

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

| SCHEDA PROGETTO | |
|-----------------|--|
|-----------------|--|

| | | |
|---|---------------------------------------|--|
| 1 | LINEA PROGETTUALE | 1. Percorso diagnostico terapeutico condiviso e personalizzato per pazienti con multi cronicità. |
| | TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO | Intervento 1: Cure primarie e PDTA personalizzati per pazienti con multicronicità . Intervento 2: Inserimento lavorativo per la salute mentale. |
| | AREA DI INTERVENTO | Miglioramento dell'efficienza e dell'accessibilità delle cure. |

| | | | |
|---|--|----------------------------------|--|
| 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> | dsalute@regione.molise.it |

| |
|--|
| INTERVENTO 1: CURE PRIMARIE E PDTA PERSONALIZZATI PER PAZIENTI CON MULTICRONICITÀ |
|--|

| | | | |
|---|--|---|----------------|
| 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 _____ | € 2.569.000,00 |
| | Eventuali risorse regionali | | |

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

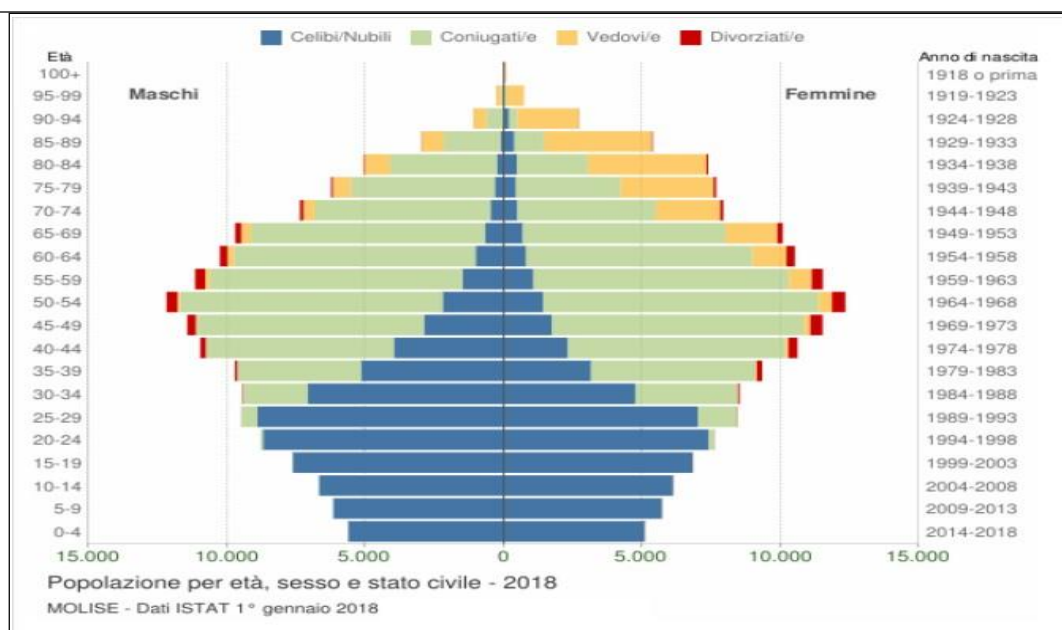
| | | | |
|---|--|-----------------|------|
| 4 | ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO | | |
| | Tipologia di costi | Importo in euro | Note |
| | Costi per la formazione | | |
| | Costi gestione progetto | € 2.569.000,00 | |
| | Costi | | |
| | Costi | | |
| | | | |

| | | | |
|---|---|----------------|------|
| 5 | RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO | | |
| | RISORSE NECESSARIE | N. RISORSE | NOTE |
| | Disponibili | € 2.569.000,00 | |
| | Da acquisire | | |

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

| | |
|--|--|
| <p>6 ANALISI DEL CONTESTO/ SCENARIO DI RIFERIMENTO</p> <p>Se pertinente, riportare dati epidemiologici, di attività, ecc.</p> | <p>I Percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA) sono interventi complessi basati sulle migliori evidenze scientifiche e caratterizzati dall'organizzazione del processo di assistenza per gruppi specifici di pazienti, attraverso il coordinamento e l'attuazione di attività consequenziali standardizzate da parte di un team multidisciplinare.</p> <p>La Regione Molise e l'Azienda Sanitaria Regionale del Molise sono quindi intervenute al fine di adottare soluzioni strutturali, tecnologiche e organizzative capaci di garantire nell'ambito delle cure primarie, il soddisfacimento della domanda di servizi sempre più orientati verso una popolazione anziana con la presenza patologie plurime e con bisogni assistenziali multipli .</p> <p>I PDTA in sanità sono diventati strumento consolidato per il miglioramento della qualità e dell'efficienza delle cure, per la riduzione della variabilità nelle cure e per garantire cure appropriate al maggior numero di pazienti, nonché di <i>governance</i>, in grado di coinvolgere in maniera integrata tutti i componenti delle filiera assistenziale, indipendentemente dal loro posizionamento nel percorso, contrastando logiche di centralità di servizi e di professionisti, esaltando la multicentricità ed il valore dei contributi di ognuno.</p> <p>In tal senso l'adozione del Piano Nazionale della Cronicità, come recepito a livello regionale con apposito DCA, è stato, dunque, adottato proprio al fine di soddisfare l'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.</p> <p>Scopo, quindi dell'attività progettuale programmata a valere sulle risorse vincolate agli obiettivi di piano sanitario nazionale anno 2020, è quella di proseguire le attività già avviate nel 2019 al fine di consentire il miglioramento della tutela per le persone affette da malattie croniche, riducendone il peso sull'individuo, sulla sua famiglia e sul contesto sociale, migliorando la qualità di vita, rendendo più efficaci ed efficienti i servizi sanitari regionali in termini di prevenzione e assistenza e assicurando maggiore uniformità ed equità d'accesso ai cittadini molisani.</p> <p>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%.</p> <p>È dunque tra le regioni italiane più anziane, in cui cioè vi è la più alta percentuale di over 65.</p> |
|--|--|

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



Inoltre, è sempre più evidente come, anche in Molise, una piccola percentuale di assistiti, in gran parte anziani fragili e ad alto rischio di ospedalizzazione, sia responsabile dell'assorbimento di gran parte delle risorse sanitarie e socio-sanitarie.

Il progressivo aumento del numero di pazienti con multimorbidità e bisogni di cura complessi, quindi, presuppone lo sviluppo di un sistema di cura d'iniziativa proattivo, attraverso il potenziamento della rete dei servizi territoriali e domiciliari, una maggiore integrazione con le strutture ospedaliere e lo sviluppo di sistemi che mettano insieme professionisti dei settori sanitari e sociali, tenendo conto dei diversi determinanti dello stato di salute.

Obiettivo dell'assistenza non deve essere soltanto la cura dei sintomi, bensì la promozione della salute, la prevenzione primaria e secondaria delle ricadute, il miglioramento dello stato funzionale e della qualità della vita unitamente ad una maggiore attenzione al contesto sociale e relazionale della persona.

Per raggiungere questi obiettivi è necessario ricollocare il paziente al centro del sistema di cura, non considerandolo più come un recettore passivo di cure estemporanee: le cure devono essere coordinate, garantite nel tempo (continue) e accessibili.

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

Nel tempo si è assistito ad una progressiva frammentazione dei servizi assistenziali territoriali ed ospedalieri a causa dell'instaurarsi di progressive barriere strutturali, finanziarie, culturali, organizzative e professionali.

Il riassetto della rete dell'offerta regionale si è essenzialmente basato sul passaggio da un sistema fondato sull'Ospedale, ad un sistema in cui alla parte territoriale venisse riconosciuto un ruolo specifico attraverso strutture di cure primarie, intermedie e di prossimità come le Case della Salute, gli Ospedali di Comunità e le Unità di degenza Infermieristica.

In tale ottica sono stati adottati specifici percorsi di cura rispetto ad alcune patologie

Quest'azione ha consentito, e sta consentendo, di migliorare la qualità delle cure, affrontando il tema generale della limitatezza delle risorse attraverso una razionalizzazione dell'offerta.

Si riportano, nel quadro sinottico che segue, i PDTA ad oggi attivati:

- PDTA Demenze approvato con Determinazione del Direttore Generale Salute della Regione Molise n.155 del 2018.
- PDTA e Rete Assistenziale per nelle malattie reumatiche infiammatorie e autoimmuni approvato con DCA n.4 del 30 gennaio 2018.
- PDTA Cura delle patologie Cerebrovascolari Acute approvato con PDG ASReM n.1030 del 2017.
- PDTA del paziente con dolore toracico IMA approvato con PDG ASReM n.1031 del 2017.
- PDTA Trauma maggiore nel paziente adulto approvato con PDG ASReM n. 1032 del 2017.
- PDTA per la Sclerosi Laterale Amiotrofica e per le patologie neurodegenerative approvato con DCA n.12 del 18 luglio 2017.
- PDTA per la BroncoPneumopatia Cronica Ostruttiva (BCPO) approvato con DCA n.12 del 24 febbraio 2017.
- PDTA per la gestione della terapia anticoagulante orale (TAO) in pazienti adulti con fibrillazione atriale non valvolare (FANV) approvato con DCA n.76 del 30 dicembre 2016.
- PDTA Diabete tipo 2 approvato con DCA n.75 del 30 dicembre 2016.
- PDTA per la Gestione dello Scompenso Cardiaco approvato con DCA n.28 del 19 maggio 2016.
- PDTA per il paziente affetto da malattia da HIV/AIDS approvato con DCA n.29 del 19 maggio 2016.
- PDTA Frattura prossimale femore nell'anziano: il percorso preoperatorio approvato con DCA n.34 del 27 maggio 2016.
- PDTA Ulcere da decubito approvato con DCA n.35 del 27 maggio 2016.

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

| | |
|--|---|
| | <p>L'attuale Sistema è strutturato secondo un modello organizzativo coerente con i nuovi bisogni di salute della popolazione molisana. I PDTA, dunque, assicurano 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.</p> <p>In questo contesto, poi, l'ASReM sta puntando sulla riorganizzazione delle cure domiciliari secondo il modello dell'intensità di cura e della complessità, anche per favorire una migliore gestione delle cronicità e del paziente multicronico. L'obiettivo è il miglioramento della qualità di vita del paziente e l'umanizzazione del trattamento, in un ambiente familiare certamente più idoneo, in particolare per il paziente anziano.</p> <p>La riorganizzazione si pone anche come alternativa all'ospedalizzazione inappropriata o al ricorso precoce alle strutture protette, e ha alla base l'idea di rendere integrati i PDTA riportati nella precedente tabella.</p> <p>Il progetto, dunque, in continuità con la precedente annualità, valorizzare attraverso l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) la massima integrazione multidisciplinare (sociale e sanitaria) e multi professionale (tra operatori sanitari). Tale obiettivo si rende ancor più strategico a fronte dell'esperienza vissuta nella gestione dell'emergenza COVID -19, che ha consentito di rilevare la necessità di assicurare direttamente a domicilio servizi e cure soprattutto per le fasce più fragili della popolazione, evitando il ricorso inappropriato all'ospedalizzazione.</p> |
| | |
| | |

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

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.

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

Con circa 1/4 della popolazione avente più di 65 anni di età, il Molise è non solo tra le regioni più “anziane” d'Italia, ma anche la seconda per percentuale di sedentari. Incrementare l'attività fisica in questa fascia della popolazione potrebbe portare ad un arresto del forte aumento di consumo di farmaci e della spesa sanitaria avvenuto negli ultimi anni, ad un miglioramento delle prestazioni fisiche/stato di salute ed alla prevenzione di malattie croniche e/o neurodegenerative.

A tale scopo è necessaria un'azione complessiva sulla popolazione, in modo da superare le barriere fisiche, psicologiche e sociali che si oppongono ad un aumento dell'attività fisica negli anziani.

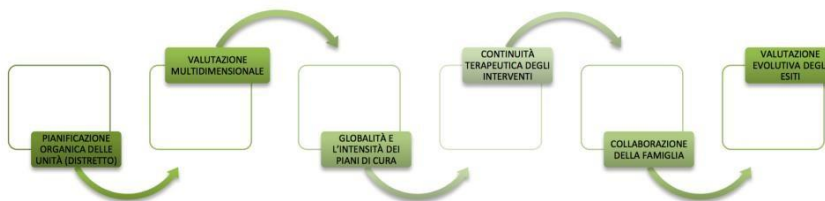
Il presente progetto, che può intendersi come sub progetto legato a quanto sin'ora riportato nella parte di contesto per i PDTA condivisi e personalizzati per pazienti con multi cronicità, mira anche attraverso la collaborazione di organismi istituzionali preposti, alla promozione e attuazione dell'attività fisica negli anziani. 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 anziana. È noto come l'attività fisica svolga benefici effetti a carico di vari organi ed apparati, tanto da rappresentare uno dei cardini nella terapia e prevenzione di molte patologie quali l'ipertensione arteriosa, il diabete, l'obesità e l'osteoporosi. Di conseguenza, un intervento basato sulla promozione, a scopo preventivo, dell'attività fisica nella popolazione anziana non ospedalizzata, ha già mostrato le potenzialità in ordine alla riduzione del consumo di farmaci procapite e presidi per la disabilità, determinando una riduzione della pesa sanitaria regionale e un miglioramento della qualità di vita in termini di autonomia e di stato dell'umore (per i noti effetti dell'esercizio fisico sullo stato mentale) di tali soggetti. Un aspetto particolare in tale ambito è rappresentato da soggetti con sarcopenia (diminuzione della massa muscolare) ed obesità, nei confronti dei quali l'attività fisica rappresenta un intervento di prima scelta. Oltre questo si deve ricordare il comprovato effetto dell'attività fisica sulla prevenzione della demenza e di morbo di Alzheimer.

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

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 allo stato attuale sta completando altresì la nuova programmazione in ambito sanitario con una revisione dell'assetto della rete territoriale, avendo altresì cura di inserire azioni specifiche e implementazione di modelli di potenziamento delle reti cliniche in ragione della gestione dell'emergenza pandemica. In tale contesto la positiva esperienza realizzata nella precedente annualità spinge verso l'ampliamento ulteriormente dell'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, ulteriori (rispetto a quanto già effettuato) prestazioni ambulatoriali multi-specialistiche in modalità condivisa e multi-professionale, (medicina generale, assistenza infermieristica, specialistica, assistenza domiciliare) che possano rappresentare una riposta 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, 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).

