

PROGETTO REGIONE CALABRIA

Scheda di progetto

SCHEMA DI PROGETTO		
1	TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO	La Telemedicina come perno centrale di una struttura di prossimità per la cura domiciliare della fragilità

2	REGIONE	CALABRIA
---	----------------	-----------------

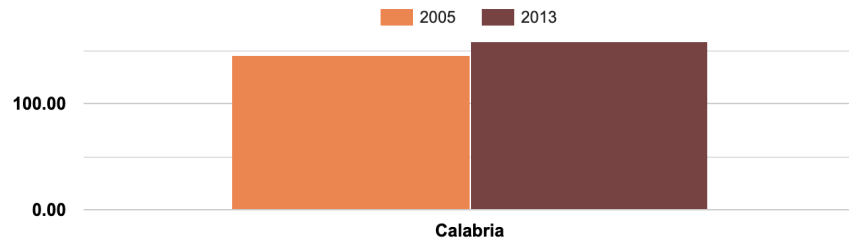
RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO			
3		Finanziamento	Riferimento (Delibera regionale, atto ecc.)
			Importo
		<i>Risorse assegnate per l'anno 2020</i>	797.628,06 €
		<i>Risorse assegnate per l'anno 2021</i>	785.945,00 €

4	DESCRIZIONE DEL CONTESTO DI RIFERIMENTO E DI ESPERIENZE ESISTENTI A LIVELLO REGIONALE/P.A	<i>Contesto di riferimento</i> <i>Le principali indicazioni per la salute e la sanità a livello internazionale si stanno rapidamente aggiornando, alla luce dell'esperienza della pandemia da Covid-19, o meglio (come riporta R. Horton, in un editoriale di The Lancet, Settembre 26, 2020) della sindemia in atto, poiché due categorie di malattie interagiscono all'interno di popolazioni specifiche, diverse per età e per fragilità: le infezioni da SARS-CoV-2 e una serie di malattie croniche non trasmissibili (NCD).</i> <i>Le attuali linee di indirizzo sono tutte volte a investire per la salute responsabilizzando i governi e i cittadini, rafforzare i sistemi sanitari centrati sulle persone, creare ambienti favorevoli e comunità resilienti, investire a favore di professionisti ed operatori sanitari e socio-sanitari.</i> <i>Le NCD sono in costante aumento in Italia e nei Paesi a sviluppo economico avanzato e la gestione della cronicità rappresenta una sfida importante per la sostenibilità del nostro Servizio Sanitario Nazionale. Nel nostro Paese, secondo stime recenti dell'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni italiane dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, quasi il 40% della popolazione soffre di almeno una patologia cronica. Si tratta di 24 milioni di persone, e circa la metà presenta multi-cronicità. Secondo le ultime statistiche in Italia, in media, infatti, 1 persona su 3 ha almeno una patologia cronica, 1 persona su 12 (circa) ne ha più di una e, generalmente, catalizza il 70% dei costi per diagnosi, cura ed assistenza, condivisi con le altre 11.</i> <i>In Calabria hanno almeno una malattia cronica grave 158,69 persone ogni 1.000 (Figura 1). Il dato è superiore di 7,1 punti rispetto alla media italiana, pari a 151,59. La regione Calabria è la sesta in Italia per questa variabile. Attualmente tra le NCD più frequenti ci sono l'ipertensione, l'obesità, la bronchite cronica, il Diabete, i disturbi neurologici e lo scompenso cardiaco mentre la spesa sanitaria per la gestione della cronicità è stata nel 2017 di circa 67 miliardi di euro, e per il 2028 si stima che possa arrivare fino a 71 miliardi circa [Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, 2019]. L'aumento della prevalenza di malati cronici è un fenomeno ad origine multifattoriale, che dipende dal trend demografico di invecchiamento della popolazione, correlato all'aumento della</i>
---	--	--

sopravvivenza, al miglioramento delle condizioni economico-sociali e alla disponibilità di nuove terapie.

CALABRIA

PERSONE CON ALMENO UNA MALATTIA CRONICA GRAVE PER 1.000 PERSONE



Descrizione: Persone che hanno dichiarato di essere affette da almeno una malattia cronica grave su 1.000 persone. Sono considerate patologie "gravi": diabete; infarto del miocardio; angina pectoris; altre malattie del cuore; ictus; emorragia cerebrale; bronchite cronica; enfisema; cirrosi epatica; tumore maligno (inclusi linfoma/leucemia); Parkinsonismo; Alzheimer, demenze senili. L'indicatore è riferito all'area geografica di residenza. **Fonte:** Istat, Health For All 2017, gruppo "malattie croniche e infettive".

Le patologie croniche richiedono un approccio assistenziale diverso dalla gestione dell'acuto perché necessitano di interventi per periodi di lunga durata e prevedono una forte integrazione tra SSN e servizi sociali: questo comporta la necessità di ricorrere a servizi residenziali e territoriali che spesso non sono ancora sufficientemente implementati, e in maniera uniforme, nel nostro Paese. Il Piano Nazionale della Cronicità è nato dunque «dall'esigenza di armonizzare a livello nazionale le attività in questo campo» per proporre «un disegno strategico comune» con l'intento di «promuovere interventi basati sulla unitarietà di approccio, centrato sulla persona, orientato su una migliore organizzazione dei servizi, e una piena responsabilizzazione di tutti gli attori dell'assistenza» [PNC, 2016]. In quest'ottica, uno strumento fondamentale viene identificato nel Percorso Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale, il cosiddetto "PDTA", che deve essere sviluppato in modo tale da prendere in carico il paziente integrando tutti gli attori dell'assistenza e del welfare: le cure primarie, la specialistica ambulatoriale, l'assistenza territoriale e quella ospedaliera, la comunità.

Nell'ambito dell'attuazione del PNC e del relativo PDTA, assume grande rilevanza la definizione di modalità tecnico-organizzative finalizzate a consentire l'integrazione socio-sanitaria ed a sostenere forme innovative di supporto e assistenza domiciliare. La definizione di un modello di assistenza territoriale capillare su tutto il territorio della Regione Calabria che sia in grado di rispondere ai bisogni di salute della comunità di riferimento, ed in particolare delle fasce di popolazione in età più avanzata e fragili, nonché della popolazione con una o più patologie croniche o con disabilità, non può prescindere dal potenziamento dell'assistenza domiciliare. I servizi di telemedicina possono rappresentare, in questo senso, una parte integrante del ridisegno strutturale ed organizzativo della rete di assistenza del Paese e della Regione Calabria in particolare. Attraverso il PNRR, l'Italia si impegna a fare un significativo passo avanti nell'ambito della digitalizzazione dei servizi sanitari. In particolare, la telemedicina è la chiave di volta per affrontare le principali sfide che interessano il SSN. Essa persegue tre obiettivi concomitanti: (i) contribuire a colmare i divari geografici del sistema sanitario grazie all'armonizzazione degli standard di cura garantiti dalla tecnologia; (ii) migliorare i risultati dell'assistenza sanitaria e il percorso dei pazienti; (iii) aumentare l'efficienza dei sistemi sanitari regionali tramite la promozione dell'assistenza domiciliare e di protocolli di monitoraggio da remoto. L'intervento si dovrà tradurre progetti di telemedicina proposti dalla Regione sulla base delle priorità e delle linee guida del Ministero della Salute. I progetti dovranno riguardare ogni ambito clinico e promuovere un'ampia gamma di

