20	20	44	169	168	94	226	725
San Pietro Avellana	10	10	37	161	136	65	109	521
Sant'Angelo del Pesco	7	7	20	112	96	49	79	368
Vastogirardi	9	9	46	223	214	75	148	718

Tabella 2. mortalità nella popolazione di riferimento (fonte: UrbiStat.it; anno 2014)

distretto sanitario	morti	popolazione al 31 dic.	tasso di mortalità x 1000	graduatoria (rispetto a 8047 comuni)
Agnone	66	5125	12,8	2444
Belmonte del Sannio	20	777	25,4	191
Capracotta	10	915	10,8	3873
Carovilli	26	1377	18,7	657
Castel del Giudice	9	343	25,9	176
Castelverrino	1	124	8,0	6303
Pescopennataro	6	288	20,6	462
Pietrabbondante	17	774	22,0	343
Poggio Sannita	11	725	15,1	1458
San Pietro Avellana	13	521	25,0	208
Sant'Angelo del Pesco	7	368	19,0	630
Vastogirardi	8	718	11,1	3607
distr. san. di Agnone	194	12055	16,1	
Molise	3561	313348	11,4	
Italia	598364	60795612	9,8	

Dall'analisi dei dati a disposizione sulle cause di morte della Provincia di Isernia, nel cui ambito è compreso il distretto di Agnone, emerge (Tabella 3) un elevato tasso di mortalità per malattie ischemiche del cuore che potrebbe essere spiegato anche dalla difficoltà di raggiungere rapidamente un centro ospedaliero attrezzato in caso di evento acuto.

Anche il tasso di ospedalizzazione, pur con le dovute cautele derivanti dal ridotto numero di residenti, appare in moltissime situazioni superiore ai valori nazionali.

Tabella 3 cause di morte (fonte: dati.istat.it; anno 2013)

causa di morte	prov. di Isernia		Molise		Italia	
	morti	quoziente di mortalità (per 10.000 ab)	morti	tasso standardizzato di mortalità (per 10.000 ab)	morti	tasso standardizzato di mortalità (per 10.000 ab)
tumori maligni dello stomaco	13	1.49	55	1.39	9565	1.33
tumori maligni di trachea, bronchi, polmoni	28	3.21	102	2.55	33369	4.83
tumori maligni della mammella (sole femmine)	20	4.50	53	2.3	11901	2.99
diabete mellito	32	4.44	132	2.95	20857	2.74
mal. ischemiche del cuore	129	14.80	532	11.00	71119	9.15
mal. cr. delle basse vie resp.	35	5.38	125	2.55	20508	2.6

Tabella 4. Tasso di ospedalizzazione nei comuni del distretto sanitario di Agnone

distretto sanitario	ricoveri			tasso x 1000 assistiti			ASSISTITI*
	2009	2010	2011	2009	2010	2011	
Agnone	886	782	614	165,14	145,76	114,45	5365
Belmonte del Sannio	191	111	90	229,57	133,41	108,17	832
Capracotta	187	121	101	198,30	128,31	107,10	943
Carovilli	142	132	158	98,61	91,67	109,72	1440
Castel del Giudice	25	15	23	68,12	40,87	62,67	367
Castelverrino	33	38	21	235,71	271,43	150,00	140
Pescopennataro	52	46	42	165,61	146,50	133,76	314
Pietrabbondante	99	103	77	116,06	120,75	90,27	853
Poggio Sannita	171	159	122	210,85	196,05	150,43	811
San Pietro Avellana	22	20	24	39,78	36,17	43,40	553
Sant'Angelo del Pesco	29	27	27	76,72	71,43	71,43	378
Vastogirardi	102	91	61	136,18	121,50	81,44	749
totale	1939	1645	1360	152,14	129,07	106,71	12745

*anno 2010

8

CONSEGUENZE DERIVANTI DALLA MANCATA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