Nell'ambito della presa in carico dei pazienti con multicronicità, per dare maggiore impulso alle azioni previste dai PDTA regionali, al fine di favorire anche la domiciliarizzazione in condizioni di sicurezza e continuità assistenziale, l'attività progettuale svilupperà procedure ulteriori per l'intero Sistema relative alla compresenza di disturbi della deglutizione comuni a molte delle patologie croniche previste dal PNC e dai PDTA. Questi disturbi causano complicanze conseguenti alla malnutrizione e si manifestano prevalentemente negli over 65, fascia della popolazione in costante aumento e che, come si è già riportato in precedenza, rappresenta oggi il 24,23% dei molisani.

I dati di mortalità evidenziano, poi, come le malattie croniche siano tra le principali cause 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

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

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. Nell'ottica d'insieme della ristrutturazione aziendale dell'assistenza dei pazienti affetti da patologie croniche tramite anche le Cure domiciliari con supporto dei PDTA, assumono ruoli strategici la facilitazione della nutrizione enterale domiciliare (NEO) e quella della nutrizione parenterale domiciliare (NPO). Tali protocolli condivisi consentono di organizzare interventi coordinati e multi professionali, finalizzati all'erogazione di servizi personalizzati, migliorando il decorso clinico e la prognosi di numerose patologie croniche, riducendo significativamente la morbilità e mortalità e l'ospedalizzazione, con ricadute positive in termini di qualità di vita del malato.

In continuità con quanto programmato per l'anno 2019 si prevede che il percorso assistenziale già organizzato negli anni precedenti, sia ulteriormente implementato, che sia in grado di sviluppare la presa in carico globale e lo sviluppo di protocolli di cura condivisi. In particolare, le cure domiciliari sono una delle risposte più efficaci ai bisogni assistenziali delle persone anziane con malattie croniche e non autosufficienti, delle persone disabili in conseguenza di traumi o forme morbose acute o croniche, così come di pazienti che necessitano di trattamenti palliativi, purché tecnicamente trattabili a domicilio, e in generale, di tutti i pazienti in condizioni di fragilità per i quali l'allontanamento dall'abituale contesto di vita può aggravare la condizione patologica e destabilizzare l'equilibrio sia fisico sia psicologico con conseguenze spesso devastanti. Il setting assistenziale domiciliare, inoltre, è quello in cui è più agevole per l'equipe curante promuovere l'empowerment del paziente, migliorando la sua capacità self-management.

Richiamando poi quanto già accennato nella parte introduttiva, l'aderenza terapeutica investe inevitabilmente il grande tema della cronicità. La gestione della terapia è ancor più difficile quando la condizione è cronica e implica, quindi, una relazione costante con la malattia nel corso della vita del paziente cronico.

La popolazione anziana è quella più a rischio sotto il profilo dell'aderenza, specie in compresenza di più patologie. In considerazione dell'indice di vecchiaia regionale, è evidente che vi siano conseguenze sull'assistenza sanitaria anche a causa del numero elevato dei malati cronici. La priorità del Servizio Sanitario regionale deve perciò essere la presa in carico della cronicità e la gestione dell'adesione, anche dei malati cronici, alle prescrizioni/indicazioni sanitarie, per di più per l'impatto sulla sostenibilità economica.

L'aderenza alle terapie, quindi, gioca un ruolo rilevante per il Sistema Sanitario regionale e per la salute dei molisani, viste le tendenze di invecchiamento della popolazione, di aumento della cronicità e della quantità di risorse per la sanità.

Questa attività progettuale punta anche alla riorganizzazione delle attività dei MMG. Il rapporto di cura tra il medico di famiglia il paziente dovrà essere riconfigurato per raggiungere alcuni obiettivi strategici, corrispondenti spesso ad altrettante criticità assistenziali (aderenza agli stili di vita, aderenza alle terapie e al percorso di cura, raggiungimento dei target terapeutici, ecc.).

A queste priorità, poi, saranno abbinate attività di audit per la valutazione dell'efficacia dei PDTA, utili al miglioramento della qualità dell'assistenza. Gli audit misureranno l'efficacia e la sostenibilità dell'implementazione prevista da quest'attività progettuale nel contesto delle cure primarie attraverso l'impiego di strumenti d'identificazione e valutazione dei pazienti con bisogni sanitari multipli e/o complessi.

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

| | |
|--|---|
| | È prevista l'applicazione di metodologie statistico - econometriche per la rilevazione di attività, |
|--|---|

| | |
|--|--|
| | <p>esiti e costi nel contesto dei percorsi assistenziali sopra descritti. Questo passaggio permetterà di definire un modello di valutazione clinico – assistenziale ed economica dei percorsi, che tenga conto delle diverse fasi del processo, delle differenti strutture organizzative in cui si realizzano e degli esiti ottenuti. Gli indicatori verranno realizzati secondo quanto previsto dal Manuale operativo per la valutazione dei percorsi diagnostico-terapeutico assistenziali del Ministero della Salute (23 luglio 2018) “Nuovo sistema di garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza - Monitoraggio e valutazione dei percorsi diagnostico-terapeutico assistenziali (Metodologia per il calcolo degli indicatori presenti nell’Allegato 1 dello schema di Decreto interministeriale “Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell’assistenza sanitaria”).</p> |
|--|--|

Per consentire poi la diffusione capillare dei PDTA regionali ed aziendali, sarà realizzato uno spazio dedicato sul portale ASReM, necessario per favorire il Patient Engagement e per conferire importanza e visibilità al processo di cambiamento innescato dai PDTA nei percorsi di cura. Questo spazio dovrà raccogliere innanzitutto tutti i PDTA approvati dalla Regione Molise e dall’Azienda. Inoltre, all’interno di questo spazio saranno esplicitate tutte le informazioni utili, la documentazione necessaria ed i riferimenti sia per gli operatori che per i cittadini. A conclusione della valutazione descritta in precedenza, poi, verranno inseriti gli indicatori e gli esiti, anche per favorire un processo sistemico di accountability.

In sintesi, il modello d’integrazione multiprofessionale proposto 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.

La comunicazione, poi, è l’asse fondante della gestione integrata delle cronicità e delle reti assistenziali, elemento indispensabile tra i diversi operatori, tra i vari servizi, tra i differenti livelli (territorio/ospedale), nonché fattore centrale del rapporto di fiducia del paziente e del suo processo di empowerment. Le nuove tecnologie disponibili contribuiranno a facilitare la comunicazione e a migliorare l’assistenza per le cronicità negli aspetti relativi all’efficacia e all’efficienza.

In conclusione, il Progetto si prefigge di delineare un sistema mirato a prevenire e gestire le cronicità, che garantisca la massima omogeneità possibile in termini di processi attivati e di risultati raggiunti.

Per quanto riguarda poi il sub progetto richiamato nella precedente sezione, è previsto lo svolgimento di attività motoria per gli anziani finalizzata alla prevenzione delle malattie croniche e al mantenimento dell’efficienza fisica nelle persone in età avanzata. Si prevede l’organizzazione di una serie di incontri con gli anziani per svolgere attività motoria una/due volte la settimana sotto la guida di esperti, laureati in scienze motorie, nonché medici designati, di concerto dall’ASREM e dal Comitato provinciale CONI di Campobasso.

Beneficiari dell’iniziativa saranno uomini e donne in terza età, nel numero massimo complessivo di 500 utenti.

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

CRONOPROGRAMMA IN FORMATO GRAFICO

| | | | | |
|---|--|----------------------|-----------------------|---|
| 7 | DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO | Data inizio prevista | Data termine prevista | Possibile ulteriore proseguimento per anno successivo |
| | | 01/01/2020 | 31/12/2020 | Si |

| | | |
|---|---------------------------|---|
| 8 | OBIETTIVO GENERALE | Armonizzare le modalità organizzative della rete d'assistenza regionale in ambito extra-ospedaliero, attraverso cui sia realizzabile la soddisfazione dei bisogni del paziente, principalmente per i malati affetti da malattie croniche secondo quanto previsto dai PDTA regionali ed aziendali. |
|---|---------------------------|---|

| | | |
|---|----------------------------|---|
| 9 | OBIETTIVI SPECIFICI | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Armonizzare le modalità organizzative della rete d'assistenza regionale in ambito extra-ospedaliero, ridefinendo ruoli, competenze, attività e risultati attesi di tutti gli attori in tutti i livelli assistenziali; ➤ completare e consolidare la ridefinizione della rete assistenziale regionale per le cronicità proseguendo nello sviluppo di un sistema uniforme su tutto il territorio molisano; ➤ rafforzare e consolidare la collaborazione tra Ospedale e Territorio per migliorare la continuità assistenziale tra le Strutture sanitarie responsabili del progetto terapeutico, le strutture socio-sanitarie territoriali, i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta; ➤ sviluppo di modelli organizzativi che favoriscano, per le patologie croniche, l'integrazione con le Cure primarie sia nella fase post-dimissione dall'ospedale sia nelle fasi di riacutizzazione clinica; ➤ implementare i PDTA su singole patologie o su gruppi di patologie, principalmente quelle croniche; ➤ implementare e consolidare percorsi personalizzati per le persone con malattie croniche, anche attraverso l'utilizzo del servizio di assistenza domiciliare; ➤ attivare contatti informativi e formativi per la condivisione ed il confronto con le figure assistenziali territoriali o specialistiche sulla base del piano assistenziale individuale; ➤ monitorare e valutare il funzionamento della rete e la diffusione e applicazione dei PDTA tramite audit e metodologie statistico-econometriche per la rilevazione di attività, esiti e costi nel contesto dei percorsi assistenziali, identificando anche le maggiori criticità riscontrate nell'implementazione dei PDTA regionali; ➤ potenziare e consolidare le procedure delle Porte Uniche d'Accesso e delle Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) in funzione della gestione delle multicronicità; |
|---|----------------------------|---|

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

| | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> ➤ miglioramento della definizione del Piano di assistenza individuale e implementazione dei flussi informativi dedicati; ➤ sviluppo della capacità di autogestione (self care) nei pazienti cronici e multicronici; ➤ presa in carico pro-attiva all'emergere del bisogno del paziente cronico e multicronico; ➤ riduzione dell'ospedalizzazione del paziente cronico mediante miglioramento dell'appropriatezza del setting assistenziale e conseguente efficientamento del sistema delle cure; ➤ favorire percorsi di aderenza terapeutica nei percorsi di cura dei pazienti cronici; ➤ adottare interventi finalizzati alla diagnosi precoce delle patologie croniche e delle condizioni di rischio che le precedono tramite la rete delle strutture di prossimità territoriali regionali; ➤ favorire l'aumento percentuale della prevalenza dell'ADI a livello aziendale e distrettuale per i pazienti cronici; ➤ evitare, per il paziente cronico, il ricovero durante le fasi non acute e consentire la riduzione dei tempi di ospedalizzazione, favorendo il più possibile un'idonea permanenza dell'assistito presso il proprio domicilio; ➤ promuovere azioni atte ad utilizzare e ad ottimizzare le risorse territoriali, attuando interventi sociosanitario a domicilio (medico, infermieristico e sociale), garantendo il collegamento con strutture residenziali sanitarie e socio-assistenziali; ➤ favorire il Patient Engagement attraverso canali di comunicazione ed informazione specifici sui PDTA, anche promuovendo l'adozione di corretti stili di vita nella popolazione; ➤ dare il giusto grado di conoscibilità, attraverso la comunicazione e l'informazione, diffondendo i processi individuati all'interno dei PDTA regionali e aziendali, divulgando raccomandazioni e comunicazioni relative ai PDTA; ➤ promuovere campagne di educazione della popolazione molisana sulla salute, con focus sulle patologie croniche, incentivando e promuovendo l'health literacy; ➤ migliorare la qualità della vita del paziente cronico e multicronico e della sua famiglia; Indicatori relativi al sub-progetto: ➤ promozione e sensibilizzazione dell'attività fisica nella popolazione anziana non ospedalizzata; ➤ aumento del numero di anziani che praticano attività fisica; ➤ monitoraggio dell'attività fisica negli anziani sul territorio. |
|--|---|

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

| 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. |

| 11 | PUNTI DI FORZA | |
|----|---|--|
| | <i>Indicare i punti di forza</i> | <i>Indicare le strategie/azioni per l'implementazione</i> |
| | Modello d'integrazione multi professionale che prevede il coinvolgimento di tutti gli attori regionali coinvolti nei percorsi di cura e costituzione di un Piano Assistenziale Individuale. | Utilizzo delle nuove tecnologie disponibili per facilitare la comunicazione tra i diversi operatori. |

| 12 | PUNTI DI DEBOLEZZA | |
|----|--|--|
| | <i>Indicare i punti di debolezza</i> | <i>Indicare le strategie/azioni per la riduzione</i> |
| | Necessità di riconfigurare il rapporto di cura tra medico e paziente per la piena aderenza alle terapie. | Audit per la valutazione dell'efficacia dei PDTA. |

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

| 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 |

| 13 | DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO | | Breve descrizione dei contenuti | Indicatori di verifica |
|----|------------------------------------|---|---|---|
| | Fase | Azioni | | |
| | 1. | Ridefinizione della rete assistenziale e implementazione PDTA | Attività volte all'attivazione dei nodi assistenziali e alla costituzione di un Piano assistenziale individuale | Incremento della presa in carico dei pazienti con patologie croniche tramite strutture territoriali ASReM; |
| | | | | aumento % presa in carico in ADI dei pazienti con patologie croniche; |
| | | | | piena realizzazione dei PDTA regionali e aziendali, principalmente per quelli riferiti alle patologie croniche. |
| | 2. | Sistema dei controlli | Audit ed applicazione di Metodologie statistico - econometriche | valutazione e controllo secondo PDTA del 100% dei pazienti interessati, affetti dalle patologie croniche; |
| | | | | realizzazione degli indicatori, con pubblicazione e monitoraggio costante; |
| | 3. | Massimizzazione dell'approccio al paziente multicronico | Implementazione attività di gestione | potenziamento attività PUA; |
| | | | | potenziamento attività UVM; |
| | | | | adesione alle linee guida dell'appropriatezza prescrittiva delle patologie croniche; |
| | | | | gestione ottimale secondo linee guida dei pazienti cronici. |

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

| | | |
|----|---|---|
| 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 | |
| | | |