	<i>funzionalità lungo l'intero percorso di prevenzione e cura: tele-assistenza, tele-consulto, tele-monitoraggio, tele-refertazione così come altre attività e strumentazioni.</i> <i>Con particolare riferimento all'invecchiamento della popolazione e all'aumento della cronicità delle patologie, la sanità in rete, infatti, può essere sinergica a interventi di telemedicina nelle attività di prevenzione. L'interdisciplinarietà offerta dalla sanità in rete permette in questo caso di fornire al paziente un servizio migliore, attraverso una più rapida disponibilità di informazioni sullo stato della propria salute, consentendo di accrescere la qualità e tempestività delle decisioni del medico, particolarmente utili in condizioni di emergenza-urgenza.</i> <i>Durante la pandemia COVID-19 è emerso forte e chiaro il bisogno di un sistema sanitario più vicino ai cittadini, più capace di affrontare e incontrare le fragilità e le solitudini di una larghissima parte della popolazione che non si rivolge agli ospedali (o lo fa in modo improprio) e che spesso non trova attenzione e ascolto nel momento del bisogno. È ormai chiaro che un sistema sanitario moderno non possa prescindere dalla telemedicina e dalla sanità digitale. I fatti e i numeri dell'epidemia da SARS CoV2 osservati nelle diverse regioni dimostrano che l'efficacia delle misure di contenimento sono strettamente legate alla capacità di risposta della sanità territoriale. Gli ospedali e le loro strutture di medicina di emergenza hanno negli anni di fatto sostituito la figura e il ruolo del medico di base. Già in condizioni di normalità questo ha creato un problema enorme nell'organizzazione, nello sviluppo e nel miglioramento della sanità territoriale, ma di fronte ad un'emergenza diffusa sul territorio, gli ospedali sono presto entrati in crisi e alcune volte, senza il filtro del territorio, sono diventati anche dei moltiplicatori del contagio. Riorganizzare la sanità territoriale è, quindi, una necessità indipendente ma anche fondamentale a combattere i nuovi rischi pandemici e questa riorganizzazione deve essere tecnologica e sfruttare tutte le potenzialità della telemedicina specialmente in una Regione come la Calabria che presenta annosi problemi irrisolti in ambito sanitario. Per la sanità occorre una rivoluzione immediata, tenendo conto che intervenendo oggi possiamo avere i risultati tra almeno due anni. Occorre in Regione Calabria riprogettare la rete dei servizi territoriali, introducendo strumenti di teleassistenza e di telemedicina. È necessario quindi ridisegnare il modello della salute complessiva delle persone e delle nostre comunità regionali: non solo quindi prestazione sanitaria ospedaliera ma una nuova sanità territoriale più vicina, più capace di proteggere, più capace di provvedere ai bisogni.</i> <i>La missione Salute del PNRR si articola in due componenti di cui la principale riguarda le Reti di Prossimità. Per Reti di prossimità si intendono strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale: gli interventi intendono infatti rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), il rafforzamento dell'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari.</i> <i>In particolare, un'articolazione della missione Salute del PNRR è come detto l'assistenza domiciliare e la non-autosufficienza (Vedi Tabella 2).</i>
--	--

Sottomisura	Totale
1.2.1 La casa come primo luogo di cura	2.720.000.000 €
1.2: Casa come primo luogo di cura, assistenza domiciliare e telemedicina	280.000 €
1.2.2 Lo sviluppo di un nuovo modello organizzativo: la Centrale Operativa Territoriale	
1.2.3: La telemedicina a supporto dei pazienti con patologie croniche	1.000.000.000 €
Totale	4.000.000.000 €

Tabella 2. Dettaglio della sottomisura 1.2 “Casa come primo luogo di cura, assistenza domiciliare e telemedicina”

Per rispondere efficacemente alle raccomandazioni della Commissione Europea del 2019, il potenziamento dei servizi domiciliari è un obiettivo fondamentale. L’investimento del PNRR mira ad aumentare il volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare fino a prendere in carico il 10% della popolazione di età superiore ai 65 anni (in linea con le migliori prassi europee), entro la metà del 2026. L’intervento si rivolge in particolare ai pazienti di età superiore ai 65 anni con una o più patologie croniche e/o non autosufficienti.

L’investimento mira a:

- *Identificare un modello condiviso per l’erogazione delle cure domiciliari che sfrutti al meglio le possibilità offerte dalle nuove tecnologie (come la telemedicina, la domotica, la digitalizzazione);*
- *Realizzare presso ogni Azienda Sanitaria Provinciale (ASP) un sistema informativo in grado di rilevare dati clinici in tempo reale;*
- *Attivare 602 Centrali Operative Territoriali (COT), una in ogni distretto, con la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, assicurando l’interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza.*

Si tratta in sintesi di utilizzare la telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche.

Solo attraverso l’integrazione dell’assistenza sanitaria domiciliare con interventi di tipo sociale si potrà realmente raggiungere la piena autonomia ed indipendenza della persona anziana/disabile presso la propria abitazione, riducendo il rischio di ricoveri inappropriati. Ciò sarà possibile anche grazie all’introduzione di strumenti di domotica, telemedicina e tele-monitoraggio.

La riorganizzazione dell’assistenza sanitaria territoriale della Regione Calabria ha recentemente preso il via con la “messa a terra” delle strutture di prossimità da realizzare con i fondi PNRR (Missione 6, Componente 1). Infatti, attraverso l’azione del Direttore Generale del Dipartimento Tutela della Salute e Servizi Socio-Sanitari, la Regione Calabria ha emanato il DCA n. 15 del 1° Marzo 2022 con il quale ha individuato 91 strutture/iniziative, da distribuire nel territorio calabrese.

Secondo le definizioni più volte fornite da AGENAS “La Casa della Comunità (CdC) (termine in cui sono confluite le strutture di prossimità) è il luogo fisico di riferimento per la comunità su cui insiste, è un luogo di prossimità e di facile individuazione dove la comunità può accedere per poter entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria al fine di trovare risposta ad un proprio bisogno di salute. La CdC introduce un modello organizzativo di approccio integrato e multidisciplinare attraverso un’équipe multi-professionale territoriale. Costituisce la sede privilegiata per la progettazione e l’erogazione di interventi sanitari”; “La Centrale Operativa Territoriale (COT) è un modello organizzativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali, attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell’emergenza-urgenza”; “l’Ospedale di Comunità (OdC) è una struttura sanitaria di ricovero che afferisce alla rete di offerta dell’assistenza Territoriale e svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare

ricoveri ospedalieri impropri o di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni sociosanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia e più prossimi al domicilio”.

Con il suddetto decreto è stato approvato il Piano degli interventi per la realizzazione, secondo il riparto degli interventi per ciascuna Azienda Sanitaria Provinciale, proporzionalmente alla popolazione residente (ISTAT 2021), delle seguenti strutture (Tabella 3):

- n° 57 Case della Comunità (Missione 6, Componente 1, Investimento 1.1 del PNRR);
- n° 19 Centrali Operative Territoriali (Missione 6, Componente 1, Investimento 1.2.2 del PNRR);
- n° 15 Ospedali di Comunità (Missione 6, Componente 1, Investimento 1.3 del PNRR).

