

LINEA PROGETTUALE	1. Percorso diagnostico terapeutico condiviso e personalizzato per i pazienti con multicronicità		
TITOLO DEL PROGETTO	Implementazione e ottimizzazione dei processi di presa in carico dei pazienti cronici e multicronici		
REGIONE	CAMPANIA		
AZIENDA			
cognome Nome del Responsabile	Ugo Trama		
Ruolo	Direttore Generale sostituto		
Recapiti Telefonici	0817969851-7969864-0817969405		
e mail	salute@regione.campania.it		
Risorse finanziarie occorrenti alla realizzazione del progetto. Modalità di reperimento risorse			
Finanziamento	Riferimento normativi nazionali	Riferimenti normativi regionali (Delibera, atto, ecc)	Importo
Risorse Vincolate del PSN	Accordo Rep. Atti n. 265 del 09 novembre 2023	DGRC 424 del 06/08/2024	€ 25.218.013,87
Eventuali Risorse Regionali			
ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO			
Tipologia di costi	Importo in euro	Note	
Costi per la Formazione			
Costi gestione del progetto			
Costi			
Costi			
Risorse Necessarie per la realizzazione del progetto			
Disponibili	N. Risorse	Note	
Da acquisire			

ANALISI DEL CONTESTO DI RIFERIMENTO (Se pertinenti riportare dati epidemiologici, di attività ecc.)	<p>Negli ultimi anni si è registrato un aumento significativo dei casi di multicronicità, ovvero la presenza di due o più patologie croniche nello stesso paziente. Questo fenomeno, che interessa in particolare le persone sopra i 65 anni, ha un impatto rilevante sulla qualità della vita dei pazienti e comporta un notevole incremento del carico assistenziale per il sistema sanitario. I pazienti multicronici, infatti, tendono a fare un uso intensivo dei servizi sanitari, con frequenti accessi al pronto soccorso, ricoveri ospedalieri e l'impiego di terapie farmacologiche complesse. Secondo il Piano Nazionale delle Cronicità, la Campania risulta tra le regioni più svantaggiate, con oltre il 40% della popolazione anziana affetta da multi-morbilità, di cui almeno una patologia classificata come grave. La Regione Campania sta aggiornando il proprio Piano della Cronicità in coerenza con quello nazionale e sta investendo nei progetti previsti dal PNRR – Missione 6 Salute, che includono il rafforzamento della medicina di prossimità attraverso la realizzazione di Case della Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali. Questi strumenti mirano a garantire un'assistenza più capillare e continuativa ai pazienti cronici, favorendo una presa in carico proattiva e multidisciplinare. Anche la telemedicina e il potenziamento del Fascicolo Sanitario Elettronico rappresentano leve strategiche per migliorare la gestione della cronicità, soprattutto nelle aree più lontane dai poli ospedalieri.</p>		
CRONOPROGRAMMA IN FORMATO GRAFICO			
DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO	Data inizio prevista	Data termine prevista	Possibile ulteriore proseguimento
	01/01/2023	31/12/2023	31/12/2024
OBIETTIVI GENERALI	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Espandere ed integrare i percorsi assistenziali per garantire una gestione integrata e continuativa del paziente cronico e multicronico, favorendo un'assistenza più efficace e coordinata al fine di alleviarne l'impatto sulla famiglia e sul contesto sociale, contribuendo ad ottimizzare l'efficacia e l'efficienza dei servizi sanitari assistenziali e di prevenzione. ➤ Rafforzare la capacità di erogazione dei servizi e prestazioni sul territorio, destinati in modo particolare alla popolazione con cronicità, attraverso il potenziamento e alla realizzazione di strutture territoriali e il coordinamento tra setting di cura al fine di garantire la continuità dell'assistenza. 		
OBIETTIVI SPECIFICI	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Potenziare la rete assistenziale per ottimizzare la gestione delle malattie croniche e multicroniche, riducendo il tasso di accessi inappropriati a prestazioni ambulatoriali, limitando l'inappropriatezza prescrittiva, adottando procedure che facilitano la cura del paziente tra diversi setting assistenziali e nelle fasi di follow-up. ➤ Ottimizzazione dei processi di presa in carico dei pazienti cronici e multicronici, alla luce dei nuovi setting definiti dal DM 77/22 		