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

INTERVENTO 2: INSERIMENTO LAVORATIVO PER LA SALUTE MENTALE

| 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 _____ | € 250.549,00 |
| | ○ 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 | € 250.549,00 | |
| | ○ Costi | | |

| 5 | RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO | | |
|---|--|--------------|------|
| | RISORSE NECESSARIE | N. RISORSE | NOTE |
| | ○ Disponibili | € 250.549,00 | |
| | ○ Da acquisire | | |

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

| | | |
|---|--|---|
| 6 | <p>ANALISI DEL CONTESTO/ SCENARIO DI RIFERIMENTO</p> <p>Se pertinente, riportare dati epidemiologici, di attività, ecc.</p> | <p>L'Organizzazione mondiale della sanità ha stimato che circa l'80% dei costi della sanità è assorbito dalla cronicità che rappresenta, quindi, il vero grande problema di tutti i Paesi industrializzati. Tale problematica è strettamente connessa alla crescita esponenziale della spesa sociale, legata non solo all'invecchiamento della popolazione, ma anche all'andamento del mercato del lavoro e ai provvedimenti sui sistemi pensionistici.</p> <p>Questa 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.</p> <p>Per rispondere a questa nuova esigenza di salute, il SSN ha posto le basi per un'appropriata ed equa gestione delle cronicità sviluppando il Piano Nazionale delle Cronicità il quale, tra l'altro, ha previsto i PDTA (Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali) come strumento per garantire l'appropriatezza ed efficacia dell'assistenza.</p> <p>Il grande limite dei PDTA, è legato al fatto che si tratta di strumenti "disease-oriented" e, pertanto, non possono tenere in considerazione la presenza contemporanea di più patologie croniche per uno stesso paziente.</p> <p>Tale fenomeno, definito multicronicità, è associato alla riduzione della qualità della vita, al declino funzionale e all'aumento dell'impiego delle risorse sanitarie e, quindi, di costi a carico del SSN.</p> <p>La prevalenza della multicronicità aumenta con l'incremento dell'età dei pazienti, nonché in presenza di condizioni socio – sanitarie svantaggiate.</p> <p>Pertanto, lo strumento a cui si dovrebbe far riferimento è il Piano Assistenziale Individualizzato che tiene conto delle peculiarità cliniche e sociali di ogni paziente cronico.</p> <p>Tra i pazienti con multicronicità sono da considerare le Persone con Disturbo Mentale Grave, complesso e persistente come sancito dal Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale (PANSM) in Conferenza Stato-Regione.</p> <p>Tali pazienti, infatti, molto spesso presentano diversi e distinti disturbi psichiatrici concomitanti (ad esempio Schizofrenia associata a Depressione, a Disturbi di ansia o all'abuso e/o dipendenza da sostanze, spesso come condizioni a lungo termine) collegati a disturbi organici cronici simultaneamente presenti, quali ipertensione, sindromi diabetiche o di intolleranza ai carboidrati, compromissione del circolo cardio-polmonare per dipendenza grave da nicotina e compromissioni dello stato di salute generale, come ad esempio incuria dentale e obesità.</p> <p>Non è un caso se secondo le Linee-Guida "Multimorbidity: clinical assessment and management" del National Institute for Health and Care Excellence (NICE) il "Paziente con Multicronicità" viene definito con la seguente locuzione: "Multimorbidity refers to the presence of two or more long-term health conditions, which can include: defined physical and mental health conditions such as diabetes or schizophrenia".</p> <p>Nella pratica questi pazienti sono quelli che hanno la più bassa prevalenza di visite dal Medico di Medicina Generale e i trattamenti sono frammentari e di esclusivo "carico" dei Centri di Salute Mentale e/o delle famiglie.</p> |
|---|--|---|

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

| | |
|--|---|
| | <p>Per questa tipologia di persone risultano particolarmente valide ed indicate le politiche intersettoriali descritte nella Carta di Ottawa e di Lubiana e le politiche di integrazione socio-sanitaria per la consapevolezza che “il settore sanitario da solo non può fornire tutti i servizi necessari e non può rispondere a tutti i bisogni per la promozione della salute mentale e la prevenzione dei disturbi psichici” (Mental Health Policy Project, WHO 2001) e che i trattamenti psicofarmacologici, da soli, sono inefficaci per migliorare lo stato di salute complessivo e il progetto di vita della persona.</p> <p>Per quanto evidenziato, il Documento elaborato nella Conferenza Stato-Regione, conosciuto come PANSM, esplicita chiaramente che in salute mentale il concetto di LEA debba essere necessariamente definito “percorsi di presa in carico e di cura esigibili, e non come singole prestazioni, tenuto conto della particolare complessità, multifattorialità e necessità di trattamenti integrati per i disturbi psichiatrici maggiori, ma anche in relazione ai fattori di rischio biopsicosociale e agli interventi di riabilitazione ed inclusione sociale”.</p> <p>Per il PANSM uno dei principi guida da applicare è: “privilegiare la metodologia di “partire dal basso”, valorizzando le buone pratiche esistenti a livello locale, oltre che regionale, favorendo il confronto, l’accreditamento tra pari e le forme di collaborazione”.</p> <p>In conclusione, nel campo della salute mentale sono da privilegiare gli “interventi di riabilitazione e di inclusione sociale” privilegiando “la metodologia dal basso” e “valorizzando le buone pratiche esistenti a livello locale, oltre che regionale”.</p> <p>Tra le buone pratiche sperimentate a livello locale, quali interventi di riabilitazione e di inclusione sociale figurano gli interventi socio-terapeutico - riabilitativi attraverso le pratiche lavorative per favorire l’inserimento sociale e l’autonomia dal servizio possibile proprio per quel percorso di empowerment degli utenti.</p> <p>I risultati più eclatanti sono stati evidenziati con la metodologia del “mirror-study” e sono stati pubblicati nei Quaderni dell’ Osservatorio ISFOL (n. 4/2015) a cura di Veltro e Colavita.</p> <p>In questo studio il costo dei pacchetti di prestazione triennali per una coorte di 28 utenti, è stato di € 1.800.000,00 prima che fosse inserita nei progetti di inclusione sociale finalizzati all’inserimento lavorativo. I costi sono stati calcolati per i ricoveri ripetuti (11 pazienti), per i giorni trascorsi in strutture residenziali o comunità terapeutiche (6 pazienti), per centro diurno o semiresidenzialità equivalente (8 pazienti), per assegni di formazione (5 pazienti); ovviamente alcuni pazienti hanno usufruito di più servizi (ad esempio, SPDC + CD). Di questa coorte solo 8 su 28 avevano ricevuto interventi ambulatoriali senza altra tipologia di prestazione sanitaria.</p> <p>In esito ad opportuno monitoraggio intermedio e finale, è emerso che degli utenti inclusi nel Progetto di inserimento lavorativo di durata triennale sono stati ben 20 su 28 a ricevere solo interventi ambulatori e 3 sono risultati addirittura dimessi dal servizio. Solo 2 sono stati i pazienti ricoverati, 2 quelli in Strutture Residenziali ed 1 al centro diurno.</p> <p>La spesa complessiva per la coorte dei pazienti inseriti nelle attività progettuali, comprensiva delle spese relative al progetto, è stata di €</p> |
|--|---|

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

| | | |
|--|--|--|
| | | <p>638.000 (evidenziando tra il prima ed il dopo un risparmio di € 636.193,00).</p> <p>La proposta progettuale mira alla gestione delle multi cronicità relative ai disturbi mentali mediante la realizzazione di percorsi integrati socio-terapeutici riabilitativi finalizzati all'inserimento lavorativo dei beneficiari mediante il supporto di personale particolarmente qualificato.</p> <p>A tal fine, è fondamentale una stretta collaborazione tra i servizi di salute mentale distrettuali A.S.Re.M. (Campobasso, Isernia e Termoli) e le cooperative di tipo B che agiscono sul territorio per favorire l'inserimento degli utenti.</p> <p>Ai fini dell'individuazione dei soggetti beneficiari delle attività progettuali si terrà conto dei seguenti criteri.</p> <p>Criteri di Accessibilità:</p> <p>Presenza di un PTI (Progetto Terapeutico Individualizzato) elaborato dal Servizio di Salute Mentale e descritto in modo chiaro e dettagliato nel documento che disciplina lo svolgimento delle attività progettuali presso la cooperativa (indipendente dall'inserimento lavorativo).</p> <p>In aggiunta al PTI, nel documento viene segnalato anche l'obiettivo di inserimento lavorativo condiviso con l'utente e con i familiari;</p> <p>Motivazione esplicitata dell'utente;</p> <p>Adesione al Trattamento/Percorso di Cura;</p> <p>Sufficiente stabilizzazione dei sintomi.</p> <p>Criteri relativi ai Pazienti inseriti e da inserire:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Utenti Gravi e/o Gravosi in carico al Dipartimento di Salute Mentale; 2. età compresa tra i 18 e 55 anni; 3. verifica specifica di norme e specificità per gli utenti tra i 16 ai 18 anni; 4. povertà assoluta (assenza di reddito); 5. povertà relativa (reddito insufficiente); 6. condizione di disoccupato e/o inoccupato. <p>Strumenti e Metodi per rilevare informazioni utili per il processo di inserimento lavorativo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. valutazione della vulnerabilità correlata allo stress; 2. valutazione attraverso la "Scheda di Orientamento ai Percorsi Lavorativi". 3. valutazione del Funzionamento Personale e Sociale tramite la FPS |
|--|--|--|

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

CRONOPROGRAMMA IN FORMATO GRAFICO

| | | | | |
|----------|--|----------------------|-----------------------|---|
| 7 | DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO | Data inizio prevista | Data termine prevista | Possibile ulteriore proseguimento per anno successivo |
| | | 01/01/2020 | 31/12/2020 | Si |

| | | |
|----------|---------------------------|--|
| 8 | OBIETTIVO GENERALE | Gestire le multicronicità inerenti ai disturbi mentali mediante la realizzazione di interventi socio-terapeutico - riabilitativi idonei a favorire l'inserimento sociale e l'autonomia dal servizio di persone affette da disturbi mentali attraverso pratiche lavorative. |
|----------|---------------------------|--|

| | | |
|----------|----------------------------|--|
| 9 | OBIETTIVI SPECIFICI | <p>➤ inserimento lavorativo di pazienti affetti da disturbi mentali presso cooperative di tipo B individuate dalla A.S.Re.M. – CSM al fine di favorire l'autonomia e l'inserimento sociale dei pazienti;</p> <p>➤ riduzione delle attività in carico al servizio di salute mentale.</p> <p>Indicatori per la valutazione degli obiettivi specifici</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 |
|----------|----------------------------|--|

| | | |
|-----------|--|---|
| 10 | RISULTATI ATTESI | |
| | A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati dal progetto | Realizzare percorsi di inclusione sociale mediante l'inserimento lavorativo di persone affette da disturbi mentali. |
| | A lungo periodo, a cui tendere, non direttamente raggiungibili al termine del progetto | Realizzare uno strumento di gestione delle multi cronicità. |

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

| | | |
|----|--|--|
| 11 | PUNTI DI FORZA | |
| | <i>Indicare i punti di forza</i> | <i>Indicare le strategie/azioni per l'implementazione</i> |
| | Azione sinergica tra il servizio sanitario e l'ambiente della cooperazione sociale | Comunicazione costante e monitoraggio continuo delle sinergie. |

| | | |
|----|---|--|
| 12 | PUNTI DI DEBOLEZZA | |
| | <i>Indicare i punti di debolezza</i> | <i>Indicare le strategie/azioni per la riduzione</i> |
| | Necessità di regolamentare i ruoli degli attori | Protocolli Operativi tra UOC di Psichiatria e cooperativismo |

| DIAGRAMMA DI GANT | | | | | | | | | | | | | |
|--|---------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|---|
| Descrizioni delle azioni relative a ogni fase | Mesi 12 | | | | | | | | | | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | |
| Avviso Pubblico per la selezione di 3 cooperative di tipo B | x | x | | | | | | | | | | | |
| Selezione Utenti | x | x | | | | | | | | | | | |
| Elaborazione Protocolli Servizi e cooperative | | | x | | | | | | | | | | x |
| Percorso terapeutico | | | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x |
| Valutazione Funzionale | | x | | | | | | | | | | | |
| Rilevazione indicatori | | x | | | | | | | | | | | x |

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

| | DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO | | | |
|----|------------------------------------|--|---|------------------------|
| | Fase | Azioni | Breve descrizione dei contenuti | Indicatori di verifica |
| 13 | 1. | Creazione delle necessarie sinergie tra il servizio sanitario e l'ambiente della cooperazione sociale al fine di creare le condizioni ideali per l'inserimento del beneficiario del progetto nel mondo del lavoro. | La A.S.Re.M. – C.S.M. individua la cooperativa di tipo B per lo svolgimento delle attività progettuali. L'utente da inserire in questi percorsi viene segnalato dall'équipe di riferimento del Servizio di Salute Mentale zonale. Durante questa prima fase vengono trasferite le informazioni necessarie rispetto all'utente, il quale attraverso un primo colloquio ha la possibilità di presentarsi e di conoscere nella Cooperativa di tipo B partner le sue attività. Vengono definiti i giorni di frequentazione e il tipo di attività laboratoriale che preferisce effettuare e sulla base di ciò si procede alla stesura della parte specifica del Progetto Individuale organizzato dal Servizio ed effettuato dal personale che sarà selezionato ed addestrato per le finalità del progetto. Fondamentale è la collaborazione con le Associazioni di Utenti e Familiari. | • |

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

| | | | |
|----|---|--|---|
| | Attività propedeutiche ai tirocini formativi. | Le cooperative svolgono per conto della A.S.Re.M. - Centro di Salute Mentale un ruolo simile a quello di un Centro "virtuale" Socio - Lavorativo per gli aspetti di attività propedeutiche ai tirocini formativi e per le qualità riabilitative intrinseche. Viene così offerta al paziente non solo la possibilità di apprendere nuove tecniche ma anche e soprattutto una "palestra" dove potersi predisporre mentalmente al lavoro, nel pieno rispetto delle regole, dei tempi e degli spazi, tramite ovviamente del personale della riabilitazione addestrato ad hoc nei percorsi di "Place and Training". | |
| 2. | Svolgimento dei tirocini formativi. | La cooperativa sociale è chiamata a collaborare con il Centro di salute mentale della A.S.Re.M. che ha in carico i pazienti individuati come beneficiari dell'azione progettuali.. La cooperativa assume il doppio ruolo di impresa datrice di lavoro e di cooperativa di servizio chiamata a favorire l'inserimento lavorativo della persona nel mondo del lavoro collaborando per la formazione continua dell'utente. | <ul style="list-style-type: none"> • 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 |

| | | |
|----|---|---|
| 14 | TRASFERIBILITA' Indicare a quale altra realtà il progetto o parte di esso può essere trasferito | ostico terapeutico condiviso e personalizzato per pazienti con multicronicità |
| | Tipo di realtà nella quale può essere implementato il progetto | Progetto o parte del progetto che può essere trasferita |
| | Sistema Regionale Molisano | Da valutare |
| | | |