La mancata realizzazione del progetto comporterebbe la difficoltà di fornire alle azioni previste nella cura Domiciliare per gli anziani, importanti dati. In aggiunta comporterebbe gravi perdite di informazioni rilevanti per un corretto studio del fenomeno dello scompenso cardiaco all'interno della Regione. Questo anche perché è prevista una forte integrazione con le Azioni descritte nei paragrafi precedenti, a cui il presente progetto fornisce un valore aggiunto non indifferente nonostante l'esiguo valore economico. La mancata realizzazione del progetto comporterebbe la difficoltà di implementare l'offerta di salute nel distretto di Agnone, rispetto alle necessità della popolazione residente, in particolare nei soggetti anziani fragili affetti da patologia cronico-degenerativa riconducibile alle particolari difficoltà di accesso al territorio.

9

DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO

Data inizio prevista

Data termine prevista

1 ottobre 2016

31 settembre 2017

10

TIPOLOGIA DEL PROGETTO

Fare una X a fianco della tipologia di progetto

- Innovazione
- Implementazione X
- Mantenimento
- Altro specificare

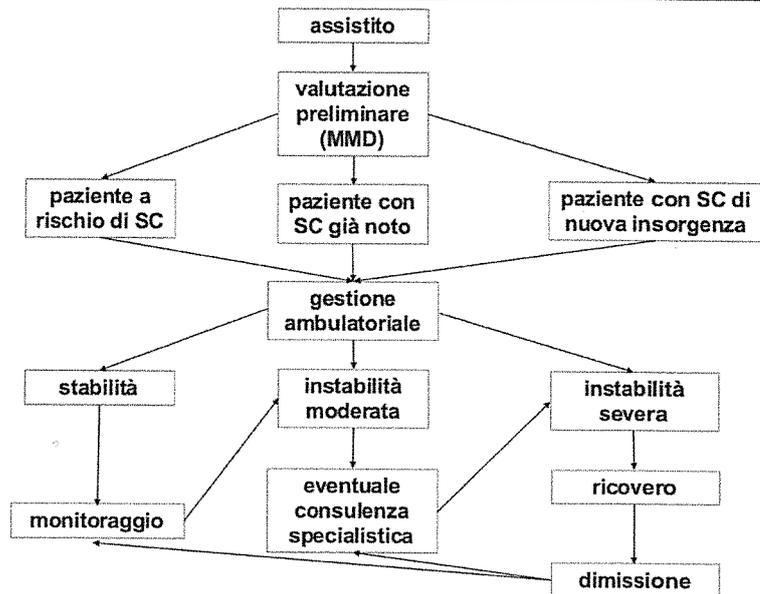
EVENTUALI PROGETTI CORRELATI	
11	Titolo
	Responsabile del progetto
	Struttura di riferimento
	Obiettivo
	Durata
	Modalità

RISULTATI ATTESI		
12	A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati dal progetto	<ol style="list-style-type: none"> 1. creazione di una rete territoriale integrata per la gestione dello scompenso cardiaco; 2. Disponibilità di piattaforma web per la gestione dello scompenso cardiaco; 3. Formazione del personale coinvolto; 4. Appropriatelyzza nella gestione dei pazienti soprattutto anziani affetti da scompenso cardio-vascolare;
	A lungo periodo, a cui tendere, non direttamente raggiungibili al termine del progetto	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ottimizzazione dell'accessibilità all'assistenza sanitaria territoriale per lo scompenso cardiaco e anche per le altre patologie di maggiore impatto epidemiologico; 2. Ottimizzazione del sistema di emergenza-urgenza; 3. Ottimizzazione del sistema di telemedicina;

13	OBIETTIVO GENERALE <i>Obiettivi raggiunti al termine del progetto</i>	L'obiettivo generale del progetto è la gestione appropriata dei pazienti, soprattutto anziani, affetti da scompenso cardiaco (SC), nell'ambito territoriale disagiato del Distretto sanitario di Agnone.
----	---	--