Tipologia	Case della Comunità		Ospedali di Comunità		Centrali Operative Territoriali	
	TOTALE	RIPARTO	TOTALE	RIPARTO	TOTALE	RIPARTO
ASP CS	57	21	15	6	19	7
ASP RC		16		4		6
ASP CZ		10		3		4
ASP KR		5		1		1
ASP VV		5		1		1

In particolare, per la provincia di Cosenza e Catanzaro il piano prevede quanto riportato nelle tabelle di seguito:

Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) - M6C1

“Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale”

Provincia di Catanzaro		
N.	Tipologia struttura da realizzare	Comune
27	Casa della Comunità (CdC)	Catanzaro
28		Badolato
29		Squillace
30		Curinga
31		Sersale
32		Taverna
33		San Mango d'Aquino
34		Catanzaro (Lido)
35		Lamezia Terme
36		Soverato
65	Ospedale di Comunità (OdC)	Botricello
66		Soveria Mannelli
67		Girifalco
81	Centrale Operativa Territoriale (COT)	Botricello
82		Catanzaro
83		Soverato
84		Lamezia Terme

Provincia di Cosenza		
N.	Tipologia struttura da realizzare	Comune
1	Casa della Comunità (CdC)	Cassano allo ionio
2		Amantea
3		Verbicaro
4		Roggiano Gravina
5		Mormanno
6		Lungro
7		Scalea
8		Rende
9		Luzzi
10		Spezzano della Sila
11		Longobucco
12		Rocca Imperiale
13		Bisignano
14		Montalto Uffugo
15		Casali del Manco
16		Crosia
17		Villapiana
18		Cosenza
19		Torano Castello
20		S. Giorgio Albanese
21		Parenti
58	Ospedale di Comunità (OdC)	Rogliano
59		Lungro
60		Mormanno
61		S. Marco Argentano
62		Scalea
63		Cassano allo Ionio
73	Centrale Operativa Territoriale (COT)	Corigliano-Rossano (A.U. Rossano)
74		Corigliano-Rossano (A.U. Corigliano)
75		Cosenza
76		Rende (Quattromiglia)
77		Paola
78		Castrovillari
79		Cosenza

La sperimentazione di questo progetto interesserà i Distretti socio-sanitari delle Aziende Sanitarie Provinciali (ASP) di Catanzaro e di Cosenza, in considerazione dell'avvenuta attivazione delle COT.

Esperienze esistenti a livello regionale

SISTEMA TERRITORIALE PER LA GESTIONE DELLE NON AUTOSUFFICIENZE

La Regione Calabria ha attivato nel 2013 un sistema di gestione e monitoraggio delle non autosufficienze e quindi dell'assistenza territoriale, che ha portato alla gestione, controllo ed erogazione informatizzata dei servizi territoriali per ognuna delle cinque ASP.

La Regione Calabria, e di conseguenza l'azienda capofila del progetto ASP di Catanzaro, ha istituito un Sistema Informativo esteso a tutte le altre Aziende Sanitarie Provinciali con l'obiettivo iniziale di:

- *Assicurare una compiuta conoscenza dei bisogni e del sistema di interventi e servizi sociali;*
- *Fornire alle ASP uno strumento di supporto e gestione che possa essere utilizzato per l'attività ADI (assistenza domiciliare integrata) e per l'assistenza residenziale/semiresidenziale (RSA);*
- *Costruire il sistema di coordinamento regionale e la banca dati sui temi FAR e ADI.*

La difficoltà di collegamenti e spostamenti derivante da problemi infrastrutturali propri della Regione Calabria ha portato all'esigenza di ottimizzare i servizi territoriali; quindi, alla costruzione di punti unici di accesso (PUA) in cui l'utenza potesse trovare risposte a tutte le proprie istanze. Gli strumenti essenziali diventano la S.Va.M.A. (Scheda di Valutazione Multidisciplinare dell'Adulto e

dell'Anziano) attraverso cui avviene l'inquadramento dettagliato della persona sotto il profilo sociosanitario, e il P.A.I. (Piano di Assistenza Individualizzato) che rappresenta la base di programmazione degli interventi assistenziali.

I livelli essenziali di assistenza (LEA) sono le prestazioni e i servizi che il servizio sanitario nazionale (SSN) è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro il pagamento di una quota di partecipazione (ticket), con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale.

Per avere la certezza che su tutto il territorio nazionale vengano garantiti dei livelli minimi relativi alle prestazioni sanitarie offerte, vi è la necessità di un continuo monitoraggio dei dati delle prestazioni erogate.

Ciò avviene attraverso il monitoraggio di tre flussi fondamentali:

- Il flusso SIAD (ADI) sistema che prevede la raccolta di informazioni relative all'assistenza domiciliare e la cui rilevazione avviene a cadenza mensile;
- Il flusso FAR (RSA) relativo alle prestazioni residenziali e semi residenziali e cioè il complesso integrato di prestazioni socio-sanitarie erogate a persone non autosufficienti, questo genere di prestazioni si caratterizzano di norma per essere "prestazioni di assistenza a lungo termine a persone non autosufficienti in condizioni di cronicità e/o relativa stabilizzazione delle condizioni cliniche". la rilevazione del presente flusso è trimestrale;
- Il flusso SISM (DSM) monitora gli interventi sanitari erogati alle persone adulte con problemi psichiatrici ed alle loro famiglie. La rilevazione in questo caso è annuale per il personale e semestrale per le attività.

Il monitoraggio delle prestazioni effettuato tramite il Sistema territoriale di gestione e monitoraggio delle non autosufficienze ha contribuito al raggiungimento in Regione Calabria del punteggio minimo nell'erogazione delle prestazioni (LEA) per la prima volta nell'anno 2018.

CURE DOMICILIARI INTEGRATE E INNOVATIVE

Nel 2018 la Regione Calabria ha finanziato un progetto per la messa in piedi di una struttura gestionale e di monitoraggio della rete territoriale (ADI, RSA, DSM) integrata con i servizi di cure domiciliari e telemedicina.

Il progetto è rivolto agli anziani/pazienti fragili affetti da una o più patologie croniche (comorbidità o multimorbidità), le cui esigenze assistenziali sono determinate non solo da fattori legati alle condizioni cliniche, ma anche da altri determinanti (status socio-familiare, ambientale, accessibilità alle cure ecc). L'integrazione tra assistenza ospedaliera e territoriale, sposando i principi della "Cura at Home", ricorre alla telesalute, divulgando e incentivando il ricorso a formule alternative al ricovero, ed alle reti specialistiche ambulatoriali. Il progetto interviene sul fronte informativo e comunicativo, tramite il portale unico (CDI2 Regional Portal), e un social market place (Market Place CDI2) per favorire l'incontro tra domanda e offerta di servizi di cura domiciliare; centrale è il servizio offerto dalla Piattaforma di telesalute regionale integrata di programmazione, analisi e monitoraggio (Check CDI2 Dashboard) delle attività domiciliari sia di tipo sanitario che sociale, l'applicazione mobile di telemonitoraggio, per la rilevazione, trasmissione, condivisione e corretto trattamento di dati sanitari. Il progetto è stato collaudato il 20 luglio 2021.