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: Corso OMS - UNICEF <i>Allattamento al seno per operatori della salute</i> ; |
| | AREA DI INTERVENTO | Miglioramento condizioni sanitarie in gruppi vulnerabili |

| | | | |
|---|--|----------------------------------|--|
| 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 |

| 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. 91/CSR del 6 giugno 2019 - Intesa n. 89/CSR del 6 giugno 2019 - Decreto del Commissario ad Acta n. _____ del _____ | € 130.000,00 |
| | ○ Eventuali risorse regionali | | |

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

| 4 | ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO | | |
|---|---|-----------------|------|
| | Tipologia di costi | Importo in euro | Note |
| | ○ Costi per la formazione | | |
| | ○ Costi gestione progetto | € 130.000,00 | |
| | ○ Costi | | |
| | ○ Costi | | |

| 5 | RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO | | |
|---|--|--------------|------|
| | RISORSE NECESSARIE | N. RISORSE | NOTE |
| | ○ Disponibili | € 130.000,00 | |
| | ○ Da acquisire | | |

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

| | | |
|---|--|---|
| 6 | <p>ANALISI DEL CONTESTO/ SCENARIO DI RIFERIMENTO</p> <p>Se pertinente, riportare dati epidemiologici, di attività, ecc.</p> | <p>Nell'ottica di promuovere e rafforzare l'accesso universale ai Servizi regionali, 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. In questo senso, dunque, la chiusura degli ambulatori pediatrici territoriali nei giorni festivi e prefestivi comporta un intasamento dei Pronto Soccorso regionali e dei reparti di Pediatria, dove affluiscono codici bianchi in età pediatrica. Questo pregiudica la piena funzionalità ed operatività di queste strutture, aumentando il grado d'inappropriatezza dell'intero Sistema.</p> <p>In un processo di superamento della logica ancora ospedalocentrica, si è avviato un processo di cambiamento culturale, tutt'ora in atto, dalle attuali disposizioni programmatiche regionali. L'utenza si avvale del Pronto Soccorso come percorso preferenziale per accedere a consulenze specialistiche pediatriche, affannando così l'efficienza assistenziale del reparto. Sviluppare e attuare misure per il benessere sociale risolutive, fondate sulle evidenze scientifiche e affidabili, basandosi su indicatori e programmi esistenti, anche in termini di equità, è un obiettivo della Direzione per la Salute.</p> <p>Dalle evidenze emerge chiaro che queste consulenze siano per la maggior parte eseguite nei giorni festivi e prefestivi e per patologie minori. Questo comporta una conseguente minore disponibilità di tempo da parte dei professionisti per l'assistenza dei bambini ricoverati, in neonatologia, in sala parto e per la gestione delle emergenze.</p> <p>Altro ulteriore elemento di criticità è l'acclarata situazione del personale sanitario, attualmente sotto organico per via della mancanza di pediatri ospedalieri nell'Azienda Sanitaria regionale.</p> <p>Le analisi dei dati disponibili sugli accessi ai Pronto Soccorso Pediatrici, evidenziano che l'80% dei codici bianchi e verdi effettua l'accesso tra ore 8:00 e le 20:00.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>L'adozione di procedure organizzative, oltre all'attivazione di percorsi assistenziali predefiniti (osservazione temporanea, follow-up ambulatoriale), hanno portato, in situazioni sperimentali, a una riduzione dell'esito in ricovero dal 15% all'8% degli accessi pediatrici ai P.S. generali.</p> <p>Il progetto mira a salvaguardare l'appropriatezza delle cure e degli accessi nei Pronto Soccorso e un miglioramento dell'attività di assistenza pediatrica.</p> <p>L'istituzione di strutture organizzative che rispondano alle necessità assistenziali in maniera continuativa nei giorni festivi (dalle 8:00 alle 14:00 e dalle 14:00 alle 20:00) e nei giorni prefestivi (dalle 14:00 alle 20:00) rappresenta un processo essenziale per ristabilire anche l'equità d'accesso in un'area critica, così come già descritto.</p> <p>La Pediatria di Libera Scelta ha già sperimentato, in varie Regioni, alcune forme di assistenza pediatrica ambulatoriale nelle giornate in cui gli ambulatori di PLS sono chiusi, conseguendo buoni risultati sia sotto il profilo del miglioramento dell'assistenza che della riduzione dei costi per il SSN, facendo registrare minori ricoveri ospedalieri inappropriati.</p> <p>Tali forme di assistenza hanno naturalmente registrato un alto grado di soddisfazione da parte dell'utenza, in quanto prova tangibile della reale presa in carico continuativa del paziente pediatrico, con le sue patologie, in un'ottica di risparmio di risorse derivanti anche dalle assenze lavorative per le famiglie coinvolte.</p> |
|---|--|---|

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

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

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

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

La procedura si applicherà, 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 |
| | | 01/01/2020 | 31/12/2020 | 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 | <ul style="list-style-type: none"> • Garantire l'equità nei percorsi di cura, aumentando il grado di accesso ai Servizi sanitari per i cittadini molisani; • promuovere e rafforzare l'accesso universale al SSR, soprattutto per l'infanzia; • ridurre le barriere relative agli aspetti organizzativi per l'accesso dei pazienti alle strutture; • ridefinire gli accessi ai Servizi garantendo equità e appropriatezza; • istituire un sistema di accountability attraverso un flusso informativo dedicato; |
|---|----------------------------|---|

| | | |
|----|--|---|
| 10 | RISULTATI ATTESI | |
| | A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati dal progetto | I risultati attesi sono stati già esplicitati nelle sezioni precedenti. |
| | A lungo periodo, a cui tendere, non direttamente raggiungibili al termine del progetto | I risultati attesi sono stati già esplicitati nelle sezioni precedenti. |

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

| 11 | PUNTI DI FORZA | |
|----|--|---|
| | Indicare i punti di forza | Indicare le strategie/azioni per l'implementazione |
| | Esperienza già sperimentata con successo in varie Regioni. | Partecipazione dei Pediatri di Libera Scelta, convenzionati con l'Azienda Sanitaria regionale, secondo quanto previsto dalle normative vigenti. E di personale del comparto dedicato assegnato senza oneri aggiunti da ASReM, nel rispetto delle norme contrattuali del personale del comparto. |

| 12 | PUNTI DI DEBOLEZZA | |
|----|-------------------------------|---|
| | Indicare i punti di debolezza | Indicare le strategie/azioni per la riduzione |
| | Conoscibilità del Servizio | Ricorso ai vari canali informativi |

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

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

| 13 | DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO | | Breve descrizione dei contenuti | Indicatori di verifica |
|----|---|--------------------------|---|---|
| | Fase | Azioni | | |
| | Organizzazione del servizio e svolgimento attività. | Svolgimento del servizio | Svolgimento delle attività ambulatoriali come definite nell'analisi del contesto. | <ul style="list-style-type: none"> aumento dell'accesso alle cure nelle strutture previste dal Progetto; |
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> riduzione dell'ospedalizzazione dei pazienti in età pediatrica (SDO); |
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> numero dei pazienti valutati (data base del progetto); |
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> numero di accessi; |
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> numero di contatti telefonici; |
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> rapporto di accessi pediatrici per patologia al PS territorialmente competente, valutando il periodo preso in esame rispetto ad analogo periodo riferito all'anno precedente; |
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> numero di ricoveri, di visite specialistiche, di esami strumentali e di laboratorio; |
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> grado di soddisfazione dell'utenza (<i>customer satisfaction</i>) da valutare con appositi questionari da somministrare |
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> 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 | Da valutare |

2 Linea progettuale: Promozione dell'equità in ambito sanitario

INTERVENTO 2: CORSO OMS - UNICEF ALLATTAMENTO AL SENO PER OPERATORI DELLA SALUTE.

| 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 del 6 giugno 2019 - Intesa n. 89 del 6.6.2019 - Determinazione del Direttore Generale per la Salute n. _____ del _____ | € 20.000,00 |
| | 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 | € 20.000,00 | |

2 Linea progettuale: Promozione dell'equità in ambito sanitario

| 5 | RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO | | |
|---|--|-------------|------|
| | RISORSE NECESSARIE | N. RISORSE | NOTE |
| | ○ disponibili | € 20.000,00 | |
| | ○ da acquisire | | |

| | | |
|---|---|---|
| 6 | ANALISI DEL CONTESTO/ SCENARIO DI RIFERIMENTO Se pertinente, riportare dati epidemiologici, di attività, ecc. | <p>Il latte materno è il miglior alimento possibile, per un neonato. Tutti i bambini traggono benefici dall'allattamento al seno perché il latte materno contiene tutti i nutrienti necessari affinché il neonato goda di buona salute e cresca bene. Il latte materno è un alimento perfetto, incomparabile rispetto a qualsiasi prodotto artificiale, per la nutrizione di un bambino nei primi mesi di vita. I bambini allattati al seno contraggono meno malattie e sono nutriti meglio di quelli nutriti con sostituti del latte materno o altro cibo.</p> <p>UNICEF e OMS stimano che, se tutti i bambini fossero allattati esclusivamente al seno nei primi sei mesi di vita, ogni anno si salverebbe la vita di circa 1,5 milioni di essi, vittime delle malattie e della malnutrizione. Quasi tutte le madri possono allattare al seno.</p> <p>Generalmente le cause che portano ad abbandonare l'allattamento sono la scarsa informazione sulle conseguenze o il mancato sostegno alle giovani madri in un periodo, quello post – parto, spesso caratterizzato da fragilità psicologica. Tutte le madri hanno diritto ad essere incoraggiate e a ricevere sostegno da parte del padre del bambino, della famiglia e della comunità di appartenenza. Gli operatori sanitari, i media e le associazioni di donne hanno la responsabilità di promuovere l'allattamento naturale (fonte www.unicef.it).</p> <p>Rivolto al personale dei reparti di Ginecologia e Ostetricia, Nido, Pediatria e Consultorio, il corso pone le basi per un adattamento alle linee guida e alla cultura della buona nascita e all'assistenza e supporto alla donna e alla famiglia. Il corso verrà svolto attraverso lezioni magistrali e lezioni integrate con diapositive e filmati</p> |
| | | |

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 |
| | | 01/01/2020 | 31/12/2020 | In valutazione |

| | | |
|---|---------------------------|---|
| 8 | OBIETTIVO GENERALE | La proposta progettuale intende realizzare iniziative formative rivolte agli operatori della salute al fine di fornire loro l'adeguata conoscenza delle linee guida OMS UNICEF in tema di allattamento e renderli promotori dell'allattamento naturale e della cultura della buona nascita. |
|---|---------------------------|---|

| | | |
|---|----------------------------|--|
| 9 | OBIETTIVI SPECIFICI | <p>Realizzazione di un corso di aggiornamento sull'allattamento OMS UNICEF, tenuto secondo le più recenti linee guida, rivolto a tutte le figure sanitarie coinvolte nei reparti materno – infantili e pediatrici e da effettuarsi in più edizioni per permettere la partecipazione del più ampio numero di risorse.</p> <ul style="list-style-type: none"> - formazione in materia di fisiologia , tecniche e soluzioni per porre le migliori condizioni di base per l'allattamento; - formazione e confronto sulla comunicazione empatica e l'umanizzazione delle cure, in linea con le più recenti evidenze scientifiche, volto a valorizzare il rapporto madre –figlio ed equipe-utenza. <p>Le iniziative formative saranno tenute in più edizioni.</p> <p>Ogni corso avrà la durata complessiva di 26 ore.</p> <p>Gli eventi formativi, eventualmente, potranno essere accreditati per il rilascio dei crediti ECM.</p> |
|---|----------------------------|--|

| | | |
|----|---|---|
| 10 | RISULTATI ATTESI | |
| | A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati dal progetto | Diffusione della cultura dell'allattamento al seno tra gli operatori della salute |
| | A lungo periodo, a cui tendere, non direttamente raggiungibili al termine del progetto. | Diffusione tra le madri della cultura dell'allattamento naturale. |

2 Linea progettuale: Promozione dell'equità in ambito sanitario

| | | |
|----|--|--|
| 11 | PUNTI DI FORZA | |
| | Indicare i punti di forza | Indicare le strategie/azioni per l'implementazione |
| | Formazione secondo le più recenti linee guida in materia | Approccio teorico pratico |

| | | |
|----|--|--|
| 12 | PUNTI DI DEBOLEZZA | |
| | Indicare i punti di debolezza | Indicare le strategie/azioni per la riduzione |
| | Scarsa diffusione della cultura dell'allattamento sia tra gli operatori della salute che tra le madri allo stato iniziale del progetto. | Azioni mirate per l'implementazione della cultura dell'allattamento in entrambi i gruppi di riferimento. |