14	OBIETTIVI SPECIFICI <i>Obiettivi realizzati per ogni fase del progetto</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1°. Individuazione delle persone a rischio di SC e attuazione degli interventi idonei a ritardare la comparsa della patologia; 2°. individuazione, diagnosi e terapia delle persone affette da SC asintomatico al fine di ritardare la progressione a scompenso conclamato; 3°. individuazione, diagnosi e terapia delle persone affette da SC sintomatico al fine di migliorare la qualità di vita, migliorare la soddisfazione per l'assistenza, promuovere l'autonomia decisionale e l'autocura, ridurre il numero dei ricoveri e le giornate di degenza ospedaliera, migliorare l'appropriatezza degli interventi (intesa non solo come migliore efficacia ed efficienza clinica, ma anche come maggior aderenza ai bisogni del paziente) e migliorare la compliance ai farmaci ed alle misure relative allo stile di vita; 4°. integrazione dei servizi sanitari con utilizzo dei protocolli diagnostici e terapeutici condivisi con la medicina generale e la specialistica sia territoriale che ospedaliera; 5°. creazione di una piattaforma informatica, strumento utile al miglioramento della gestione del paziente con scompenso cardiaco; 6°. formazione di tutto il personale medico e infermieristico coinvolto; 7°. realizzazione di un piano che organizzi in modo preciso e puntuale gli interventi necessari per applicare tale metodologia nel territorio dell'intera regione; 8°. realizzazione di un evento congressuale divulgativo per illustrare i risultati ottenuti.
----	--	--

15	STRATEGIA INDIVIDUATA	<p>In considerazione delle risorse messe a disposizione per le attività progettuali e tenuto conto delle problematiche prevalenti sul territorio, si è ritenuto opportuno concentrarsi prioritariamente sui bisogni di salute di soggetti residenti nell'ambito territoriale del Distretto sanitario di Agnone, affetti da scompenso cardiaco, definito come incapacità del cuore di fornire sangue in quantità adeguate alle richieste dell'organismo; la classificazione NYHA (New York Heart Association) suddivide lo stato di scompenso in base alla sintomatologia in 4 classi di gravità (Classe I: l'attività fisica abituale non determina dispnea, astenia, palpitazioni; Classe II: lieve limitazione dell'attività fisica abituale per la comparsa di dispnea, affaticamento, palpitazioni, benessere a riposo; Classe III: grave limitazione dell'attività fisica, i sintomi di dispnea, affaticamento insorgono per attività fisica di entità inferiore a quella abituale, benessere a Riposo; Classe IV: incapacità a svolgere qualsiasi attività senza comparsa di sintomi, sintomi di scompenso anche a riposo). Questa patologia ha un notevole impatto clinico e sociale a per l'elevata morbosità e mortalità (prevalenza attesa: 0,3-2% della popolazione adulta; incidenza attesa: 0,1-0,2% nuovi casi/anno). A causa della presenza di una maggiore quota di persone anziane nella popolazione di riferimento, è previsto un ulteriore aumento del numero dei casi e quindi anche dei costi sociali rispetto alla media nazionale. Secondo le Linee Guida sullo Scompenso Cardiaco Cronico della European Society of Cardiology, "un sistema organizzato di cura specialistica dei pazienti con scompenso cardiaco migliora i sintomi e riduce le ospedalizzazioni (Classe I, livello di evidenza A) e la mortalità (Classe IIa, livello di evidenza B)". Le stesse Linee Guida puntualizzano che il modello ottimale di assistenza dipende soprattutto dalle singole realtà locali e dalle risorse disponibili. I pazienti con scompenso cardiaco cronico possono presentare riacutizzazioni della malattia tali da rendere frequente il ricovero ospedaliero ("re-ricovero") che, tuttavia, solo in una minoranza dei casi è appropriato. E' dimostrato, infatti, che il peggioramento del quadro clinico è spesso connesso a fattori precipitanti potenzialmente prevedibili e prevenibili. E', pertanto, necessaria una gestione integrata territoriale ed ospedaliera sulla base delle necessità del singolo paziente; ad esempio, nelle fasi di stabilità della malattia il paziente può essere seguito a livello ambulatoriale, mentre nelle fasi avanzate può essere necessaria un'assistenza più intensiva come quella domiciliare integrata (ADI) o come quella ospedaliera. La medicina generale ha un ruolo essenziale nella prevenzione, diagnosi, trattamento e gestione complessiva della malattia; Inoltre, lo scompenso cardiaco richiede, oltre alla gestione delle fasi di instabilità, l'individuazione di percorsi prevedibili della storia naturale e, quindi, un approccio assistenziale programmato, secondo una logica prevalentemente prognostica e preventiva, anziché semplicemente sintomatica e attendista.</p> <p>Di seguito viene riportata la flow chart relativa al Percorso Assistenziale per la gestione dello Scompenso Cardiaco.</p>
----	-----------------------	---