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Istituzione e implementazione della rete regionale ematologica e oncoematologica, finalizzata all'ottimizzazione dell'intero percorso di cura, dalla diagnosi precoce alla definizione di trattamenti personalizzati, calibrati sulle caratteristiche individuali del paziente, assicurando interventi tempestivi nelle diverse fasi della malattia.
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Implementare un modello digitale innovativo per la presa in carico integrata dei pazienti cronici e multi-cronici, basato su tecnologie avanzate, centralità del paziente e continuità assistenziale tra ospedale e territorio.
RISULTATI ATTESI	
A breve termine che indicano i miglioramenti apportati dal progetto	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Miglioramento della gestione delle malattie croniche, garantendo percorsi di cura più strutturati e continui con una maggiore integrazione tra i diversi setting assistenziali; ➤ Riduzione degli accessi inappropriati alle prestazioni ambulatoriali e dunque un uso più efficiente delle risorse sanitarie, garantendo la riduzione dei tempi di intervento e gestione efficace della malattia; ➤ Ottimizzazione del follow-up dei pazienti, migliorando il monitoraggio e riducendo il rischio di complicanze o ricoveri non necessari; ➤ Miglioramento della diagnosi precoce, favorendo un intervento tempestivo e aumentando le possibilità di successo terapeutico attraverso l'adozione di un approccio terapeutico personalizzato; ➤ Maggiore efficienza nella presa in carico e nel trattamento, riducendo i tempi di attesa e migliorando l'efficacia degli interventi terapeutici;
A lungo periodo, a cui tendere, non direttamente raggiungibili al termine del progetto	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ottimizzazione dell'accesso ai servizi sanitari, riducendo le disuguaglianze territoriali, garantendo un'assistenza più equa e tempestiva. ➤ Adeguare le modalità di presa in carico dei pazienti cronici e multi-cronici alla luce dei setting previsti dal DM77/22, ridefinendo l'assetto organizzativo, migliorando i processi di presa in carico dei pazienti cronici e multi-cronici, coordinando e digitalizzando tutti i servizi e processi sanitari e coinvolgendo tutti gli stakeholder. ➤ Adozione di strumenti decisionali innovativi, per supportare i professionisti nella gestione clinica e organizzativa dei pazienti e supportarlo lungo tutto il percorso di cura;
PUNTI DI FORZA	
Indicare i punti di forza	Indicare le strategie/azioni per l'implementazione
Presenza di PDTA definiti in modo condiviso e sulla logica dell'analisi di processo	I PDTA regionali vengono condivisi e attuati a livello aziendale consentendo l'ottimizzazione delle risorse, assicurando l'appropriatezza clinica e terapeutica e garantendo un'adeguata organizzazione per la corretta gestione dei pazienti.
PUNTI DI DEBOLEZZA	Indicare le strategie/azioni per la riduzione
Indicare i punti di debolezza	