TELEMEDICINA

E'ad oggi attiva, unica in Regione, la Struttura Operativa di Telemedicina presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria Mater Domini dell'Università Magna Graecia, un reparto interamente dedicato alle attività ambulatoriali in telemedicina disponibile per tutte le UUOO aziendali con già attivi 16 teleambulatori specialistici sotto elencati:

- NEUROLOGIA
- CARDIOLOGIA
- NUTRIZIONE CLINICA
- MALATTIE DEL METABOLISMO
- GERIATRIA
- PNEUMOLOGIA
- MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI
- GASTROENTEROLOGIA
- NEFROLOGIA
- ENDOCRINOLOGIA
- ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA
- CARDIOCHIRURGIA
- PSICHIATRIA
- MEDICINA INTERNA
- FARMACOLOGIA CLINICA
- MAXILLO-FACCIALE
- OCULISTICA

La struttura operativa di telemedicina è attualmente attivo per tutti i pazienti deospedalizzati, ed è in grado di garantire un elevato livello di assistenza sanitaria remota, avvalendosi dell'utilizzo di apparecchiature di Telemonitoraggio, Video-comunicazione tra paziente e operatore remoto; Telemonitoraggio per assistenza sanitaria domiciliare mediante la trasmissione online dei dati clinici. Il paziente, oltre al kit di elettromedicali, è abilitato all'accesso di una app specifica necessaria al caricamento dei parametri vitali, che consente la consultazione dello storico dei dati e avverte il paziente al momento della misurazione fungendo anche da promemoria per l'autonoma somministrazione della terapia indicata nel PAI. Questa App consente ai medici un continuo monitoraggio dei pazienti, e crea un collegamento diretto tra medico e paziente attraverso il servizio di messaggistica o ove necessario di tele visita, al termine della quale viene rilasciato al paziente un referto medico certificato (funzione utile al rinnovo del piano terapeutico). Il servizio inoltre è utile alla pianificazione di follow up, monitoraggio ed interazione con il paziente e care management. La Struttura nel primo mese di attività e quindi nella sola fase pilota di sperimentazione ha reso disponibili oltre 350 televisite ed attualmente dopo la fase di collaudo può accettare circa 200 televisite al giorno.

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CATANZARO

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro comprende tre distretti socio-sanitari, suddivisi per aree geografiche omogenee: il distretto di Lamezia Terme, il distretto di Catanzaro, il distretto di Soverato.

*COMUNI afferenti al **DISTRETTO DI LAMEZIA TERME** (N°21 comuni - Popolazione: 121.096 abitanti*) *fonte dati: dati.istat.it (popolazione residente al 1° gennaio 2021)*

Carlopoli, Conflenti, Cortale, Curinga, Decollatura, Gizzeria, Falerna, Feroletto Antico, San Pietro a Maida, Jacurso, Lamezia Terme, Maida, Martirano, Martirano Lombardo, Motta Santa Lucia, Nocera Terinese, Pianopoli, Platania, San Mango D'Aquino, Serrastretta, Soveria Mannelli.

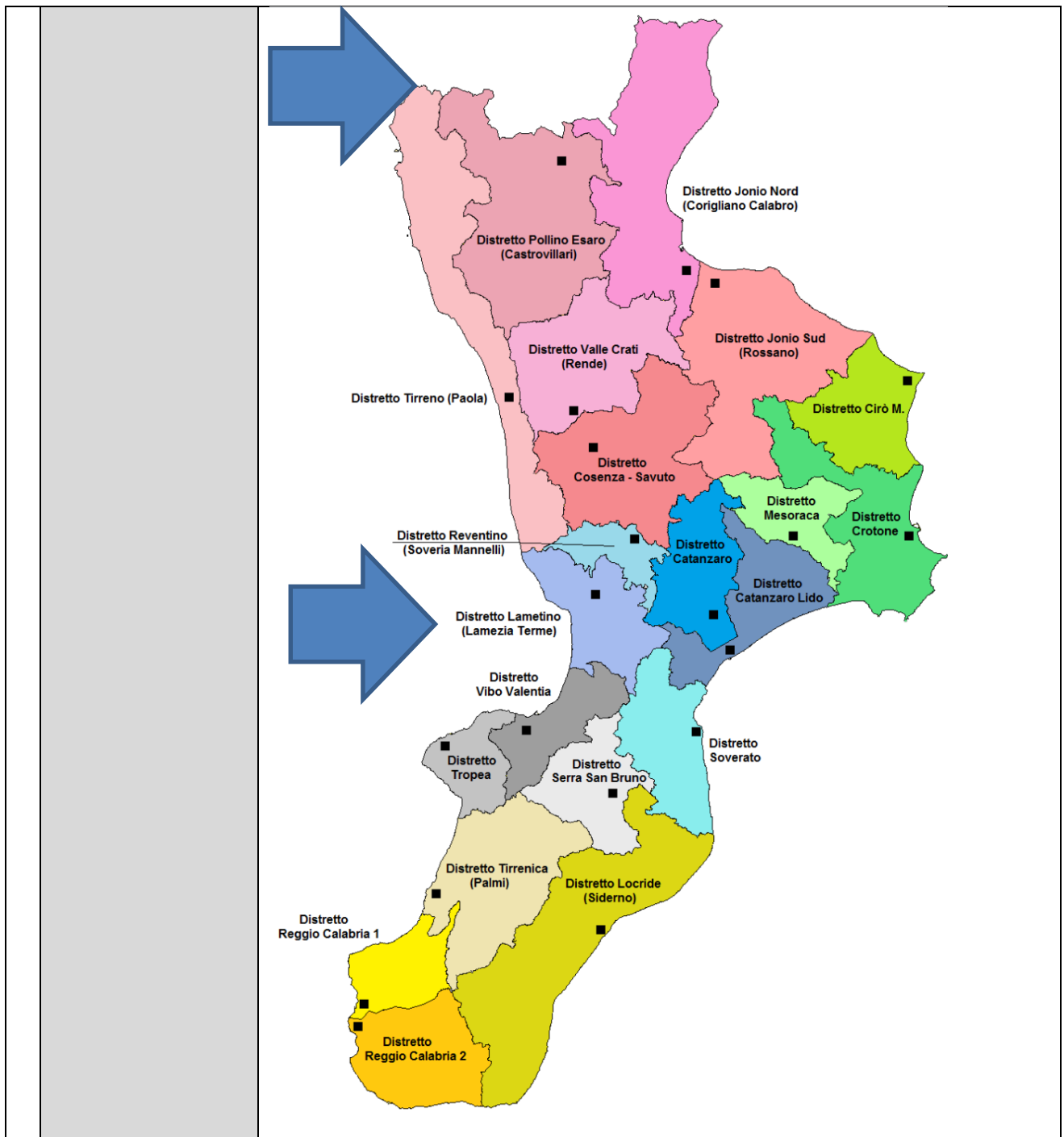
*COMUNI afferenti al **DISTRETTO DI CATANZARO** (n°31 comuni – Popolazione 155.270 abitanti*) *fonte dati: dati.istat.it (popolazione residente al 1° gennaio 2021)*

Catanzaro, Albi, Amato, Andali, Belcastro, Borgia, Botricello, Caraffa di Catanzaro, Cerva, Cicala, Cropani, Fossato Serralta, Gimigliano, Magisano, Marcedusa, Marcellinara, Miglierina, Pentone, Petronà, San Floro, San Pietro Apostolo, Sellia Marina, Sellia Superiore, Sersale, Settingiano, Simeri Crichi, Sorbo San Basile, Soveria Simeri,, Taverna, Tiriolo, Zagarise.