Nell'ambito del quadro di cui sopra si prevede l'acquisizione di una piattaforma informatica completa di server e di 10 elettrocardiografi, necessaria per la gestione dei pazienti. Gli elettrocardiografi acquistati per la gestione dei pazienti affetti da scompenso cardio vascolare saranno utilizzati prevalentemente al domicilio dell'assistito ma anche da specialisti in attività ambulatoriale. E', inoltre, necessario implementare una azione formativa per tutti i soggetti che devono utilizzare la piattaforma informatica.

Verrà anche realizzato un piano che organizzi in modo preciso e puntuale gli interventi necessari per raggiungere la digitalizzazione dei processi nel territorio dell'intera regione. In questo contesto, un ruolo importante dovrà essere svolto dall'applicazione delle moderne tecnologie di telemedicina. Infatti, i modificati bisogni di salute correlati con l'invecchiamento della popolazione, la necessità di spostare l'erogazione dei servizi sanitari dall'ospedale al territorio, privilegiando ove possibile il domicilio del paziente, l'esigenza di migliorare i processi organizzativo-gestionali a supporto della continuità di cura, nonché le conseguenti ricadute in termini di sostenibilità dei servizi sanitari nazionali, rappresentano le sfide che tutti i Paesi avanzati devono affrontare. La sanità digitale consente di migliorare la qualità, l'efficacia e l'efficienza dei processi clinico-sanitari di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, rendendo disponibile la storia clinica del paziente a tutti gli attori coinvolti, permette una migliore gestione dell'emergenza/urgenza e della continuità delle cure. La sanità digitale inoltre abilita processi di cura partecipativi che si basano sullo scambio di conoscenze, esperienze ed opinioni, con innegabili benefici in termini di sviluppo professionale degli operatori sanitari coinvolti che operano all'interno delle strutture sanitarie.

In particolare la telemedicina concorre a sostenere modelli assistenziali innovativi incentrati sul cittadino, in quanto abilita modalità di erogazione dei servizi di assistenza sanitaria, tramite il ricorso alle tecnologie dell'informazione e della comunicazione, in situazioni in cui il professionista della salute e il paziente (o due professionisti) non si trovano nella stessa località. Le prestazioni in telemedicina non sostituiscono le prestazioni sanitarie tradizionali nel rapporto medico-paziente, ma le integrano per potenzialmente migliorare efficacia, efficienza ed appropriatezza, contribuendo ad assicurare equità nell'accesso alle cure nei territori remoti, un supporto nella gestione della cronicità, un canale di accesso all'alta specializzazione, una migliore continuità della cura attraverso il confronto multidisciplinare e un fondamentale ausilio per i servizi di emergenza-urgenza. il collegamento con il modello di miglioramento proposto nel progetto pilota si realizza in particolar modo con le aree di assistenza territoriale e di integrazione ospedale territorio.

