

1	Titolo intervento	S1 – TELEMEDICINA PER PAZIENTI AFFETTI DA SCOMPENSO CARDIACO
2	Costo e copertura finanziaria	Euro 500.000,00 – Legge di stabilità 2018 (art.1 co 895 e 896) Delibera CIPE 25/10/2018
3	Oggetto dell'intervento	Sperimentazione di un nuovo modello di telemedicina applicato ai pazienti con scompenso cardiaco, stabilendo una comunicazione diretta tra paziente, i presidi di medicina territoriale (MMG e farmacie rurali) e specialisti ospedalieri al fine realizzare un percorso clinico e diagnostico per sorvegliare l'andamento clinico e ridurre l'inappropriatezza dei ricoveri ospedalieri.
4	CUP	D59C20000670001
5	Localizzazione dell'intervento	Comuni dell'area Alto Medio Sannio
6	Coerenza programmatica e contestualizzazione dell'intervento	<p>La Strategia dell'Area mette al centro del suo programma sanitario la medicina di territorio come risposta ai bisogni di salute dei cittadini dell'area interna. Tale prassi viene esaltata anche dalla recente emergenza sanitaria a seguito della pandemia Covid-19 dove i punti più deboli della difesa sono risultate le strutture sanitarie e socio-assistenziali. Ciò ha fatto emergere, nelle aree che hanno organizzato il proprio bisogno di salute sulla medicina di territorio, che una forte barriera al diffondersi dei contagi verso soggetti più esposti è proprio la presa in cura dei pazienti fragili e deboli.</p> <p>L'Istat prevede che l'incremento della popolazione anziana italiana, che nel 2018 è cresciuta del 20%, nel 2050 sarà del 35%. Nelle aree interne la percentuale degli ultra sessantacinquenni è già oggi di questa entità.</p> <p>Le patologie croniche sono in costante aumento, in particolare tra le persone anziane e nel prossimo decennio la spesa per la cronicità salirà del 6% (Piano Nazionale Cronicità approvato dalla Conferenza Stato-Regioni nel 2016).</p> <p>A fronte di questa transizione epidemiologica, aumento dell'invecchiamento e delle cronicità, è urgente lo sviluppo di strategie in grado di porre in essere interventi capaci di attivare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • servizi proattivi; • un nuovo approccio alla fragilità; • l'integrazione socio-sanitaria. <p>L'area Alto Medio Sannio evidenzia, più delle altre in Molise, la transizione epidemiologia sopra richiamata. Infatti la popolazione ultra sessantacinquenne è oltre il 28%, la perdita di abitanti è di oltre del 10% nel decennio e i tassi di ospedalizzazione ultra settantacinquenne è particolarmente alta.</p> <p>Ad oggi le patologie andrebbero combattute con la prevenzione sul territorio e ancor più con l'invecchiamento della popolazione risulta essere maggiormente fondamentale .</p> <p>Inoltre è ormai noto che agevolare il cittadino nell'accesso alle cure risulterebbe di grande vantaggio per tutti e tutto ciò si potrebbe ottenere garantendo al paziente un percorso diagnostico favorevole, supportandolo e indirizzandolo verso la migliore strategia terapeutica attraverso l'utilizzo di protocolli</p>

		<p>condivisi.</p> <p>Mentre il bisogno socio-sanitario acuto-urgente è percepito e porta tradizionalmente a una domanda e a una successiva risposta assistenziale, il bisogno cronico prevedibile a lungo termine, a bassa complessità tecnologica e con urgenze differibili, deve essere affrontato con interventi pro-attivi basati sulla previsione della complicità e della recrudescenza (medicina di iniziativa) definito dal Patto della Salute 2019-2021.</p> <p>La definizione di salute è passata recentemente dal benessere psico-fisico e sociale (OMS 1948) alla capacità di adattarsi all'ambiente di vita e alla capacità di prendersi cura di sé in modo autonomo. Di conseguenza la fragilità è l'incapacità di adattamento e di autosufficienza. La fragilità è un concetto socio-sanitario in quanto comprende le malattie, i fattori individuali (età, stato fisico e comportamento), i fattori sociali, i fattori socio-economici e socio-ambientali e, non da ultimo, psicologici.</p> <p>Lo stato di salute è direttamente connessa alla fragilità.</p> <p>L'intervento, pertanto, persegue i seguenti obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • avvicinare il medico al mondo del paziente; • consolidare la relazione medico-paziente e medico di medicina generale - specialista; • Empowerment per coinvolgere attivamente la persona nella gestione della propria malattia;; • 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. • ridurre i costi e lo stress per il paziente - e per i suoi familiari - e ottimizzare i risultati delle organizzazioni. <p>CONTESTO EPIDEMIOLOGICO DELL'INTERVENTO</p> <p>Le malattie cardiovascolari costituiscono in Italia la principale causa di morbilità e mortalità. In Molise le malattie del sistema circolatorio costituiscono la prima causa di morte ed i tassi standardizzati di mortalità superano quelli medi italiani.</p> <p>E' soprattutto il regime alimentare ad impattare in maniera significativa sui dati epidemiologici, laddove diete troppo ricche di grassi saturi aumentano in maniera significativa il rischio cardiovascolare, creando diversi cluster di popolazione con seri problemi di salute. Per queste motivazioni la sperimentazione si concentra sulle malattie cardiovascolari per dimostrare, attraverso il percorso attivato, l'efficacia del sistema attivato per ridurre l'inappropriatezza dei ricoveri e un maggior controllo dei pazienti a rischio.</p>
7	Descrizione dell'intervento	<p>Lo scompenso cardiaco è una sindrome clinica che, tipicamente per la sua evoluzione temporale fatta di periodiche esacerbazioni della sintomatologia, si può beneficiare di una gestione integrata che, a partire da informazioni e parametri raccolti e comunicati dal paziente stesso (peso corporeo, diuresi, quantità di liquidi assunti, pressione arteriosa, frequenza cardiaca, livello di aderenza alla terapia, eventuale peggioramento dello stato funzionale) o rilevati da operatori che accolgono il paziente in un ambulatorio sito nel territorio di riferimento o che raggiungano il</p>