	COMUNI afferenti al DISTRETTO DI SOVERATO: (n°28 comuni – Popolazione 68.878 abitanti*) *fonte dati: dati.istat.it (popolazione residente al 1° gennaio 2021) Amaroni, Argusto, Badolato, Cardinale, Cenadi, Centracche, Chiaravalle Centrale, Davoli, Gagliato, Gasperina, Girifalco, Guardavalle, Isca Sullo Jonio, Montauro, Montepaone, Olivati, Palermiti, Petrizzi, San Sostene, San Vito Sullo Jonio, Santa Caterina Sullo Jonio, Sant'Andrea Apostolo, Satriano, Soverato, Squillace, Staletti, Torre Di Ruggero, Vallefiorita. AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI COSENZA L'Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza comprende sei distretti socio-sanitari, suddivisi per aree geografiche omogenee: il distretto Cosenza-Savuto, il distretto Jonio-sud, il distretto Esaro-Pollino, il distretto Jonio-nord, il distretto Tirreno. COMUNI afferenti al DISTRETTO COSENZA-SAVUTO (n°34 comuni – Popolazione 138.072 abitanti*) *fonte dati: dati.istat.it (popolazione residente al 1° gennaio 2021) Aprigliano, Altilia, Bianchi, Belsito, Carolei, Carpanzano, Casole Bruzio, Celico, Cellara, Cerisano, Colosimi, Cosenza, Dipignano, Domanico, Figline Vegliaturo, Grimaldi, Lappano, Malito, Mangone, Marzi, Mendicino, Panettieri, Parenti, Paterno Calabro, Pedace, Pedivigliano, Piane Crati, Pietrafitta, Rogliano, Rovito, San Stefano di Rogliano, Scigliano, Serra Pedace, S. Giovanni in Fiore, Spezzano della Sila, Spezzano Piccolo, Trenta, Zumpano. COMUNI afferenti al DISTRETTO VALLE CRATI (n°19 comuni – Popolazione 129.717 abitanti*) *fonte dati: dati.istat.it (popolazione residente al 1° gennaio 2021) Acri, Bisignano, Castiglione Cosentino, Castrolibero, Cerzeto, Lattarico, Luzzi, Marano Marchesato, Marano Principato, Montalto Uffugo, Rende, Rose, Rota Greca, San Benedetto Ullano, San Fili, San Martino di Finita, San Pietro in Guarano, Santa Sofia d'Epiro, San Vincenzo la Costa, Torano Castello. COMUNI afferenti al DISTRETTO JONIO SUD: (n°14 comuni – Popolazione 62.016 abitanti*) *fonte dati: dati.istat.it (popolazione residente al 1° gennaio 2021) Bocchigliero, Calopezzati, Caloveto, Campana, Cariati, Cropalati, Crosia, Longobucco, Mandatoriccio, Paludi, Pietrapaola, Rossano, Scala Coeli, Terravecchia. COMUNI afferenti al DISTRETTO JONIO NORD: (n°22 comuni – Popolazione 106.976 abitanti*) *fonte dati: dati.istat.it (popolazione residente al 1° gennaio 2021) Amendolara, Albidona, Alessandria del Carretto, Canna, Cassano allo Jonio, Castrolibero, Cerchiara di Calabria, Corigliano, Francavilla Marina, Montegiordano, Nocera, Oriolo Calabro, Plataci, Rocca Imperiale, Roseto Capo Spulico, San Cosmo Albanese, San Demetrio Corone, San Giorgio Albanese, San Lorenzo Bellizzi, Trebisacce, Vaccarizzo Albanese, Villapiana. COMUNI afferenti al DISTRETTO ESARO POLLINO: (n°27 comuni – Popolazione 103.973 abitanti*) *fonte dati: dati.istat.it (popolazione residente al 1° gennaio 2021) Acquaformosa, Altomonte, Castrovillari, Civita, Cervicati, Fagnano Castello, Firmo, Frascineto, Laino Borgo, Laino Castello, Lungro, Malvito, Mongrassano, Morano Calabro, Mormanno, Mottafollone, Roggiano Gravina, Sant'Agata d'Esaro, San Basile, San Donato di Ninea, Santa Caterina Albanese, San Lorenzo del Vallo, San Marco Argentano, San Sosti, Saracena, Spezzano Albanese, Tarsia, Terranova. COMUNI afferenti al DISTRETTO TIRRENO: (n°34 comuni – Popolazione 129.521 abitanti*) *fonte dati: dati.istat.it (popolazione residente al 1° gennaio 2021)
--	--

	<i>Acquappesa, Aiello Calabro, Aieta, Amantea, Belmonte Calabro, Belvedere Marittimo, Bonifati, Buonvicino, Cetraro, Cleto, Diamante, Falconara Albanese, Fiumefreddo Bruzio, Fuscaldo, Guardia Piemontese, Grisolia, Lago, Longobardi, Maierà, Orsomarso, Paola, Papasidero, Praia a Mare, Sangineto, San Lucido, San Nicola Arcella, Santa Domenica di Talao, Santa Maria del Cedro, San Pietro in Amantea, Scalea, Serra D'Aiello, Tortora, Verbicaro.</i> <i>Il Distretto Sociosanitario così come identificato dal D. Lgs.229/1999 è il luogo per l'integrazione socio-sanitaria e per l'integrazione dei servizi sanitari, in grado di offrire una risposta coordinata e continuativa ai bisogni di salute della comunità.</i> <i>Esso costituisce la sede naturale dell'incontro tra domanda di salute ed offerta, il luogo dove si realizza la governance delle attività e dei servizi sanitari e sociosanitari territoriali, attraverso cui l'azienda sanitaria assicura l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza.</i> <i>Le attività di I livello erogate dal Distretto sono orientate alla promozione ed alla tutela della salute, alla prevenzione, cura e riabilitazione, secondo criteri di facilità ed equità di accesso ai Servizi, tempestività e continuità delle cure e si realizzano attraverso una rete integrata di Servizi che pone al centro le necessità delle singole persone, favorendo la collaborazione e l'integrazione degli operatori interni all'azienda con tutte le risorse comunitarie: privato accreditato, Enti Locali, Terzo Settore, nel rispetto degli atti di programmazione di livello regionale ed aziendale, così per come previsto nel Programma delle Attività Territoriali (PAT), in utile convergenza con la prevista attività di programmazione integrata con l'area Sociale di afferenza territoriale, realizzata attraverso il Piano di Zona.</i> <i>Il Distretto svolge una duplice funzione:</i> <i>1. di committenza, scaturita dalla preliminare identificazione dei bisogni di salute della popolazione di riferimento e declinata nei confronti dei Servizi a gestione diretta e nei confronti e con la condivisione di altri Servizi aziendali</i> <i>2. di produzione delle prestazioni necessarie a garantire risposte assistenziali appropriate per quegli stessi bisogni ed eseguite per il tramite delle proprie unità organizzative o attraverso l'acquisto da privati accreditati.</i> <i>Le aree operative d'afferenza di tali prestazioni comprendono:</i> <i>a. assistenza primaria in ambulatorio e a domicilio, ivi compresa la Continuità Assistenziale, attraverso medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, servizi di Guardia Medica notturna e festiva;</i> <i>b. assistenza specialistica ambulatoriale a gestione diretta o per il tramite del privato accreditato;</i> <i>c. assistenza domiciliare;</i> <i>d. assistenza ai pazienti in fase terminale;</i>
--	--