16	STRUMENTI E METODI <i>Per i progetti formativi specificare metodi di insegnamento/apprendimento</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. acquisizione piattaforma informatica necessaria alla digitalizzazione delle attività sanitarie in particolare per quanto riguarda lo scompenso cardiaco; 2. Formazione personale coinvolto; 3. valutazione, anche in itinere, della qualità dei risultati ottenuti utilizzando i dati epidemiologici sia correnti che ottenuti tramite indagini ad hoc;
-----------	---	--

17	MODALITÀ DI COMUNICAZIONE <i>Indicare tipologia di evento e se rivolto all'esterno o all'interno dell'azienda</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Incontri sul territorio finalizzati alla formazione del personale; 2. realizzazione di un convegno illustrativo delle attività progettuali da svolgersi al termine del progetto;
-----------	---	--

18	SOGGETTI A CUI È RIVOLTO IL PROGETTO <i>Indicare tipologia di pazienti e/o patologia, popolazione target, ecc.</i>	La tipologia territoriale del distretto comporta evidenti difficoltà nell'assistenza erogata da MMG che, spesso, incontrano difficoltà nella gestione dei propri pazienti. Inoltre, i pazienti stessi possono avere notevoli difficoltà per accedere ai presidi ospedalieri. Anche la gestione dei malati terminali è difficile. Il target, pertanto, non può non essere rappresentato che da tutta la popolazione residente, con una particolare attenzione alle fasce più fragili, soprattutto anziani. In tale ambito è stata selezionata la popolazione, soprattutto anziana, affetta da scompenso cardiaco.
-----------	--	--

19	AREA E/O SETTORE IN CUI SI SVOLGE IL PROGETTO <i>Indicare ospedale, territorio, unità operative coinvolte ecc.</i>	L'area in cui si svolge il progetto corrisponde al Distretto di Agnone. Tale distretto comprende i seguenti comuni: 1.Agnone, 2.Belmonte del Sannio, 3.Capracotta, 4.Carovilli, 5.Castel del Giudice, 6.Castelverrino, 7.Pescopennataro, 8.Pietrabbondante, 9.Poggio Sannita, 10.San Pietro Avellana, 11. Sant'Angelo del Pesco, 12. Vastogirardi.
-----------	--	--

PUNTI DI FORZA		
		Indicare le strategie/azioni per l'incrementazione
20	Indicare i punti di forza	Indicare le strategie/azioni per l'incrementazione
	Il punto di forza del progetto coincide con il raggiungimento dell'obiettivo finale della riduzione, con il supporto indispensabile dei medici e infermieri già presenti sul territorio, delle difficoltà di accessibilità, continuità e presa in carico dei pazienti soprattutto anziani, affetti da scompenso cardiaco. In tal modo potrà essere garantita una migliore organizzazione delle professionalità presenti, una più efficace integrazione ospedale-territorio e del sistema emergenza-urgenza e la più estesa possibile digitalizzazione dei processi.	<p>La realizzazione del progetto consentirà di:</p> <p>a) migliorare la qualità, l'efficacia e l'efficienza dei processi clinico-sanitari di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, rendendo disponibile la storia clinica del paziente a tutti gli attori coinvolti, permette una migliore gestione dell'emergenza/urgenza e della continuità delle cure.</p> <p>b) abilitare processi di cura partecipativi che si basano sullo scambio di conoscenze, esperienze ed opinioni, con innegabili benefici in termini di sviluppo professionale degli operatori sanitari coinvolti che operano all'interno delle strutture sanitarie.</p> <p>c) realizzare reti telematiche per offrire ai cittadini delle predette aree servizi sanitari digitali quali la ricetta medica de-materializzata, la prenotazione delle prestazioni e la consegna dei referti on-line, nonché garantire l'accesso al proprio Fascicolo sanitario elettronico.</p>