Presenza di modelli organizzativi e approcci altamente diversificati all'interno delle Aziende	Definizione di un modello regionale unificato, volto a identificare nuove strategie finalizzate all'integrazione dei servizi, al coordinamento dell'assistenza ed alla prevenzione delle patologie.												
DIAGRAMMA DI GANTT													
		Mese											
	Azione	gen-23	feb-23	mar-23	apr-23	mag-23	giu-23	lug-23	ago-23	set-23	ott-23	nov-23	dic-23
	Azione 1												
	Azione 2												
	Azione 3												
Azione 4													
DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO													
Fase	Azioni					Breve Descrizione dei contenuti					Indicatori di Verifica		
Potenziare la rete assistenziale per ottimizzare la gestione delle malattie croniche e multicroniche, riducendo il tasso di accessi inappropriati a prestazioni ambulatoriali, limitando l'inappropriatezza prescrittiva, adottando procedure che facilitano la cura del paziente tra diversi setting assistenziali e nelle fasi di follow-up.	Riorganizzazione ed integrazione dei servizi tra setting ospedalieri e territoriali ed implementazione dei protocolli definiti per la definizione della diagnosi ed il trattamento dei pazienti affetti da patologie croniche.					Assicurare una stretta collaborazione tra setting ospedalieri e territoriali al fine di garantire la dimissione protetta e la presa in carico sicura del paziente, mediante lo scambio di informazioni cliniche e la definizione di piani di cura condivisi, attraverso il coinvolgimento attivo dei professionisti sanitari di entrambi i setting.					Numero di pazienti seguiti in aderenza ai PDTA delle cronicità con particolare riferimento a quelli monitorati dal NSG		
Ottimizzazione dei processi di presa in carico dei pazienti cronici e multi-cronici, alla luce dei nuovi setting definiti dal DM77/22.	programmazione del percorso attuativo del nuovo modello di rete territoriale previsto dal PNRR, Missione 6 Salute, Componente 1, attraverso l'indirizzo e la condivisione dei progetti ASL relativi alle COT, Case della Comunità (CdC) e Ospedali di Comunità (OC);					In fase di avvio del percorso si prevede un'attività regionale d'indirizzo, di confronto, di monitoraggio e condivisione dei progetti elaborati a livello di ASL per la realizzazione della rete delle COT, CdC e OdC sul proprio territorio. Il progetto prevede inoltre la definizione degli indirizzi regionali relativi al nuovo modello di rete territoriale e delle cure primarie, sul piano organizzativo, gestionale ed operativo in coerenza con la normativa nazionale contenuta nel Regolamento recante la definizione di modelli e standard					Numero di atti di programmazione regionale relativi alle COT, Case della Comunità e Ospedali di Comunità previsti.		

		per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSR di cui al D.M. n. 77 del 23.5.2022	
Sperimentazione di un modello a rete per la gestione del paziente ematologico e oncoematologico.	Rafforzamento dei processi e dell'organizzazione assistenziale territoriale ed ospedaliera, per la gestione del percorso di cura del paziente ematologico e oncoematologico.	<p>L'azione è orientata alla progressiva costituzione e attivazione della rete regionale ematologica e oncoematologica, con l'obiettivo di favorire un approccio integrato, multidisciplinare e omogeneo alla presa in carico dei pazienti affetti da patologie ematologiche e oncoematologiche.</p> <p>In tale ambito, si prevede di procedere all'individuazione dei nodi della rete – Poli di riferimento –, articolati in:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Centri di alta specializzazione, destinati alla gestione delle casistiche più complesse e all'adozione di trattamenti innovativi; • Centri di specialistica avanzata, per la diagnosi e il trattamento delle principali patologie; • Poli territoriali, a supporto della presa in carico e del follow-up dei pazienti. <p>L'intervento è altresì finalizzato alla progressiva definizione e adozione di percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali (PDTA) condivisi, nonché di protocolli per la diagnosi precoce e la gestione personalizzata delle patologie ematologiche e oncoematologiche.</p>	% di aziende che hanno implementato il servizio di ematologia e oncoematologia.
Sviluppo e sperimentazione del modello digitale e organizzativo per l'implementazione dei PDTA	Analisi dei processi esistenti, Sperimentazione del nuovo modello che consente la gestione, il monitoraggio e la digitalizzazione del percorso, Definizione dell'approccio organizzativo, Condivisione e coinvolgimento di attori ospedalieri e territoriali per la	Definizione, progettazione e sperimentazione di un modello integrato digitale e organizzativo per la gestione dei Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA), con l'obiettivo di ottimizzare la presa in carico dei pazienti cronici e multi-cronici, garantendo	Percentuale di percorsi gestiti tramite il modello

	validazione del percorso, Monitoraggio continuo mediante l'istituzione di un sistema strutturato per il controllo della qualità e dell'efficacia dei percorsi, basato sull'uso sistematico dei KPI e su rivalutazioni periodiche.	continuità assistenziale tra ospedale e territorio.	
Trasferibilità Indicare a quale altra realtà il progetto o parte di esso può essere trasferito			
A tutte le realtà aziendali, previa analisi ed adattamento al contesto organizzativo locale	Tutto il modello organizzativo e gestionale può essere trasferito		
Tipo di realtà nella quale può essere implementato il progetto	Progetto o parte di esso può essere trasferito		