		e. assistenza farmaceutica; f. assistenza riabilitativa; g. prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, nonché prestazioni sociali di rilevanza sanitaria; h. attività o servizi per la tutela della salute dell'infanzia, donna e famiglia, della salute mentale, della prevenzione, in condivisione con i relativi Dipartimenti cui questi servizi afferiscono strutturalmente. <i>Le Aziende Sanitarie Provinciali di Catanzaro e Cosenza, come previsto dal DCA n. 103/2020, hanno attivato due Centrali Operative Territoriali (COT), a supporto delle rispettive province, quali strumento strategico con lo scopo di prendere in carico i bisogni sanitari generali del cittadino raccordando i soggetti della rete assistenziale territoriale rappresentati da: Dipartimento di Prevenzione, Medici di Assistenza Primaria, Servizio di Emergenza-Urgenza, Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA). Presso le COT, diretta da personale sanitario, sono operativi sia infermieri che amministrativi.</i>
--	--	--



6	OBIETTIVI	<u>Obiettivo generale:</u> Sviluppare un modello di struttura di prossimità attraverso la sperimentazione dell'integrazione operativa del servizio multispecialistico di Telemedicina del Policlinico Universitario Materdomini dell'Università Magna Graecia di Catanzaro con le Aziende Sanitarie Provinciali di Catanzaro e Cosenza ed i loro distretti socio-sanitari con il supporto delle loro rispettive C.O.T., nell'ottica di un'integrazione socio-sanitaria per poter definire linee di indirizzo/standard di attività quali indicazioni per estendere il modello a tutta la regione. Il progetto prevede un focus sulle seguenti linee di attività: telemedicina; multiprofessionalità; assistenza domiciliare integrata; orientamento ed
---	------------------	--

	informazione sui percorsi e accoglienza, promozione dell'assistenza nel luogo di vita (domiciliarità). In considerazione della sua natura sperimentale e della sua relativa fattibilità, questo progetto intende sperimentare la struttura di prossimità come declinata sopra, al fine di promuovere la salute e la prevenzione, nonché per la presa in carico di soggetti fragili affetti da scompenso cardiaco, diabete mellito, obesità, broncopatia cronica ostruttiva e disabilità neurologica. <u>Obiettivi specifici:</u> ✓ Utilizzare la telemedicina. ✓ Garantire equità di accesso all'assistenza socio-sanitaria; ✓ Promuovere un servizio integrato e un modello di intervento multidisciplinare; ✓ Consolidare il ruolo della collettività, anche attraverso l'individuazione di una struttura, che diventa un punto di riferimento locale per le questioni sociali, sanitarie e socio-sanitarie; ✓ Facilitare la comunità nell'accesso all'assistenza socio-sanitaria; ✓ Informare la comunità dei servizi offerti; ✓ Considerare la casa come primo luogo di cura; ✓ Sperimentare innovativi device di telemonitoraggio e sistemi di intelligenza artificiale per la diagnosi precoce, per pazienti fragili affetti da neuropatie degenerative e scompenso cardiaco. <u>Strumenti operativi e finalità:</u> □ Implementare strumenti di telemedicina e promuoverne l'utilizzo al fine di migliorare la presa in carico di bisogni di salute della persona a supporto della domiciliarità e relativamente alla specialistica. Ciò avverrà attraverso: - La definizione di nuove forme di integrazione tra i professionisti che afferiscono alla sperimentazione della struttura di prossimità (medici specialisti, MMG, infermieri di comunità, ed altri operatori sanitari), gli altri servizi territoriali e i servizi ospedalieri, anche facilitando il contatto tra MMG e specialista per una comunicazione tra diverse figure professionali e setting assistenziali, l'eventuale presa in carico congiunta e l'educazione permanente per i professionisti con l'utilizzo di supporti di digital health (teleconsulenza); - Il rafforzamento e facilitazione dell'accesso al servizio di telemedicina da parte della persona, superando le barriere informatiche e la conseguente riduzione del tempo d'attesa per le visite specialistiche (televisita). - L'individuazione di strumenti innovativi per la rilevazione in continuo di parametri vitali consente di aumentare l'informazione disponibile sviluppando algoritmi, anche predittivi (telemedicina aumentata), come ad esempio algoritmi predittivi di fasi acute di scompenso cardiaco oppure predizione di valori medi dei parametri clinici utili al monitoraggio del diabete mellito. □ Sviluppare un modello di lavoro/presa in carico in equipe multiprofessionale di rete integrata con i servizi altri del territorio della Zona Distretto. Ciò avverrà attraverso: - Percorsi assistenziali condivisi tra le figure professionali; - Tavoli della complessità: Incontri strutturati (in presenza o in modalità di teleconsulenza) a cadenza definita tra componenti della micro-equipe (medici di assistenza primaria, IFC e assistenti sociali) nella definizione di presa in carico congiunta di pazienti con bisogni complessi che richiedono il coinvolgimento di più figure professionali per facilitare la comunicazione, il
--	---

		superamento dei conflitti professionali e la creazione di relazioni interpersonali positive; - Visite domiciliari congiunte per valutare il paziente nel suo contesto familiare ed attivare i servizi necessari al mantenimento dell'assistenza nel setting più idoneo; - Incontri strutturati (in presenza ed in modalità di teleconsulenza) tra professionisti dell'assistenza primaria e specialistica nella presa in carico congiunta; - Incontri strutturati a cadenza definita per l'analisi delle criticità e delle carenze dei percorsi assistenziali per la definizione di azioni migliorative, potenziando la risolutività e l'accettabilità dei servizi.
--	--	--

RISULTATI ATTESI	
7	<i>A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati all'esperienza esistente</i>
	- Uso di routine dei servizi di Telemedicina nella cura integrata dei soggetti fragili identificati nella sperimentazione. - Promozione della Sanità Digitale - Promuovere la medicina d'iniziativa rispetto alla medicina di attesa, prediligendo la casa come primo luogo di cura (ospedale a domicilio).
	<i>A lungo periodo, a cui tendere, raggiungibili al termine del progetto</i>
	-Migliorata condizione di benessere e di salute da parte dei cittadini/residenti e dei nuclei familiari di appartenenza nel territorio di riferimento; - Ridotti i tempi di ospedalizzazione dei pazienti; - Integrazione della struttura socio-sanitaria/ospedaliera e rafforzamento della multidisciplinarietà; - Supporto all'empowerment del paziente per mettere il paziente al centro delle sue cure, renderlo informato e partecipe nel processo decisionale e di cura; - Riduzione degli accessi alle prestazioni ospedaliere.