PUNTI DI DEBOLEZZA		
		Indicare le strategie/azioni per la riduzione
21	Indicare i punti di debolezza	Indicare le strategie/azioni per la riduzione
	In un contesto territoriale disagiato e caratterizzato, altresì, da una popolazione anziana fragile, i tassi di ospedalizzazione superano frequentemente le medie nazionali e del resto della regione, con frequente ricorso all'ospedalizzazione per condizioni trattabili dai servizi territoriali. Sono spesso necessarie lunghe attese dei mezzi di soccorso territoriali in casi di emergenza sanitaria; i servizi ambulatoriali per l'esecuzione di specifici trattamenti (chemioterapici, radioterapici, dialisi) e gli ambulatori dei Medici di Medicina Generale	La digitalizzazione dei processi, prioritariamente concentrata sul target di pazienti affetti da scompenso cardiaco, una volta implementata, risolve, in parte, le criticità riscontrate. In particolare, il miglioramento dell'accessibilità e della continuità dell'assistenza territoriale può essere in grado di ridurre i ricoveri evitabili per patologie croniche e le difficoltà di accesso. In questo contesto, un ruolo fondamentale sarà svolto dalla digitalizzazione dei processi e dalla creazione di una piattaforma web.

	<p>/Pediatri di Libera Scelta dalle residenze dei cittadini sono spesso lontani e difficili da raggiungere; i Medici di Medicina Generale /Pediatri di Libera Scelta (che restano una figura fondamentale di riferimento in queste aree) sono spesso insufficienti in termini di giorni e ore.</p>	
--	--	--

<p>22</p>	<p>EVENTUALI SITUAZIONI AVVERSE <i>Indicare eventuali problemi che potrebbero impedire la realizzazione del progetto e le strategie per eluderle</i></p>	
-----------	--	--

DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO				
Fase	Azioni	Breve descrizione dei contenuti	Indicatori di verifica	Responsabile
<p>Creazione di una piattaforma digitale per la gestione dello scompensato cardiaco nella popolazione 65+</p>	<p>Creazione della piattaforma informatica</p>	<p>La piattaforma informatica è rivolta soprattutto a soggetti anziani fragili e finalizzata a fornire anche, tramite l'implementazione dell'assistenza domiciliare, adeguate risposte a livello territoriale riducendo l'ospedalizzazione inappropriata. Con il finanziamento disponibile è possibile creare una iniziale piattaforma informatica per la gestione dei pazienti con scompensato cardiaco-vascolare.</p>	<p>Disponibilità ed utilizzo della piattaforma per lo scompensato cardiaco</p>	
<p>Formazione del personale coinvolto</p>	<p>Formazione</p>	<p>Per la gestione della piattaforma, indirizzata ad incidere sulla organizzazione della rete di assistenza territoriale ed ospedaliera, sarà necessaria un'adeguata formazione agli operatori coinvolti, tale da riuscire a gestire con la piattaforma i frequenti episodi di scompensato ed incidere positivamente sulla riduzione dei ricoveri</p>	<p>Acquisizione, da parte del personale coinvolto, della capacità di gestire in maniera condivisa il paziente con scompensato cardiaco nonché tutti gli aspetti della piattaforma digitale.</p>	
<p>Realizzazione della rete territoriale integrata per la gestione dei pazienti con scompensato cardiaco</p>	<p>Realizzazione della rete territoriale</p>	<p>Realizzazione del piano di digitalizzazione dei processi valido per tutto l'ambito regionale. Realizzazione finale di un evento congressuale divulgativo per illustrare i risultati raggiunti</p>	<p>gestione integrata territoriale ed ospedaliera dei pazienti con scompensato cardiaco, sulla base delle necessità del singolo paziente: livello ambulatoriale per le fasi di stabilità della malattia, assistenza più intensiva come quella domiciliare integrata (ADI) o come quella ospedaliera per le fasi avanzate</p>	

PROGRAMMAZIONE TEMPORALE DELLE ATTIVITÀ <i>Indicare il riferimento temporale nella colonna tempo: anno, semestre, quadrimestre, altro</i>				
	Fase	Azione	Tempo	Costo €
24	Creazione di una piattaforma digitale per la gestione dello scompenso cardiaco nella popolazione 65+	Creazione della piattaforma informatica	Mesi 7	36.976,00
	Formazione del personale coinvolto	Formazione	Mesi 3	10.000,00
	Realizzazione della rete territoriale integrata per la gestione dei pazienti con scompenso cardiaco	Realizzazione della rete territoriale	Mesi 2	2.965,00

DOCUMENTI PRODOTTI <i>Indicare: Regolamento, procedura, analisi dati, software, ecc.</i>	
25	Attività di riferimento
Tipo di documento formalizzato	
Piano di digitalizzazione dei processi	Realizzazione del piano di digitalizzazione dei processi valido per tutto l'ambito regionale.