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

2 Linea progettuale: Promozione dell'equità in ambito sanitario

| 13 | DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO | | | |
|----|------------------------------------|----------------------|--|--|
| | Fase | Azioni | Breve descrizione dei contenuti | Indicatori di verifica |
| | 1. | Interventi formativi | <ul style="list-style-type: none"> - Modulo di aggiornamento sull'allattamento OMS UNICEF, tenuto secondo le più recenti linee guida, rivolto a tutte le figure sanitarie dei reparti materno – infantili e pediatrici. - Modulo formativo sulla comunicazione empatica e l'umanizzazione delle cure, in linea con le più recenti evidenze scientifiche, volto a valorizzare il rapporto madre – figlio e personale –utenza. | Esiti delle verifiche non valutative nel corso dei moduli di formazione. |

| 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 | Da valutare |
| | | |

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 | 3. Costituzione e implementazione della rete della terapia del dolore e sviluppo delle cure palliative e della terapia del dolore in area pediatrica. |
| | TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO | Costituzione e implementazione della rete della terapia del dolore e sviluppo delle cure palliative e della terapia del dolore in area pediatrica |
| | AREA DI INTERVENTO | Tutelare il cittadino nell'accesso alla terapia del dolore |

| | | | |
|----------|--|----------------------------------|--|
| 2 | REGIONE RESPONSABILE DEL PROGETTO | | |
| | Regione Molise | <i>Cognome Nome Responsabile</i> | 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> |
| | <ul style="list-style-type: none"> ○ 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 _____ | € 568.747,00 |
| | <ul style="list-style-type: none"> ○ 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 | € 568.747,00 | |
| | ○ Costi | | |
| | ○ Costi | | |

| 5 | RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO | | |
|---|--|--------------|------|
| | RISORSE NECESSARIE | N. RISORSE | NOTE |
| | ○ Disponibili | € 568.747,00 | |
| | ○ 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*

| | | |
|----------|--|--|
| <p>6</p> | <p>ANALISI DEL CONTESTO/ SCENARIO DI RIFERIMENTO</p> <p>Se pertinente, riportare dati epidemiologici, di attività, ecc.</p> | <p>Le linee guida per lo sviluppo della Rete delle Cure Palliative e di Terapia del Dolore Pediatriche nella regione Molise sono state disciplinate in data 08/07/2015 tramite DCA n°46. Lo scopo perseguito tramite la costituzione della Rete delle Cure Palliative e di Terapia del Dolore Pediatriche è stato quello di assicurare la migliore qualità di vita possibile al bambino malato ed ai suoi familiari, individuare i luoghi di cura e assistenza più opportuni, definire il percorso assistenziale del bambino malato, proporre indicazioni operative e standard di cura e assistenza appropriati ed uniformi per tutto l'ambito regionale.</p> <p>Epidemiologia e criteri di eleggibilità</p> <p>I dati di letteratura e le esperienze disponibili evidenziano come la mortalità annuale da patologia inguaribile sia di 1 su 10.000 bambini da 1 a 17 anni con una prevalenza di malattie inguaribili, nella stessa fascia di età, pari a 10 su 10.000 minori; nel 70% dei casi si tratta di patologie non oncologiche, prevalentemente neurodegenerative, metaboliche e genetiche. Secondo le stime del 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.</p> <p>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.</p> <p>Il Centro di riferimento regionale di cure palliative e di terapia del dolore pediatriche è un'articolazione della rete regionale di cure palliative e terapia del dolore per adulti, svolge attività di diagnosi, cura, formazione e ricerca ed è situato presso l'Hospice di Larino (CB).</p> <p>L'Hospice di Larino (CB) ha il ruolo di coordinamento della Rete su tutto il territorio della Regione, concorre al sostegno metodologico e alla diffusione degli strumenti condivisi di lavoro, partecipa alla valutazione dei bisogni assistenziali nella progettazione dei piani di cura dei singoli casi (U.V.M.), concorre alla definizione delle strategie terapeutiche per il trattamento del dolore nell'età pediatrica, supporta la formazione degli operatori territoriali e dei caregivers ed il monitoraggio delle attività. Il Centro di riferimento partecipa ai programmi di informazione ed a iniziative culturali.</p> <p>L'equipe multiprofessionale del centro è composta dal medico responsabile dell'Hospice specializzato in cure palliative pediatriche ed altre professionalità come infermieri, psicologo, assistente sociale e fisioterapista con esperienza e formazione nel campo delle cure palliative e terapia del dolore.</p> <p>Le UU.OO di Pediatria 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.</p> <p>L'assistenza domiciliare dei singoli casi, rispetto alle necessità diagnostiche e terapeutiche, fatte salve le competenze per l'età neonatale poste in capo all'U.O. di Neonatologia di Campobasso, provvede direttamente la rete regionale coordinata dall'Hospice di Larino nella presa in carico sin dalla definizione del piano di assistenza e garantisce la rintracciabilità telefonica H24 per gli operatori della Rete. L'attività di ambulatorio di terapia del dolore pediatrico viene organizzata in collaborazione con la Rete aziendale di terapia del dolore. Le UU.OO. ospedaliere assicurano le consulenze specialistiche in tutte le fasi del percorso assistenziale della patologia inguaribile e partecipano, per aspetti tecnici, all'addestramento del caregiver; le strutture ospedaliere concorrono alla gestione dei ricoveri nelle fasi acute della malattia.</p> <p>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.</p> <p>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</p> |
|----------|--|--|

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

| | |
|--|---|
| | <p>sviluppo di modelli assistenziali di case management/primary nursing</p> <p>L'intervento psicologico è garantito sul tutto territorio regionale con i seguenti obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 <i>burnout</i> per gli operatori che lavorano nella rete. <p>Gli interventi di supporto psicologico sono coordinati dall'Hospice di Larino (CB) in collaborazione con l'UCPP di Neuropsichiatria infantile.</p> <p>L'UCPP di Neuropsichiatria infantile partecipa inoltre per tutti gli aspetti di competenza clinica in pazienti con patologia di pertinenza neuropsichiatrica.</p> <p>L'intervento del neuropsichiatra infantile è volto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>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.</p> <p>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;</p> <p>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.</p> <p>Formazione</p> <p>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.</p> |
|--|---|

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

CRONOPROGRAMMA IN FORMATO GRAFICO

| | | | | |
|---|--|----------------------|-----------------------|---|
| 7 | DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO | Data inizio prevista | Data termine prevista | Possibile ulteriore proseguimento per anno successivo |
| | | 01/01/2020 | 31/12/2020 | si |

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

| | | |
|---|----------------------------|--|
| 9 | OBIETTIVI SPECIFICI | <ul style="list-style-type: none"> • 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. |
|---|----------------------------|--|

| | | |
|----|--|--|
| 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 | |

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*

| | | |
|----|-------------------------------|--|
| 11 | 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 | x | | | | | | | | | | | | |
| Fase attuativa e di monitoraggio | | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | | |
| Conclusione progetto | | | | | | | | | | | | x | |
| Valutazione | | | | | | | | | | | | x | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |

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

| 13 | DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO | | Breve descrizione dei contenuti | Indicatori di verifica |
|----|------------------------------------|------------|--|---|
| | Fase | Azioni | | |
| | 1. | Formazione | <p>Gestione specialistica come da descrizione introduttiva</p> <p>Formazione generica e specialistica in base ai discenti.</p> | <p>N° di pazienti presi in carico;</p> <p>N° di pazienti presi in carico/N° annuale di decessi;</p> <p>% di decessi a domicilio/Totale dei decessi;</p> <p>Durata della presa in carico e figure professionali coinvolti;</p> <p>Giorni di ricovero/totale giorni di presa in carico e assistenza;</p> <p>Giorni di ricovero in degenza palliativa/totale giorni di ricovero;</p> <p>Presenza di un database aggiornato;</p> <p>Eventi di aggiornamento del personale per le cure palliative pediatriche di base e specialistiche;</p> <p>Percezione della famiglia della qualità dell'assistenza e della presa in carico;</p> <p>Percezione degli operatori coinvolti della qualità dell'assistenza.</p> |

| 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 |
| | Asrem - Territorio regionale | Da valutare |

4 Linea progettuale: Piano Nazionale della Prevenzione

| SCHEMA PROGETTO | | |
|-----------------|--|--|
|-----------------|--|--|

| | | |
|---|---------------------------------------|---|
| 1 | LINEA PROGETTUALE | Linea progettuale n. 4 - Piano Nazionale della Prevenzione |
| | TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO | Supporto al Piano Regionale della Prevenzione della Regione Molise approvato con decreto del Commissario ad Acta n. 44 del 30 giugno 2016 |
| | 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 | <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 |

| | | | |
|---|--|---|--|
| 3 | RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO MODALITA' DI REPERIMENTO RISORSE | | |
| | | <i>Finanziamento</i> | <i>Riferimento (Delibera, atto ecc.)</i> |
| | | | <i>Importo</i> |
| | <ul style="list-style-type: none"> 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 _____ | € 6.825,00 |
| | <ul style="list-style-type: none"> Eventuali risorse regionali | | |

4 Linea progettuale: Piano Nazionale della Prevenzione

| | | | |
|---|--|------------------------|-------------|
| 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 | € 6.825,00 | |
| | ○ Costi | | |
| | ○ Costi | | |

| | | | |
|---|---|-------------------|-------------|
| 5 | RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO | | |
| | <i>RISORSE NECESSARIE</i> | <i>N. RISORSE</i> | <i>NOTE</i> |
| | ○ Disponibili | € 6.825,00 | |
| | ○ Da acquisire | | |

4 Linea progettuale: Piano Nazionale della Prevenzione

| | | |
|----------|--|--|
| <p>6</p> | <p>ANALISI DEL CONTESTO/ SCENARIO DI RIFERIMENTO</p> <p>Se pertinente, riportare dati epidemiologici, di attività, ecc.</p> | <p>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.</p> <p>In particolare, con l'Intesa del 13-11-2014, le Regioni si sono impegnate a recepire il PNP 2014-2018 garantendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> – la 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). <p>Con 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.</p> <p>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.</p> <p>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:</p> <ol style="list-style-type: none"> I. Programma «Screening oncologici»: <ul style="list-style-type: none"> – screening della mammella; – screening del colon retto; |
|----------|--|--|

4 Linea progettuale: Piano Nazionale della Prevenzione

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

4 Linea progettuale: Piano Nazionale della Prevenzione

CRONOPROGRAMMA IN FORMATO GRAFICO

| | | | | |
|---|--|----------------------|-----------------------|---|
| 7 | DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO | Data inizio prevista | Data termine prevista | Possibile ulteriore proseguimento per anno successivo |
| | | 01/01/2020 | 31/12/2020 | si |

| | | |
|---|---------------------------|--|
| 8 | OBIETTIVO GENERALE | <p>Il PNP per la sua realizzazione e valutazione necessita di attività di supporto sul piano della programmazione e pianificazione regionale, definizione di modalità operative, monitoraggio e valutazione per i programmi di screening, individuazione di interventi preventivi efficaci, costituzione di banche dati omogenee e di qualità funzionali alle esigenze dell'epidemiologia descrittiva, clinica ed ambientale ed utili per una efficace programmazione sanitaria. Sono necessari altresì interventi di <i>quality assurance</i>, promozione della ricerca, elaborazione e condivisione di LG, divulgazione dei risultati, formazione. Tale attività di supporto al PNP viene assicurata da tre reti nazionali: l'Osservatorio Nazionale Screening (ONS), dall'Associazione Italiana Registri Tumori (AIRTum) e dall'Evidence-Based Prevention (NIEPB).</p> <p>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 coloretale. 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 coloretale (GISCOR). Il coordinamento dell'ONS ha sede presso l'ISPO di Firenze ed opera come strumento tecnico a supporto sia delle Regioni per l'attuazione dei programmi di screening, sia del Ministero della salute per la realizzazione delle politiche di screening.</p> <p>L'ONS, nell'ambito delle attività di supporto scientifico alla pianificazione nazionale e programmazione regionale e per il miglioramento della qualità dei programmi di screening attivati a livello regionale svolgerà le seguenti azioni:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Realizzazione della survey annuale per il monitoraggio delle attività di screening oncologico (valutazione LEA).</i> 2. <i>Introduzione della raccolta di dati individuali tramite la DWH nazionale di screening.</i> 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. <i>Attività di formazione all'alto livello in ambito regionale e nazionale</i> al fine di migliorare la qualità tecnico-professionale dei professionisti |
|---|---------------------------|--|

4 Linea progettuale: Piano Nazionale della Prevenzione

| | | |
|--|--|---|
| | | <p>coinvolti nello screening oltre che la qualità organizzativa e gestionale dei singoli programmi.</p> <p>4. <i>Attività di Quality Assurance (QA)</i> 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 <i>site visit</i>, individuerà i professionisti, curerà gli aspetti logistici. Saranno sperimentate e messe in atto modalità di <i>Quality Assurance</i> sulla base degli standard degli indicatori di qualità e di attività prodotti dalle <i>survey</i>: tali modalità comprenderanno l'esame da parte dei professionisti incaricati dei dati delle <i>survey</i>, la individuazione e segnalazione ai responsabili delle criticità rilevati, la implementazione di azioni correttive e <i>feed-back</i> all'esito dell'azione correttiva.</p> <p>5. <i>Promozione della ricerca in ambito screening;</i></p> <p>6. <i>Produzione di linee guida/procedure in ambito screening;</i></p> <p>7. <i>Sviluppo della qualità della informazione, comunicazione e rendicontazione dei risultati</i> in collaborazione con le Società scientifiche multidisciplinari. Produzione materiale informativo.</p> <p>L'Associazione Italiana Registri Tumori (AIRTum) nasce a Firenze nel 1996. L'Associazione, che non ha fini di lucro, promuove, coordina e sostiene l'attività di registrazione dei tumori in Italia nell'interesse della ricerca scientifica, della prevenzione, della pianificazione dell'assistenza, della facilitazione dell'accesso alle cure e della valutazione della loro efficacia. La banca dati dei RT è collocata presso l'ISPO di Firenze.</p> <p>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:</p> <p>1. <i>Integrazione tra i vari registri Tumori (RT) italiani;</i></p> <p>2. <i>Banca dati AIRTUM;</i> I dati dei RT regionali e locali vanno inviati alla banca dati AIRTum; la banca dati è consultabile attraverso una piattaforma di interrogazione e analisi interattiva dei dati dei registri (ITACAN) e produce report annuali di approfondimento sui dati epidemiologici di diffusione del cancro in Italia. Tutte le pubblicazioni prodotte sono liberamente consultabili sul sito AIRTum www.registri-tumori.it.</p> <p>3. <i>Copertura territoriale;</i></p> <p>4. <i>Tempestività dei dati;</i></p> <p>5. <i>Qualità dei dati;</i></p> <p>6. <i>Formazione;</i></p> <p>7. <i>Accreditamento:</i> 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.</p> <p>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</p> |
|--|--|---|

4 Linea progettuale: Piano Nazionale della Prevenzione

| | | |
|--|--|--|
| | | <p>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 <i>tutor</i> individuato da AIRTum; è stato avviato il percorso per l'accreditamento.</p> <p>8. <i>I dati per la ricerca, la programmazione e l'ambiente.</i></p> <p>9. <i>Pubblicazione de "I numeri del cancro in Italia 2018".</i></p> <p>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:</p> <p>1. <i>Supporto ai Piani Regionali di Prevenzione (PRP)</i> 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.</p> <p>2. <i>Formazione e aggiornamento di professionisti impegnati nell'attuazione del PRP;</i></p> <p>3. <i>Disseminazione delle evidenze e completamento ed aggiornamento della matrice NIEPB delle evidenze.</i></p> |
|--|--|--|