PUNTI DI FORZA	
Indicare i punti di forza	Indicare le strategie/azioni per l'implementazione
8 - Esistenza di una Struttura Operativa di Telemedicina Polispecialistica già attiva - Disponibilità dei device per il telemonitoraggio - Attivazione di una COT	- Integrazione tra le suddette strutture - Formazione sulla piattaforma di Telemedicina e dei device di telemonitoraggio dei diversi attori presenti e operanti nella COT - Adeguata informazione della comunità sull'esistenza e possibilità di cura domiciliare offerte dai servizi di telemedicina - La multidisciplinarietà garantita dalla struttura organizzativa proposta riuscirà ad integrare le competenze, le conoscenze e le abilità di ogni figura professionale al solo scopo di ottenere migliori risultati per la cura del paziente, con tempi di consultazione ridotti ed interventi terapeutici ed assistenziali ottimizzati.

	PUNTI DI DEBOLEZZA	
	Indicare i punti di debolezza	Indicare le strategie/azioni per la riduzione
9	- Difficoltà connesse ai cambiamenti organizzativi - Problematiche connesse alla disponibilità di personale - Tempistica di approvazione degli atti formali	- L'implementazione dell'organizzazione proposta (integrazione ospedale-territorio) permetterà la creazione di una struttura consolidata e di facile utilizzo sia per il personale sanitario che per la popolazione, che diventerà punto di riferimento nell'organizzazione e nell'erogazione delle terapie; inoltre l'utilizzo di mezzi tecnologici all'avanguardia, consentirà una migliore e ottimizzata gestione del personale e delle risorse del distretto, garantendo una velocizzazione di tutti i processi che ad ora sono gestiti con modalità tradizionali.

11	DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO	Data inizio prevista	Data termine prevista
		15 Aprile 2022	31 Dicembre 2022

DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO			
La sperimentazione del progetto è suddivisa in 10 work packages (WP, pacchetti di lavoro) che sono analiticamente descritti di seguito:			
WP #	Titolo	Breve descrizione dell'attività	
10	WP1	<i>Costituzione della rete di prossimità tra la Struttura di Telemedicina dell'Università Magna Graecia di Catanzaro ed i Distretti Socio-Sanitari con le relative COT dell'ASP di Catanzaro e Cosenza</i>	
	WP2	<i>Identificazione dei pazienti fragili con scompenso cardiaco, diabete mellito, obesità, broncopatia cronica ostruttiva e disabilità neurologica per l'assistenza domiciliare</i>	
	WP3	<i>Presa in carico dei pazienti fragili con scompenso cardiaco, diabete mellito, obesità, broncopatia cronica ostruttiva e disabilità neurologica</i>	

			operativi i percorsi. Peraltro, i Distretti dell'ASP di Catanzaro e di Cosenza garantiranno la tracciabilità degli interventi non solo nel sapere chi fa che cosa all'interno del processo, ma anche nel garantire trasparenza alle azioni svolte sul e con l'assistito.
	WP4	<i>Valutazione specialistica e multi-specialistica mediante servizio di Telemedicina dei pazienti fragili con scompenso cardiaco, diabete mellito, obesità, broncopatia cronica ostruttiva e disabilità neurologica</i>	I Distretti dell'ASP di Catanzaro e di Cosenza riferiranno tutti i pazienti presi in carico nel WP3 tra le categorie di fragilità focus del progetto alla Struttura Operativa di Telemedicina specialistica dell'Azienda Materdomini dell'Università Magna Graecia (UMG) di Catanzaro. La Struttura Operativa di Telemedicina effettuerà le visite specialistiche di controllo per i pazienti affetti da scompenso cardiaco, diabete mellito, obesità, broncopatia cronica ostruttiva e disabilità neurologica nei rispettivi Teleambulatori di Cardiologia, Malattie del Metabolismo, di Nutrizione Clinica, di Pneumologia e di Neurologia. La Struttura Operativa di Telemedicina dell'UMG utilizzerà una piattaforma unica che quindi diventerà una soluzione di abilitazione e virtualizzazione dei processi ospedalieri accessori alla medicina sull'intero territorio, abbattendo le distanze e velocizzando le procedure con strumenti semplificati e accessi immediati con una digitalizzazione umanizzata basata su di una architettura paziente-centrica preservando il rapporto fra il medico e il paziente stesso. Questo consentirà di ampliare di conseguenza gli ambiti medici di applicazione oltre a quelli delle sole visite specialistiche integrandosi coi sistemi regionali diventando una piattaforma middleware per la sanità pubblica. Il tutto, nel completo rispetto della compliance alle normative regionali e le linee guida ministeriali.
	WP5	<i>Identificazione dei pazienti fragili con scompenso cardiaco, diabete mellito, obesità, broncopatia cronica ostruttiva e disabilità neurologica che necessitano di monitoraggio da remoto mediante i servizi di Telemedicina</i>	I medici specialisti responsabili dei Teleambulatori di Cardiologia, Malattie del Metabolismo, di Nutrizione Clinica, di Pneumologia e di Neurologia della Struttura Operativa di Telemedicina avranno il compito di valutare il paziente nella prima televisita/Teleconsulto per identificare quali tra questi abbiano necessità di monitoraggio strumentale a distanza e di quale tipologia. In particolare, verranno resi disponibili gli strumenti principali della medicina digitale, tra cui la tecnologia delle cartelle elettroniche, dei servizi online (consultazione di referti diagnostici o specialistici) e degli strumenti utilizzati per l'interazione con i pazienti (e-mail, sms, social network). Inoltre, saranno resi disponibili i wearable device o dispositivi indossabili (DI), costituiti da uno o più biosensori, che rilevano e misurano diversi parametri biologici (frequenza cardiaca, respiratoria, saturazione di ossigeno, temperatura corporea, pressione arteriosa, glucosio, sudore, respiro, onde