PREVISIONE O REALIZZAZIONE EVENTI <i>Indicare: convegno, seminario, conferenza stampa, articolo, ecc.</i>			
26	Tipologia	Titolo	Target (operatori, popolazione, ecc.)
	convegno	la digitalizzazione dell'assistenza sanitaria in Molise	operatori con parte riservata anche alla popolazione

27	VALUTAZIONE DELL'IMPATTO ECONOMICO/FINANZIARIO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	Per quanto concerne l'impatto economico/finanziario complessivo del progetto, si precisa che l'importo finanziato è sufficiente a coprire la realizzazione della piattaforma informatica per i pazienti con scompenso cardio-vascolare, la formazione specifica del personale, la realizzazione del piano e l'organizzazione del convegno finale.
----	--	---

MONITORAGGIO			
28	Fase	Data	Risultato

29	VALUTAZIONE DEL RESPONSABILE DEL PROGETTO <i>Valori da 0 a 5</i>	Priorità	Impatto sull'utenza	Impatto sull'organizzazione

30. TRASFERIBILITÀ DEL PROGETTO

Il progetto è stato redatto anche tenendo conto della possibile trasferibilità agli altri distretti sanitari della Regione. Inoltre, in considerazione del fatto che la patologia cardiovascolare rappresenta la prima causa di morbosità e mortalità nel nostro territorio e che i costi legati alle procedure diagnostiche e terapeutiche sono una delle principali voci della spesa sanitaria, un servizio di tele-cardiologia, con particolare riferimento ad una zona disagiata quale quella del territorio di Agnone, rappresenta un utile strumento anche per la possibilità di realizzare un accurato screening dei pazienti con sospetta cardiopatia, al fine di ottimizzare le successive strategie diagnostiche e terapeutiche. I risultati saranno, pertanto, utilizzati anche per effettuare uno studio epidemiologico e per contribuire alla individuazione delle "best practice" da utilizzare in altre realtà non solo molisane ma anche nazionali.

31. ATTUAZIONE DELLE AZIONI DI MIGLIORAMENTO E RIVALUTAZIONE DI RISULTATI

Il progetto viene monitorato grazie alla raccolta dei dati relativi ai pazienti con scompenso cardiaco che viene effettuata attraverso la piattaforma web. Un altro parametro, di risultato, è la attesa riduzione delle spese aziendali conseguente alla diminuzione delle re-ospedalizzazioni. Il dato scaturito dal monitoraggio consente, eventualmente, di porre in essere eventuali azioni correttive che si dovessero rendere necessarie. Il monitoraggio dell'andamento del progetto sarà effettuato mediante la raccolta, su di una piattaforma informatica appositamente predisposta, dei dati provenienti dai pazienti reclutati. In caso di una insufficiente raccolta degli stessi, si provvederà a mettere in atto eventuali azioni correttive.

32. PAROLE CHIAVE: digitalizzazione, scompenso cardiaco, telemedicina, telecardiologia

33. LISTA DI DISTRIBUZIONE

I risultati saranno diffusi all'interno di tutto il sistema, sia in itinere che a conclusione del progetto. Sarà anche realizzato un portale web appositamente predisposto a servizio degli operatori sanitari, con una sezione consultabile anche dalla popolazione generale.