4 Linea progettuale: Piano Nazionale della Prevenzione

| | | |
|---|----------------------------|---|
| 9 | OBIETTIVI SPECIFICI | <p>- Attività di Supporto al Piano Nazionale della Prevenzione:</p> <p><u>A) OSSERVATORIO NAZIONALE SCREENING:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Realizzazione della <i>survey</i> nazionale delle attività dei programmi di screening effettuate nel 2019 ➤ 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 <i>Quality Assurance</i>. <p><u>B) ASSOCIAZIONE ITALIANA REGISTRI TUMORI:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Tutoraggio del RT Molise nel percorso di accreditamento; ➤ Formazione; ➤ Analisi dati; ➤ Produzione materiale scientifico ed informativo. <p><u>C) NETWORK PER L'EVIDENCE-BASED PREVENTION:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 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; |
|---|----------------------------|---|

| | RISULTATI ATTESI | |
|----|---|--|
| 10 | <p>A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati dal progetto</p> <p>A lungo periodo, a cui tendere, non direttamente raggiungibili al termine del progetto</p> | <ul style="list-style-type: none"> • 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; <p>Finanziamento dei Network ONS-Air.TUM.-NIEPB conformemente a quanto stabilito dal Patto per la Salute.</p> <p>Miglioramento della qualità dei programmi di screening attivati a livello regionale</p> |

4 Linea progettuale: Piano Nazionale della Prevenzione

| | | |
|----|--|--|
| 11 | PUNTI DI FORZA | |
| | 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 |

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

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

4 Linea progettuale: Piano Nazionale della Prevenzione

| 13 | DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO | | Breve descrizione dei contenuti | Indicatori di verifica |
|----|------------------------------------|------------------------|---------------------------------|---|
| | Fase | Azioni | | |
| 13 | 1 | Obiettivo A (ONS) | | 1) Realizzazione della <i>survey</i> 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.) | | 1) 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. |

| | | |
|----|---|---|
| 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 |
| | Regione Molise | Da valutare |

5. Linea progettuale: La tecnologia sanitaria innovativa come strumento di integrazione ospedale territorio.

SCHEMA PROGETTO

| | | |
|--|---------------------------------------|---|
| | LINEA PROGETTUALE | Linea progettuale n. 5 – La tecnologia sanitaria innovativa come strumento di integrazione ospedale territorio. |
| | TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO | Intervento 1: Strumenti a supporto dell'efficientamento del sistema regionale di controllo della qualità ed appropriatezza delle prestazioni sanitarie. Intervento 2: Le tecnologie a supporto dell'integrazione tra i due aspetti dell'assistenza: l'ospedale ed il territorio. Intervento 3: Devices a supporto progetto di Telemedicina per pazienti affetti da scompenso cardiaco nelle aree interne del Molise e a completamento delle progettualità connesse alla farmacia dei servizi Intervento 4: Value-Based Healthcare e la sostenibilità economica del sistema sanitario regionale (SSR) del Molise. Gestione economica di alcune malattie croniche. |
| | AREA DI INTERVENTO | Favorire l'utilizzo della telemedicina |

| | | | |
|---|--|----------------------------------|--|
| 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 |

INTERVENTO 1: 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 | | |
| | <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 _____ | € 329.382,00 |

5. Linea progettuale: La tecnologia sanitaria innovativa come strumento di integrazione ospedale territorio.

| | | | |
|--|-------------------------------|--|--|
| | ○ 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 | € 329.382,00 | |
| | ○ Costi | | |
| | ○ Costi | | |

| | | | |
|---|---|-------------------|-------------|
| 5 | RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO | | |
| | <i>RISORSE NECESSARIE</i> | <i>N. RISORSE</i> | <i>NOTE</i> |
| | ○ Disponibili | € 329.382,00 | |
| | ○ Da acquisire | | |

5. Linea progettuale: La tecnologia sanitaria innovativa come strumento di integrazione ospedale territorio.

| | | |
|---|--|---|
| 6 | <p>ANALISI DEL CONTESTO/ SCENARIO DI RIFERIMENTO</p> <p>Se pertinente, riportare dati epidemiologici, di attività, ecc.</p> | <p>La valutazione dell'efficacia, efficienza e equità dei sistemi sanitari si rapporta, sempre di più, con l'individuazione delle cure necessarie escludendo fenomeni di inappropriatazza.</p> <p>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 <i>setting</i> di erogazione delle cure, la realizzazione di meccanismi di integrazione e coordinamento ai vari livelli del sistema.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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 inappropriatazza 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 a tali DRG che è possibile erogare in regime di degenza ordinaria, sulla base di rilevazioni locali.</p> <p>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 <i>set</i> di indicatori, fra cui alcuni specificamente destinati al monitoraggio dell'appropriatezza organizzativa, aggiornando anche la lista di DRG ad alto rischio di inappropriatazza se erogati in regime di ricovero ordinario.</p> <p>Esistono due differenti approcci allo studio dell'appropriatezza: uno di tipo clinico e uno di carattere organizzativo.</p> <p>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 "<i>Clinical pathways</i>".</p> <p>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.</p> <p>L'attività di controllo di appropriatezza verifica, quindi, l'erogazione delle</p> |
|---|--|---|

5. Linea progettuale: La tecnologia sanitaria innovativa come strumento di integrazione ospedale territorio.

| | | |
|--|--|--|
| | | <p>prestazioni all'utente, sia in termini assistenziali che organizzativi.</p> <p>In particolare, l'attività comprende:</p> <ul style="list-style-type: none">• <i>controllo di appropriatezza assistenziale</i> - verifica del livello di adeguatezza e di qualità delle prestazioni erogate, comprendendo i livelli sia formali che sostanziali, |
|--|--|--|

5. Linea progettuale: La tecnologia sanitaria innovativa come strumento di integrazione ospedale territorio.

| | |
|--|---|
| | <p>nell'ottica di un miglioramento continuo;</p> <ul style="list-style-type: none"> • <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. <p>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.</p> <p>In tal senso l'attività di controllo si compone di una fase amministrativa, una fase tecnico sanitaria.</p> <p>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.</p> <p>Il progetto in argomento 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.</p> <p>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.</p> <p>Le azioni specifiche programmate afferiscono ad i seguenti ambiti:</p> <p>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;</p> <p>Supporto professionale specifico per le attività connesse alle azioni poste in essere.</p> |
|--|---|

5. Linea progettuale: La tecnologia sanitaria innovativa come strumento di integrazione ospedale territorio.

CRONOPROGRAMMA IN FORMATO GRAFICO

| | | | | |
|---|--|----------------------|-----------------------|---|
| 7 | DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO | Data inizio prevista | Data termine prevista | Possibile ulteriore proseguimento per anno successivo |
| | | 01/01/2020 | 31/12/2020 | In valutazione |

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

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

| | | |
|----|--|---|
| 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 |

5. Linea progettuale: La tecnologia sanitaria innovativa come strumento di integrazione ospedale territorio.

| 12 | PUNTI DI DEBOLEZZA | |
|----|-------------------------------------|---|
| | Indicare i punti di debolezza | Indicare le strategie/azioni per la riduzione |
| | 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 | x | | | | | | | | | | | |
| Fase attuativa e di monitoraggio | | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | |
| Conclusione progetto | | | | | | | | | | | | x |
| Valutazione | | | | | | | | | | | | x |

| 13 | DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO | | Breve descrizione dei contenuti | Indicatori di verifica |
|----|------------------------------------|--------|---------------------------------|--|
| | Fase | Azioni | | |
| | | | | 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 |
| | Asrem | Da valutare |

INTERVENTO 2: LE TECNOLOGIE A SUPPORTO DELL'INTEGRAZIONE TRA I DUE ASPETTI DELL'ASSISTENZA: L'OSPEDALE ED IL TERRITORIO.

| | | | |
|---|--|---|----------------|
| 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 _____ | € 230.000,00 |
| | ○ 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 | € 230.000,00 | |
| | ○ Costi | | |
| | ○ Costi | | |
| | ○ | | |

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

| | | | |
|---|----------------|--------------|--|
| 5 | ○ Disponibili | € 230.000,00 | |
| | ○ Da acquisire | | |

| | | |
|---|--|--|
| 6 | <p>ANALISI DEL CONTESTO/ SCENARIO DI RIFERIMENTO</p> <p>Se pertinente, riportare dati epidemiologici, di attività, ecc.</p> | <p>L'atto di indirizzo per il 2018 del Ministro della Salute, tra le altre raccomandazioni, ha 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.</p> <p>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. 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, del <i>care management</i>, della deospedalizzazione e della piena cooperazione tra tutti i soggetti coinvolti nella filiera della salute e del benessere. Ciò comporta necessariamente un efficientamento delle risorse oggi utilizzate.</p> <p>Infatti, la digitalizzazione deve essere considerata non solo come un cambiamento progressivo del modo di fare assistenza, ma una vera e propria opportunità: l'adozione di soluzioni basate sulle tecnologie dell'informazione e delle comunicazioni (ICTs) diventa un'operazione strumentale, finalizzata al miglioramento dell'appropriatezza, dell'efficienza e dell'efficacia, attraverso l'efficientamento complessivo del SSR.</p> <p>Il Ministero della Salute ha anche individuato, tra le traiettorie tecnologiche, quelle dell'<i>active & healthy ageing</i>, e cioè quelle tecnologie per l'invecchiamento attivo e l'assistenza domiciliare. È vero anche che la salute è un esito in costante ridefinizione e mutamento lungo tutto il corso di vita di processi culturali e biologici, e interventi e cure dovrebbero essere implementati tenendo conto del genere, dell'età, dell'appartenenza etnica e culturale.</p> <p>La tecnologia nel settore sanitario è un elemento fondamentale e il suo contributo al miglioramento della salute e della qualità di vita dei cittadini è da sempre irrinunciabile. Allo stesso tempo, considerando che le proposte di nuove tecnologie sono in continuo aumento, l'impatto economico della loro introduzione è sempre più significativo.</p> <p>Attraverso quindi questa linea progettuale, l'ASReM vuole garantire anche l'implementazione di tali traiettorie, consentendo all'intero Sistema, tra l'altro oggetto di una profonda riorganizzazione strutturale, di intercettare le principali sfide che caratterizzano il Sistema Sanitario regionale, come l'invecchiamento della popolazione, l'aumentata incidenza di molte patologie croniche degenerative, lo sviluppo di opzioni di diagnosi e trattamento innovativi. La direzione è quella di una medicina personalizzata per il trattamento e per la prevenzione di numerose patologie di grande rilevanza e d'impatto sull'utilizzo delle risorse economiche. Queste sfide, in una logica complessiva, dovranno essere affrontate anche attraverso lo sviluppo di progetti sistemici, articolati e integrati nel contesto sanitario ed informativo regionale.</p> <p>In una visione di contesto, ad esempio, l'introduzione ormai a regime del Fascicolo Sanitario Elettronico ha rappresentato un importante passaggio per la sanità molisana, provando a <i>linkare</i> in rete tutto il Sistema, mettendo a disposizione dei cittadini/utenti una nuova piattaforma di servizi <i>information intensive</i>, uno strumento attraverso cui ogni cittadino può tracciare e consultare tutta la storia della propria vita sanitaria, condividendola con i professionisti sanitari per garantire un servizio più efficace ed efficiente.</p> <p>L'utilizzo della tecnologia sanitaria innovativa è da intendersi quindi come valido supporto d'integrazione ospedale territorio, e tende al miglioramento complessivo della qualità dei servizi sanitari regionali. I principali obiettivi sono quello di agevolare l'assistenza del paziente, offrire un servizio che possa facilitare l'integrazione delle diverse competenze professionali, fornire una base informativa consistente.</p> <p>La necessità di intervenire in questo settore ha assunto particolare importanza con la gestione dell'emergenza COVID-19, con la necessità di assicurare modalità efficaci per l'assistenza dei pazienti più fragili.</p> <p>È vero anche che la maggior parte delle tecnologie oggi sono concentrate nell'ambito ospedaliero, anche per via della storica organizzazione che ha caratterizzato il Sistema sanitario molisano nel suo passato. Meno diffuso è il loro utilizzo in ambito territoriale per la garanzia della continuità delle cure. La diffusione di strumenti tarati sull'integrazione di servizi ospedalieri e territoriali, in cui collaborano equipe multiprofessionali (medici, infermieri, amministrativi, etc.), talora distanti logisticamente tra loro, diventa strategica per rendere più efficiente il sistema sanitario e migliorare la qualità assistenziale attraverso l'ottimizzazione delle procedure per la continuità delle cure.</p> <p>Questa linea progettuale, in continuità con quanto già realizzato per l'anno 2019, costituirà utile strumento di miglioramento degli strumenti tecnologici a supporto dell'integrazione tra i due aspetti dell'assistenza, e cioè l'Ospedale ed il territorio, affinando anche il grado di accountability dei percorsi domiciliari.</p> <p>Le nuove risorse tecnologiche per l'assistenza sanitaria e sociosanitaria da implementare nel territorio regionale (es. teleconsulto, telesalute, teleassistenza, etc.) saranno a supporto della riorganizzazione del Sistema, sia nei setting assistenziali territoriali e nei PDTA, sia in altri setting caratterizzati da esigenze di prossimità territoriale come quelli della prevenzione, della salute mentale o in quelli più specificatamente ospedalieri.</p> <p>Saranno implementate le soluzioni ed i servizi per la continuità assistenziale ospedale-territorio, garantendo solide strutture informatiche anche ai percorsi diagnostico terapeutici oggi in vigore in Molise. Particolare attenzione si porrà alla presa in carico del paziente cronico attraverso la trasmissione a distanza di parametri clinici interpretati e gestiti dai professionisti sanitari</p> |
|---|--|--|

| | | |
|--|--|--|
| | | <p>all'interno di un piano assistenziale individuale.</p> <p>La tecnologia sanitaria innovativa, 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, darà modo di definire al meglio strategie di assistenza coordinate ed integrate tramite l'ottimizzazione dei processi prestazionali socio-sanitarie.</p> <p>Nell'ambito dell'intero sistema delle cure regionale, inoltre, sarà riconosciuta la rilevanza delle tecnologie "organizzative", utili a migliorare efficienza ed efficacia degli interventi assistenziali pubblici, valorizzando anche il ruolo degli stakeholders coinvolti e con un'attenzione particolare a quanto attiene l'<i>assessment</i>.</p> |
| | | |