			cerebrali) e inoltre forniscono informazioni sullo stile di vita (attività fisica, sonno, alimentazione, calorie consumate). Questi DI possono inviare un primo feedback alla persona che li indossa, attraverso applicazioni per smartphone forniti alla persona stessa, e poi al servizio cloud di competenza della Struttura di Telemedicina, dove saranno organizzati mediante algoritmi per essere disponibili e interpretati dal medico specialista di Telemedicina. Si tratta di protocolli di gestione allarmistica sui valori soglia dei parametri vitali monitorati sulle patologie inserite in sperimentazione controllati tramite algoritmi di Intelligenza Artificiale (in particolare scompenso cardiaco e diabete mellito) e di algoritmi lineare per il controllo del peso e dei parametri BMI.
	WP6	<i>Applicazione e/o distribuzione dei device di telemonitoraggio ai pazienti fragili</i>	Ai pazienti identificati nel WP5 verrà consegnato il kit di monitoraggio individuato nel PAI e verrà seguito nell'applicazione dei device di telemonitoraggio. Quindi, in questa attività progettuale i care managers (infermieri di comunità in particolare) formati nel WP 9 (vedi sotto) avranno il compito di svolgere attività di installazione e configurazione dei kit domiciliari. In particolare le attività previste sono: Parametrizzazione e configurazione di base del sistema, anagrafiche pazienti arruolati, configurazione della scheda di monitoraggio per ogni assistito (Personal Health Record), customizzazione dei dispositivi medicali, configurazione smartphone, installazione APP e test di funzionamento, definizione planning attività e rilevazioni, definizione dei valori soglia e degli Allarmi (Alert) per singolo paziente per tracciare ed evidenziare misure e andamenti clinicamente anomali e generare avvisi su parametri predefiniti; Questionari dinamici; Pairing di prima accensione; Monitoraggio dei parametri fisiologici vitali (il PHR si alimenta con le rilevazioni provenienti dai medical devices); Compliance.
	WP7	<i>Sperimentazione di nuovi device per il monitoraggio del tremore nei pazienti con parkinsonismi e per la rilevazione delle OSA (Obstructive Sleep Apnea ovvero apnea ostruttiva del sonno) nei pazienti obesi fragili; Sperimentazione di un Agent per il riconoscimento vocale precoce del declino cognitivo nello Scompenso Cardiaco.</i>	Distribuzione e sperimentazione di nuovi <i>wearable device</i> : 1) clip auricolare per la registrazione di SpO2, <i>Heart Rate Variability</i> (HRV) e movimenti corporei notturni ai fini della valutazione di OSA e altri disturbi del sonno in soggetti obesi a rischio; 2) anello con sensore inerziale per la valutazione e per la caratterizzazione dei sintomi di tremore in soggetti con parkinsonismi. Installazione delle mobile app dedicate interfacciate con la piattaforma di telemedicina, pairing dei dispositivi con smartphone e training dei pazienti per l'utilizzo degli stessi.

		Acquisizione dei dati tramite le app dedicate, invio dati a microservizi web, analisi con Intelligenza Artificiale e invio dei risultati agli smartphone e alla piattaforma, con produzione della reportistica. 3) È stato dimostrato che l'elaborazione automatica del parlato e il machine learning sono tecniche che possono essere sfruttate per la diagnosi precoce del deterioramento cognitivo e il monitoraggio della progressione della malattia. La sperimentazione consisterà nella registrazione dei file audio di pazienti presi in carico con le modalità già esposte, tramite la lettura di testi o in particolare il racconto libero di diversi episodi, vale a dire una storia positiva che rievoca ricordi piacevoli, una negativa ed infine un evento che non comporta emozioni forti al fine di mantenere un tono neutro. La fase sperimentale permetterà di estrarre le features utili per discriminare nella fase precoce, attraverso l'addestramento di una rete neurale, i casi di declino cognitivo nello scompenso cardiaco.
WP8	<i>Follow-up in telemedicina dei pazienti fragili inseriti nella sperimentazione</i>	Tutti i pazienti presi in carico in Telemedicina nei WP4 e WP5 valutati mediante televisita/teleconsulto e seguiti mediante telemonitoraggio saranno inclusi nel follow-up finale nell'ultimo trimestre di sperimentazione per una televisita finale da parte dei rispettivi medici dei Teleambulatori specialistici per la valutazione dello stato di salute, dell'efficacia del monitoraggio nel migliorare la qualità della vita riducendo la necessità di istituzionalizzazione e dell'efficacia delle terapie personalizzate nel percorso dalla presa in carico.
WP9	<i>Formazione dei care managers su utilizzo dei servizi di telemedicina</i>	Obiettivo delle attività formative è rendere gli stakeholder del servizio in grado di utilizzare e gestire al meglio le soluzioni informatiche previste. In termini generali le attività di formazione rivolte ai care managers del sistema riguardano: - la sensibilizzazione al modello della Telemedicina con un richiamo esplicito alla letteratura disponibile sul tema; - l'addestramento all'uso delle componenti software; - l'addestramento all'uso dei dispositivi elettromedicali; - l'approfondimento sulla gestione del servizio di telemedicina enfatizzando gli aspetti di interazione tra tecnologia, organizzazione e servizio clinico che contribuiscono, ciascuno per la sua parte, a realizzare il sistema di Telemedicina.
WP10	<i>Formazione di medici di medicina generale sull'utilizzo domiciliare di ecografia portatile per valutazione</i>	In questo WP, l'Università Magna Graecia offrirà un programma di formazione volta alla diffusione della pratica ecografica da parte del MMG attraverso un

		<i>specialistica a distanza mediante servizi di telemedicina</i>	percorso formativo teorico-pratico dedicato in cui il MMG che acquisirà e saprà applicare competenze ecografiche a integrazione della valutazione clinico-anamnestica, per rispondere a quesiti specifici. Il MMG sarà capace al termine del programma formativo di utilizzare l'ecografo durante la visita, usando la sonda "oltre la mano" per dare risposta a specifici e definiti quesiti diagnostici, senza quindi eseguire un esame completo e senza compilare un referto, ma acquisendo nella maniera migliore immagini e video ecografici che condividerà mediante la piattaforma di telemedicina con i medici specialisti della struttura operativa ospedaliero-universitaria.
--	--	--	---

CRONOPROGRAMMA									
	APRILE	MAGGIO	GIUGNO	LUGLIO	AGOSTO	SETTEMBRE	OTTOBRE	NOVEMBRE	DICEMBRE
WP1									
WP2									
WP3									
WP4									
WP5									
WP6									
WP7									
WP8									
WP9									
WP10									

Indicatori di risultato previsti	
11	La valutazione e la misurazione di impatto permettono di verificare lo stato di avanzamento delle attività ed i risultati che si intendono raggiungere. All'uopo diventa significativo riportare gli indicatori che sono funzionali alla verifica del livello di raggiungimento dei risultati attesi. Pertanto, si riportano, a titolo esemplificativo e non esaustivo, alcuni indicatori specifici:
	- Riduzione dell'istituzionalizzazione dei malati e/o delle persone fragili;
	- Incremento del livello di soddisfazione dei malati e/o delle persone fragili sui servizi sanitari di cura, attraverso somministrazione di questionari on line o su piattaforma web;
	- Riduzione dello stress assistenziale dei caregivers;
	- Incremento del livello di soddisfazione dei malati e/o delle persone fragili sui servizi a sostegno della vita quotidiana e per l'integrazione nella società civile, attraverso somministrazione di questionari on line o su piattaforma web;
	- Incremento del livello di specializzazione e delle competenze degli operatori sociali e sanitari;

Da utilizzare a conclusione del progetto

Scheda dei risultati raggiunti con la sperimentazione delle strutture di prossimità

SCHEDA DEI RISULTATI RAGGIUNTI			
1	TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO		
2	REGIONE	CALABRIA	
3	DURATA DEL PROGETTO	Data inizio progetto	Data presentazione risultati
4	INDICATORI DI RISULTATO		
	Obiettivo specifico del progetto	Indicatori di risultato raggiunti	
5	TRASFERIBILITÀ		
	Tipo di realtà nella quale può essere implementato il progetto	Progetto o parte del progetto che può essere trasferita	
6	CRITICITA' RILEVATE		