34. ALLEGATI 1: INDICATORI OGGETTIVAMENTE VERIFICABILI

35. ALLEGATO 2: SCHEDA COSTI

ALLEGATO N. 1: Indicatore oggettivamente verificabile

indicatore (1)

1	DENOMINAZIONE	numero di pazienti con scopenso reclutati nel progetto
2	METODO di CALCOLO	- <i>valutazione del trend temporale (risultato atteso: aumento)</i>
3	PERIODICITA'	- <i>mesi: 0, 3, 6, 9, 12</i>
4	STANDARD	- <i>non presente</i>
5	FONTE	- <i>non presente</i>
6	LIVELLO di ANALISI Fonti di verifica	- <i>Dipartimento ospedaliero,</i> - <i>Distretto</i>
7	LIVELLI di UTILIZZO	- <i>Direzione strategica</i> - <i>Responsabili dei Distretti</i>
8	MODALITA' di CONFRONTO	- <i>Audit interni</i> - <i>Benchmark interni ed esterni</i>
9	RAPPRESENTAZIONE GRAFICA Se significativa	- <i>Grafico a linee orizzontali</i>
10	NOTE	

Indicatore (2)

1	DENOMINAZIONE	numero di pazienti residenti nell'area disagiata ricoverati per scompenso cardiaco presso ospedali della regione
2	METODO di CALCOLO	- <i>valutazione del trend temporale (risultato atteso: diminuzione) e confronto con SDO riferite agli anni precedenti</i>
3	PERIODICITA'	- <i>mesi: 0, 3, 6, 9, 12</i>
4	STANDARD	- <i>valori medi nazionali (dalle SDO)</i>
5	FONTE	- <i>Ministero della Salute</i>
6	LIVELLO di ANALISI Fonti di verifica	- <i>Dipartimento ospedaliero,</i>
7	LIVELLI di UTILIZZO	- <i>Direzione strategica</i> - <i>Direzione di presidio/dipartimento ospedaliero</i> - <i>Responsabili di U.O. ospedaliere</i>
8	MODALITA' di CONFRONTO	- <i>Audit interni</i> - <i>Benchmark interni ed esterni</i>
9	RAPPRESENTAZIONE GRAFICA Se significativa	- <i>Grafico a linee orizzontali</i>
10	NOTE	

ALLEGATO N. 2: Scheda dei costi

COPERTURA FINANZIARIA DEL PROGETTO

TITOLO PROGETTO	Ottimizzazione dell'assistenza sanitaria nel Distretto sanitario di Agnone a valere sulla quota del FSN 2011, 2012 e 2013 destinata alla realizzazione di progetti in tema di ottimizzazione dell'assistenza sanitaria nelle isole minori e nelle località caratterizzate da eccezionali difficoltà di accesso ai sensi dell'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662	FINANZIAMENTO Quota accantonata FSN	€ 49.931,00
STRUTTURA DI RIFERIMENTO	Regione Molise-Direzione Generale per la Salute	ALTRO FINANZIAMENTO	€
REFERENTE SCIENTIFICO	Cognome e nome, tel., e-mail Occhionero Mariavittoria, 320-1987123, mariavittoriaocchionero@yahoo.it	ALTRO FINANZIAMENTO	€
REFERENTE AMMINISTRATIVO	Cognome e nome, tel., e-mail Gallo Lolita, 3203616843, gallo.lolita@mail.regione.molise.it	TOTALE IMPORTO DEL PROGETTO	€ 49.931,00

FONTI DI COPERTURA

FONDO SANITARIO NAZIONALE 2011-2013: quote accantonate sulle somme vincolate agli obiettivi prioritari e di rilievo nazionale previsti dal piano sanitario nazionale 2006-2008

PRIMO ACCANTONAMENTO	50% anno 2011	€ 18.391,00
SECONDO ACCANTONAMENTO	30% anno 2011	€ 11.034,00
SALDO	20% anno 2011 100% anno 2012 100% anno 2013	€ 20.506,00

ALTRE FONTI DI COPERTURA

DESCRIZIONE	IMPORTO
	€
	€
	€

VOCI DI SPESA

DESCRIZIONE	IMPORTO €
Server per software applicativo e gestione dati	€ 12.566,00
Elettrocardiografi a 12 derivazioni (n. 10)	€ 24.400,00
Formazione	€ 10.000,00
Convegno	€ 2.965,00
Totale	€ 49.931,00