CRONOPROGRAMMA IN FORMATO GRAFICO

| | | | | |
|---|--|----------------------|-----------------------|---|
| 7 | DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO | Data inizio prevista | Data termine prevista | Possibile ulteriore proseguimento per anno successivo |
| | | 01/01/2020 | 31/12/2020 | SI |

| | | |
|---|---------------------------|--|
| 8 | OBIETTIVO GENERALE | <ul style="list-style-type: none"> • focalizzare l'intervento di prevenzione e salute a livello di popolazione e non di pazienti; • promuovere la digitalizzazione dei percorsi di presa in carico per favorire l'integrazione tra ospedale e territorio; • agevolare l'assistenza del paziente facilitando l'integrazione delle diverse competenze professionali; • favorire l'impiego della telemedicina per la garanzia di una migliore qualità assistenziale attraverso il monitoraggio delle attività svolte ed il supporto alle decisioni cliniche; • ottimizzare l'integrazione dei PDTA per la gestione del paziente, soprattutto per le fragilità; • supportare la residenzialità e domiciliarità; • migliorare l'empowerment del paziente e la qualità della vita; • re ingegnerizzare i flussi informativi sanitari anche in funzione della riduzione delle liste di attesa; • migliorare le performance del SSR, fornendo una base informativa consistente. |
|---|---------------------------|--|

| | | |
|---|----------------------------|--|
| 9 | OBIETTIVI SPECIFICI | <ul style="list-style-type: none"> • focalizzare l'intervento di prevenzione e salute a livello di popolazione e non di pazienti; • promuovere la digitalizzazione dei percorsi di presa in carico per favorire l'integrazione tra ospedale e territorio; • agevolare l'assistenza del paziente facilitando l'integrazione delle diverse competenze professionali; • favorire l'impiego della telemedicina per la garanzia di una migliore qualità assistenziale attraverso il monitoraggio delle attività svolte ed il supporto alle decisioni cliniche; • ottimizzare l'integrazione dei PDTA per la gestione del paziente, soprattutto per le fragilità; • supportare la residenzialità e domiciliarità; • migliorare l'empowerment del paziente e la qualità della vita; • re ingegnerizzare i flussi informativi sanitari anche in funzione della riduzione delle liste di attesa; • migliorare le performance del SSR, fornendo una base informativa consistente. |
|---|----------------------------|--|

| 10 | RISULTATI ATTESI | |
|----|--|--|
| | A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati dal progetto | Gli obiettivi sopra descritti sono esplicativi dei risultati attesi da questa attività progettuale. |
| | A lungo periodo, a cui tendere, non direttamente raggiungibili al termine del progetto | <p>Quest'annualità rappresenta un ulteriore tassello per la completa riorganizzazione dell'intero Sistema sanitario e che permetterà alla Regione Molise di disporre di un rinnovato e potenziato modello, ben integrato tra i vari settori dell'assistenza, che favorirà il progressivo superamento di alcune criticità espresse nelle precedenti parti.</p> <p>L'opportunità dell'utilizzo delle tecnologie sanitarie, così come immaginato in fase di progettazione, garantirà inoltre un potenziamento del grado di <i>accountability</i> in grado di verificare la qualità assistenziale delle strutture regionali pubbliche, in una logica di <i>benchmarking</i> caratterizzata dalla competitività positiva.</p> |

| 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 | x | | | | | | | | | | | | |
| Fase attuativa e di monitoraggio | | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | |
| Conclusione progetto | | | | | | | | | | | | | x |
| Valutazione | | | | | | | | | | | | | x |

| 13 | DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO | | Breve descrizione dei contenuti | Indicatori di verifica |
|----|------------------------------------|--------|---------------------------------|--|
| | Fase | Azioni | | |
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> Potenziamento flussi per l'assistenza integrata tra ospedale e territorio; |
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> N. pazienti censiti nei flussi informativi regionali; |
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> Attivazione nuovi flussi; |
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> Aumento della dotazione di tecnologie sanitarie innovative; |

| 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 |
| | Regione Molise | Da valutare |
| | | |

INTERVENTO 3: DEVICES A SUPPORTO PROGETTO DI TELEMEDICINA PER PAZIENTI AFFETTI DA SCOMPENSO CARDIACO NELLE AREE INTERNE DEL MOLISE E A COMPLETAMENTO DELLE PROGETTUALITÀ CONNESSE ALLA FARMACIA DEI SERVIZI

| 3 | RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO MODALITÀ DI REPERIMENTO RISORSE | | |
|---|--|--|--------------|
| | Finanziamento | Riferimento (Delibera, atto ecc.) | Importo |
| | <ul style="list-style-type: none"> risorse vincolate degli obiettivi del PSN | Accordo Stato/regioni n. 54/CSR del 31 marzo 2020. Intesa n. 56/CSR del 31 marzo 2020. Decreto del Commissario ad Acta n. _____ del _____ | € 300.000,00 |
| | <ul style="list-style-type: none"> Eventuali risorse regionali | | |

| | | | |
|---|---|-----------------|---|
| 4 | ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO | | |
| | Tipologia di costi | Importo in euro | Note |
| | o CCosti per la formazione | | |
| | o CCosti gestione progetto | € 300.000,00 | Somme finalizzate all’acquisizione di devices strumentali alla realizzazione della progettualità di cui alla Scheda S1 area interna SNAI Alto Medio Sannio (per un importo pari a Euro 160.000,00) nonché a colmare il fabbisogno finanziario per l’acquisto della strumentazione prevista dalla Scheda progettuale A1 implementazione rete Farmacie dell’area interna del Fortore e quelli di ulteriori progettualità relative alle altre aree interne (Mainarde, Matese) e coerenti con la linea progettuale 5 degli Obiettivi di piano (Euro 140.000,00). |
| | o CCosti | | |
| | o CCosti | | |
| | o | | |
| 5 | RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO | | |
| | RISORSE NECESSARIE | N. RISORSE | NOTE |
| | o Ddisponibili | € | |
| | o Dda acquisire | € 300.000,00 | |
| 6 | ANALISI DEL CONTESTO/ SCENARIO DI RIFERIMENTO | | |
| Se pertinente, riportare dati epidemiologici, di attività, ecc. | | | |

L'intervento è finalizzato all'acquisizione di devices necessari ad effettuare i controlli periodici di cui alla scheda progettuale *S1Telemedicina per pazienti affetti da scompenso cardiaco*, relativa all'Area interna Alto Medio Sannio, nonché a quelli previsti con riferimento alle farmacie di servizi delle altre aree interne SNAI molisane.

In particolare, le risorse in oggetto saranno destinate all'acquisto della seguente strumentazione:

1. Devices dedicati assegnati ad uso di MMG e/o Farmacie e/o Case della Salute

Kit monitoraggio multiparametrico (sfigmomanometro, rilevatore saturazione arteriosa, frequenza cardiaca temperatura);

elettrocardiografo portatile HQ compatibile con sistemi IOS e Android;

Holter ecg3 canali (n.33).

2. Devices assegnati ad uso dei pazienti oggetto dello studio:

Sfigmomanometro (n.500)

Pulsossimetro (n.500)

Bilancia (n.500)

3. Devices assegnati ad uso di infermiere o tecnico di cardiologia con competenze in ecocardiografia

Elettrocardiografo portatile (n.3).

4. Devices CE selftesting a completamento delle esigenze delle aree interne Matese, Fortore, Mainarde del tipo:

Multianalizzatore ematico per profilo lipidico;

Analizzatore ematico dell'emoglobina glicata;

Analizzatore per emocromo;

Coagulometro PT/INR;

Analizzatore urine;

Si evidenzia che nel setting della scheda progettuale *S1Telemedicina per pazienti affetti da scompenso cardiaco*, in relazione alla quale si sviluppa il presente intervento, l'obiettivo della telemedicina è la prevenzione della riacutizzazione di scompenso cardiaco e, laddove questa si verifici, evitare, se possibile, il ricorso al ricovero ospedaliero, riducendo in tal modo i rischi per il paziente e ottenendo un contenimento dei costi sanitari. La suddetta progettualità prevede che la gestione della cronicità e la continuità assistenziale siano realizzate attraverso la creazione di sistemi integrati per la costituzione di un network che accolga il paziente dopo la dimissione ospedaliera e lo gestiscano garantendo la continuità delle cure e la prevenzione delle riacutizzazioni.

In questo contesto il contributo delle ICT consente l'integrazione tra i vari attori deputati alla presa in carico del paziente (Specialista, MMG, infermieri dedicati, tecnici, etc).

In tale situazione sono erogabili in telemedicina:

Il telemonitoring di parametri specifici strumentali, ematochimici e funzionali;

la rilevazione, archiviazione e condivisione del dato sanitario;

le prestazioni in prevenzione secondaria per la gestione dei fattori di rischio;

i protocolli condivisi tra gli attori per definire decisioni sempre partecipate.

Si possono effettuare sedute di counseling periodico a frequenze maggiori rispetto al regime ambulatoriale tradizionale, fino ad arrivare alla realizzazione di veri e propri sistemi di monitoraggio dei parametri clinico-strumentali.

Pertanto, il livello di controllo e gestione del paziente può essere realizzato sulla base delle necessità del singolo paziente e sugli obiettivi da perseguire, mediante specifici piani terapeutici e di modifica dello stile di vita.

Si potrebbero ipotizzare livelli crescenti di monitoraggio e di intervento:

Telecounseling: contatti frequenti a cadenza almeno bisettimanale con report da parte del paziente di parametri definiti e acquisiti dallo stesso e dal confronto con il personale sanitario;

Telecounseling e Telemonitoring: contatti frequenti con il paziente e interazione basata su dati acquisiti autonomamente da sistemi di telerilevazione;

Telecounseling, Telemonitoring e intervento a distanza: sulla base di dati acquisiti dai sistemi di telerilevazione si interviene localmente, mediante interazione attraverso personale medico locale o personale infermieristico addestrato all'intervento in modo da effettuare modifiche al programma di gestione del paziente.

Si tratta quindi di attuare protocolli flessibili in soggetti pienamente autosufficienti, di diverse fasce d'età e grado di istruzione. Eventuali limiti si superano coinvolgendo la famiglia nella gestione clinica di rilevazione

domiciliare.

I parametri oggetto di monitoraggio comprenderebbero:
 sintomi e parametri clinici selezionati e da protocollo;
 parametri biochimici misurabili autonomamente dal paziente o mediante servizio analisi centralizzato;
 parametri funzionali derivati da test di performance cardiovascolare;
 indici di quantificazione dell'attività fisica svolta;
 test di valutazione dello stato di benessere e della compliance con il regime di gestione di moduli precompilati periodici.

Il progetto nasce proprio come esempio di medicina sociale, in risposta all'esigenza di poter accedere a strutture e servizi per la gestione cronica dello scompenso cardiaco e della terapia del dolore diffuse sul territorio, utilizzando le più moderne tecnologie di Telemedicina e centro medico multicanale per supportare il malato cronico, i caregiver e il personale sanitario nella gestione del dolore.

L'intervento è finalizzato, altresì, all'acquisizione delle strumentazioni che compongono i kit previsti in uso presso le Farmacie di servizi complementari alla realizzazione della progettualità *A.1 Implementazione rete Farmacie dell'area interna del Fortore*.

La progettualità alla quale è collegato il presente intervento tende ad incentivare e a facilitare l'utilizzo delle prestazioni di specialistica nell'area interna del Fortore, con il fine ultimo di ridurre il tasso di ospedalizzazione, attraverso l'erogazione diffusa e decentralizzata, ovvero più prossima al paziente, di alcune tipologie di prestazioni.

CRONOPROGRAMMA IN FORMATO GRAFICO

| 7 | DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO | Data inizio prevista | Data termine prevista | Possibile ulteriore proseguimento per anno successivo |
|---|---------------------------------|----------------------|-----------------------|---|
| | | 01/01/2020 | 31/12/2020 | In valutazione |

| | | |
|---|---------------------------|---|
| 8 | OBIETTIVO GENERALE | Offrire soluzioni in grado di migliorare la salute ed il benessere delle persone attraverso lo sviluppo di servizi all'avanguardia che aiutino il paziente a prendersi cura di sé, a prevenire rischi collegati alla salute e ad essere protagonisti attivi nella gestione della propria malattia favorendo, altresì, la riduzione dei costi di ospedalizzazione e le performance del servizio sanitario. |
|---|---------------------------|---|

| | | |
|---|----------------------------|---|
| 9 | OBIETTIVI SPECIFICI | <p>I devices acquistati sono strumentali alla realizzazione degli obiettivi specifici di cui al progetto <i>STelemedicina per pazienti affetti da scompenso cardiaco</i>, come di seguito dettagliati:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Individuazione delle persone a rischio di SC e attuazione degli interventi idonei a ritardare la comparsa della disfunzione ventricolare sinistra (DVS). 2. Individuazione, diagnosi e terapia delle persone affette da SC asintomatico al fine di ritardare la progressione della DVS a scompenso conclamato. |
|---|----------------------------|---|

| | | |
|--|--|---|
| | | <ol style="list-style-type: none"> 3. IIndividuazione, 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 e migliorare la compliance ai farmaci ed alle misure relative allo stile di vita; 4. UUtilizzo dei protocolli diagnostici e terapeutici condivisi con la medicina generale e la specialistica ospedaliera; 5. RRiduzione del 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); 6. CCreazione di una rete di assistenza per i pazienti affetti da scompenso cardiaco integrata con il territorio. La rete prevederà l'integrazione degli ospedali regionali di area con il territorio (distretti sanitari, medici di medicina generale e specialisti ambulatoriali) al fine di formalizzare un percorso diagnostico-terapeutico per lo scompenso adattato alle caratteristiche demografiche e geografiche della Regione Molise, nella fattispecie dei Comuni dell'Alto e Medio Sannio; 7. UUtilizzazione delle UOC come centro di ascolto Regionale di cardiologia dell'ASREM, per il monitoraggio e la cura dei pazienti affetti da scompenso cardiaco mediante sistemi di telemedicina e trasmissione di segnali bioumorali direttamente dal paziente stesso ("Home Monitoring"). |
|--|--|---|

| | RISULTATI ATTESI | |
|----|--|---|
| 10 | A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati dal progetto | Riduzione dell'inappropriatezza dei ricoveri ospedalieri, e dei relativi costi, attraverso la digitalizzazione nei percorsi assistenziali di continuità ospedale – territorio e l'utilizzo della telemedicina per garantire la continuità delle cure dall'ospedale al territorio. |
| | A lungo periodo, a cui tendere, non direttamente raggiungibili al termine del progetto | Miglioramento della qualità di vita dei pazienti; Miglioramento delle performance delle strutture sanitarie. |

| | | |
|----|--------------------------------|--|
| 11 | PUNTI DI FORZA | |
| | Indicare i punti di forza | Indicare le strategie/azioni per l'implementazione |
| | Devices di facile reperibilità | Non necessarie |

| | | |
|----|------------------------------------|---|
| 12 | PUNTI DI DEBOLEZZA | |
| | Indicare i punti di debolezza | Indicare le strategie/azioni per la riduzione |
| | Adesione dei soggetti utilizzatori | Azioni di formazione |

| 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 | x | x | | | | | | | | | |
| Fase attuativa e di monitoraggio | | | | x | x | x | x | | | | | |
| Conclusione | | | | | | | | x | x | x | | |
| Valutazione | | | | | | | | | | | x | x |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |

| | | | |
|----|---|---|--|
| 13 | 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 | |
| | Comuni dell'Alto Medio Sannio | Da valutare | |

| DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO | | | |
|------------------------------------|---|---|--|
| Fase | Azioni | Breve descrizione dei contenuti | Indicatori di verifica |
| 14 | 1 Idonea procedura di acquisto devices | Procedura di acquisto dei seguenti devices: Devices dedicati assegnati ad uso di MMG e/o Farmacie : Kit monitoraggio multiparametrico (sfigmomanometro, rilevatore saturazione arteriosa, frequenza cardiaca temperatura); elettrocardiografo portatile HQ compatibile con sistemi IOS e Android; Holter ecg3 canali (n.33). Devices per pazienti oggetto dello studio: Sfigmomanometro (n.500) Pulsossimetro (n.500) Bilancia (n.500) Devices assegnati ad uso di infermiere tecnico di cardiologia con competenza ecocardiografia Elettrocardiografo portatile (n.3). Devices CE selftesting a completamento delle esigenze delle aree interne Matese, Fortore, Mainarde del tipo: Multianalizzatore ematico per profilo lipidico; Analizzatore ematico dell'emoglobina glicata; Analizzatore per emocromo; Coagulometro PT/INR; Analizzatore urine; | Numero di dispositivi acquistati in relazione alla rete assistenziale individuata. |

| | | | | |
|--|----------|-------------------------------|--|---|
| | | | | |
| | 2 | Consegna dispositivi | <p>Consegna dei devices a MMG e Farmacie per effettuare i controlli periodici stabiliti dai protocolli sottoscritti. (Elettrocardiografo, monitor multiparametrico, Holter ecg).</p> <p>Ai pazienti verranno invece consegnati i devices per effettuare l'autoanalisi domiciliare, c.d. home monitoring, (Sfigmomanometro, Pulsossimetro, Bilancia).</p> | Numero di dispositivi consegnati in uso presso i destinatari. |
| | 3 | Verifica utilizzo dispositivi | Verifica che i dispositivi consegnati siano in uso per le finalità progettuali | Numero di dispositivi consegnati in uso |

| 14 | DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO | Breve descrizione dei contenuti | Indicatori di verifica |
|----|---|---|--|
| 1 | Screening della popolazione oggetto di studio ed assegnazione in base al profilo di rischio | <p>Individuazione della popolazione target a cui il progetto è rivolto mediante analisi dei dati relativi alle dimissioni ospedaliere con DRG nei vari presidi ospedalieri relativi agli ultimi sei mesi del 2018 e all'intero 2019 per i residenti nei Comuni dell'Alto e Medio Sannio con stratificazione e assegnazione del profilo di rischio.</p> <p>La fase successiva dell'arruolamento seguirà i criteri di accesso legati al profilo di rischio.</p> <p>Stadio di profilo di rischio:</p> <p>A - B (Asintomatici a rischio di SC)</p> <p>Stadio A): pazienti a rischio di scompenso cardiaco ma senza alterazioni strutturali cardiache - fattori di rischio (ipertensione arteriosa e/o diabete mellito, obesità), situazioni cliniche (insufficienza renale cronica, aterosclerosi polidistrettuale, assunzione prolungata di farmaci cardiotossici o radioterapia; familiarità per cardiomiopatia).</p> <p>Stadio B): pazienti con alterazioni strutturali cardiache ma senza sintomi di scompenso cardiaco - ipertensione arteriosa con danno d'organo, diabete mellito complicato, insufficienza renale cronica severa, pregresso infarto miocardico, malattia valvolare emodinamicamente rilevante.</p> <p>C- D (Pazienti con SC già inquadrati e stabili/instabili)</p> <p>Stadio C): pazienti con alterazioni strutturali cardiache e sintomi di scompenso cardiaco, che rispondono al trattamento terapeutico - classe NYHA I-II-III stabile.</p> <p>Stadio D): pazienti con SC grave che necessitano di particolari trattamenti intraospedalieri - Instabilità: classe NYHA III instabile e classe NYHA IV.</p> <p>Ad ogni profilo di rischio verrà applicato un percorso assistenziale specifico.</p> | <p>Pazienti che usufruiscono dei servizi di telemedicina</p> |
| 2 | Arruolamento e presa in carico | <p>Arruolamento degli specialisti e MMG</p> <p>Identificazione di specialisti, MMG e/o FARMACIE da inserire nella piattaforma di telemedicina i quali, in seguito, beneficeranno di un periodo di formazione all'utilizzo dei sistemi informatici (piattaforma di telemedicina) e dei vari devices presi in consegna;</p> <p>Arruolamento dei pazienti</p> <p>Il paziente affetto da scompenso cardiaco rappresenta l'elemento centrale di un sistema di gestione in telemedicina ed ha la responsabilità consapevole del proprio stato di salute. Gli strumenti di intervento del sistema consistono nel valorizzare e potenziare la sensibilità del paziente e dei familiari alla patologia, all'educazione sanitaria e allo stile di vita, nonché all'ottimizzazione della terapia farmacologica. La fase di arruolamento avverrà con assegnazione e attivazione del profilo telematico di ogni singolo paziente per l'accesso ed l'utilizzo della piattaforma di telemedicina (fase di creazione degli accounts).</p> | <p>Numero di dispositivi vi assegnati sul territorio</p> |

| | | | |
|---|---|---|--|
| | | Contestualmente verranno assegnati e attivati i profili degli Specialisti , MMG e/o FARMACIE facenti parte del progetto. Tutti gli accounts creati (Specialisti , MMG e pazienti) verranno collegati tra loro dagli administrator del sistema per attivare la condivisione documentale. | |
| 3 | MModello organizzativo e definizione del percorso assistenziale | AArruolamento del paziente nei quattro percorsi assistenziali B – C- D. L’inserimento nel percorso assistenziale avviene: 1) Arruolamento “retrospettivo” sulla popolazione di pazienti ricoverati per scompenso cardiaco e dolore cronico nel 2019; 2) Al momento della dimissione ospedaliera in caso di ricovero per scompenso cardiaco viene comunicato al MMG il grado del rischio di ricaduta (A, B, C, D) - e lo specialista suggerisce al MMG quale tipo di percorso attuare. A ciò segue l’attivazione del servizio infermieristico territoriale e del servizio sociale, se necessario. Nel caso di un paziente a rischio intermedio il MMG può decidere per un’attivazione del servizio infermieristico con scadenza programmata. Nel caso di un paziente ad alto rischio viene eseguita una prima visita congiunta (infermiere e MMG) a casa del paziente per l’attivazione e la pianificazione del piano assistenziale e la frequenza dei controlli. Segue la fase di telemonitoraggio domiciliare dell’infermiere che ad ogni controllo rileva variazioni di segni e sintomi di scompenso, variazioni di parametri vitali (frequenza cardiaca, pressione arteriosa, diuresi) misura il peso corporeo e si accerta della corretta assunzione dei farmaci. In caso di peggioramento clinico l’equipe, di concerto, contatterà il paziente e verrà valutata una variazione terapeutica o si eseguirà una consulenza cardiologica urgente, anche considerando la possibilità di definire, nel tempo apposite agende dedicate. Se necessario, sulla base della prescrizione dell’equipe, l’infermiere esegue un ciclo infusivo di diuretici per via endovenosa, terapia che nella maggior parte dei casi è sufficiente, se eseguita precocemente, a risolvere il quadro di pre-instabilizzazione. Il paziente, dimesso dall’Ospedale, deve essere avviato in questo percorso in condizioni di stabilità. Formazione e consegna dei devices. A MMG e/o FARMACIE verranno consegnati in utilizzo i devices per effettuare i controlli periodici stabiliti dai protocolli sottoscritti. (Elettrocardiografo, monitor multiparametrico, | Pazienti che usufruiscono dei servizi di telemedicina e numero di dispositivi assegnati sul territorio |

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| | | | <p>Holter ecg).</p> <p>Assieme alla consegna verrà effettuata la formazione su utilizzo e manutenzione.</p> <p>Ai pazienti verranno invece consegnati i devices per effettuare l'autoanalisi domiciliare, c.d. home monitoring, (Sfigmomanometro, Pulsossimetro, Bilancia).</p> <p>Assieme alla consegna verrà effettuata la formazione su utilizzo e manutenzione.</p> <p>Tecnologia ad uso</p> <p>Piattaforma di telemedicina a governo delle informazioni e creazione delle cartelle cliniche personali mediante cloudcomputing. Si tratta di una piattaforma sviluppata da una "Start Up innovativa" della Regione Molise che ha partecipato ad un avviso pubblico del POR FESR 2014-2020 ed ha ottenuto finanziato il progetto di sviluppo di tale piattaforma software. La piattaforma per tale progetto sperimentale verrà concessa in uso alla Regione Molise a titolo gratuito con licenza aperta e disponibilità ad utilizzarla sull'intero territorio regionale. La piattaforma di telemedicina prevede il collegamento software automatizzato con il Fascicolo Sanitario Elettronico, sviluppato dalla Regione Molise, sulla gestione documentale e dei dati. In sostanza, la piattaforma alimenterà il FSE sull'attività inerente al presente intervento. I costi da sostenere riguarderanno attività di hosting, manutenzione, reportistica e specifiche verticalizzazione che si renderanno necessarie per lo sviluppo dell'intervento.</p> <p>Devices dedicati assegnati ad uso di MMG e/o Farmacie</p> <p>KKit monitoraggio multiparametrico (sfigmomanometro, rilevatore saturazione arteriosa, frequenza cardiaca temperatura); elettrocardiografo portatile HQ compatibile con sistemi IOS e Android;</p> <p>Holter ecg3 canali (n.33).</p> <p>Devices medicali in dotazione a MMG e/o Farmacie e pazienti arruolati.</p> <p>Assegnati ad uso dei pazienti oggetto dello studio</p> <p>Sfigmomanometro (n.500) Pulsossimetro (n.500) Bilancia (n.500)</p> <p>Assegnati ad uso di infermiere o tecnico di cardiologia con competenze in ecocardiografia Elettrocardiografo portatile (n.3)</p> <p>Analisi di laboratorio Esami bioumorali (Emocromo, Azotemia, Creatininemia, Na, K, Glicemia, ALT) Esami ematici (Colesterolo totale, Colesterolo HDL, Trigliceridi).</p> | |
|--|--|--|---|--|

INTERVENTO 4.. VALUE-BASED HEALTHCARE E LA SOSTENIBILITÀ ECONOMICA DEL SISTEMA SANITARIO REGIONALE (SSR) DEL MOLISE. GESTIONE ECONOMICA DI ALCUNE MALATTIE CRONICHE.

| 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 _____ | € 45.000,00 |
| | ○ 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 | € 45.000,00 | |
| | ○ Costi | | |
| | ○ Costi | | |
| | ○ Costi | | |

| 5 | RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO | | |
|---|---|-------------|------|
| | RISORSE NECESSARIE | N. RISORSE | NOTE |
| | ○ Disponibili | € 45.000,00 | |
| | ○ Da acquisire | | |

| | | |
|---|---|--|
| 6 | ANALISI DEL CONTESTO/ SCENARIO DI RIFERIMENTO Se pertinente, riportare dati epidemiologici, di attività, ecc. | <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Lo studio porrà accento in particolare sulle seguenti tipologie di patologie:</p> <p>1. Malattie Cardio-Vascolari - CVD (con particolare attenzione allo</p> |
| | | |

Scompenso Cardiaco – *Heart Failure*);
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.

Lo studio porrà accento in particolare sulle seguenti tipologie di patologie:

- 1. Malattie Cardio-Vascolari - CVD (con particolare attenzione allo Scompenso Cardiaco – *Heart Failure*);**
- 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 |
| | | 01/01/2020 | 31/12/2020 | In valutazione |

| | | |
|---|---------------------------|--|
| 8 | OBIETTIVO GENERALE | <p>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 cronico-degenerative.</p> <p>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.</p> <p>Pertanto, l'obiettivo generale è quello di fornire maggiore attenzione alle malattie cronico-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.</p> <p>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.</p> <p>Ciò fornirà un miglioramento nella gestione economica dell'assistenza di tali malattie e faciliterà le cure di patologie occasionali per evitare sovraccarico del servizio.</p> |
|---|---------------------------|--|

| | | |
|---|----------------------------|---|
| 9 | OBIETTIVI SPECIFICI | <ul style="list-style-type: none"> ➤ 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. <p>Indicatori per la valutazione degli obiettivi specifici</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 | |
| | Metodologia innovativa | |

| | PUNTI DI DEBOLEZZA | |
|-----------|-------------------------------|--|
| 12 | Indicare i punti di debolezza | |
| | Costi futuri | |

| 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 | x | |
| Conclusione progetto | | | | | | | | | | | | | x |
| Valutazione | | | | | | | | | | | | | x |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |

| | DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO | | Breve descrizione dei contenuti | Indicatori di verifica |
|----|------------------------------------|---|---------------------------------|------------------------|
| | Fase | Azioni | | |
| 13 | 1. | <p>1 FASE RETROSPETTIVA: Sarà effettuata una mappatura dell'ultimo anno delle due tipologie di malattie cronico-degenerative individuate: CVD, BPCO.</p> <p>2 FASE DI IDENTIFICAZIONE DEGLI INDICATORI: Saranno identificati i predittori di outcome (gli indicatori di qualità e di costo) da valutare poi nella fase prospettica successiva (sempre sotto il profilo della qualità e dei costi).</p> <p>3 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).</p> | | |
| | | | | |

| | | |
|----|---|---|
| 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 |
| | Regione Molise | Da valutare |
| | | |