paziente direttamente al suo domicilio (frequenza cardiaca e respiratoria, pressione arteriosa, saturazione ossiemoglobinica, ECG, Ecocardiogramma, misurazione di parametri ematochimici) consenta aggiustamenti della terapia e/o eventuali modifiche dello stile di vita (es. restrizione idrica e salina) al fine di stabilizzare le condizioni cliniche, prevenendo eventuali riacutizzazioni di scompenso ed evitando, dunque, il ricorso al ricovero ospedaliero, con conseguente possibile riduzione della morbilità e mortalità, nonché contenimento dei costi sanitari.

Oltre alla acquisizione dei dati clinici su esposti - e che definiremo di primo livello -sarà possibile anche l'esecuzione di esami generalmente erogati da un Ambulatorio cardiologico, quali ecocardiogramma (eseguito dal tecnico operatore e refertato in remoto dallo specialista) ed ECG dinamico Holter, direttamente al domicilio del paziente ma, dove necessario, presso il Centro Medico.

Partendo dal presupposto che l'elevato tasso di ri-ospedalizzazioni dei pazienti affetti da scompenso cardiaco sia in buona parte dovuto anche alla inosservanza e/o alla incompienza delle istruzioni ricevute all'atto della dimissione, risulta chiaro che se il paziente scompensato, una volta dimesso dall'ospedale non viene affidato a un sistema di assistenza integrata territoriale, tenderà a "semplificare" le istruzioni ricevute, fino a non seguire correttamente la terapia prescritta, incorrendo in possibili nuove destabilizzazioni del quadro clinico. A tale scopo verranno sviluppati anche i servizi sul territorio in modo integrato prevedendo la collaborazione attiva di profili infermieristici dedicato a gestire la fase delle dimissioni dal reparto alla presa in carico da parte del territorio/distretto in modo che si possa supportare il collegamento con servizi, da definirsi insieme con il Dipartimento di Prevenzione per definire eventuali indicazioni di attività da riportare nella lettera di dimissioni (empowerment, attività fisica adattata, riabilitazione, educazione alimentare etc.). Allo stesso modo attività di educazione alla salute volta a potenziare comportamenti salutari per il sistema cardiovascolare potranno essere integrati nell'attività condotta nelle scuole in modo da attivare un circuito di informazione intergenerazionale.

Al contrario, un adeguato monitoraggio dello stato clinico del paziente e della compliance terapeutica attuati da un sistema di assistenza territoriale che utilizzi anche sistemi di telemedicina, potrà prevedibilmente prevenire nuove destabilizzazioni del quadro clinico.

Tale approccio si dovrebbe basare sulla dislocazione di più strutture ambulatoriali distribuite sul territorio in numero sufficiente da poter essere facilmente raggiunte dai pazienti arruolati o, viceversa, da cui gli operatori possano raggiungere i pazienti al proprio domicilio, laddove necessario. Ove possibile, tali strutture potrebbero coincidere con l'ambulatorio del MMG, essendo quest'ultimo un importante attore nella gestione del paziente affetto da scompenso cardiaco, e laddove presenti anche le farmacie presenti nell'area costituendo un ideale nodo

tra specialista e paziente. Inoltre, dovranno essere gli operatori del Centro Medico, gestori e attuatori del servizio di Telecounseling e Telemonitoring ad attivare e mantenere la rete tra Centro Medico, paziente, MMG e specialista: i dati clinici e strumentali raccolti saranno inseriti (mediante una App e/o una piattaforma informatica) nella scheda personale della salute del paziente, che sarà consultabile dal MMG e dagli specialisti che avranno accesso continuo a informazioni correnti e storiche, e potranno così intraprendere le azioni che riterranno più opportune (ottimizzazione e modifica della terapia – che potrà eventualmente comprendere anche prescrizione di trattamenti domiciliari con terapie infusive, esecuzione di ulteriori esami strumentali o consulenze specialistiche, ricovero ospedaliero, etc), comunicandole sia direttamente al paziente, sia agli operatori che sono coinvolti nella gestione ravvicinata del paziente.

La struttura territoriale per il trattamento integrato dello scompenso cardiaco dovrà prendersi carico del paziente senza soluzione di continuità: nella fase di stabilità clinica della malattia attraverso contatti (telefonici o de visu) a intervalli di tempo predefiniti, e variabili a seconda della gravità del quadro clinico, acquisendo informazioni su parametri rilevati dal paziente stesso o da sistemi di telerilevazione (Telecounseling e Telemonitoring) o da esami (ematici e strumentali) eseguiti sul paziente; nelle fasi di peggioramento delle condizioni cliniche del paziente, il protocollo di gestione del paziente dovrà essere più intenso, aumentando la frequenza dei contatti (che potranno essere in queste fasi anche quotidiani), per verificare lo stato clinico del paziente e le variazioni dello stesso in seguito alle modifiche terapeutiche attuate, sempre garantendo l'esecuzione di eventuali esami che si rendessero necessari (ad esempio valutazione della funzionalità renale e della concentrazione degli elettroliti in caso di modifica della terapia diuretica, o esecuzione di ECG in caso di modifica della terapia con antiaritmici o beta-bloccanti, etc.).

Il progetto prevede la formazione e l'aggiornamento degli operatori (medici, infermieri, tecnici di cardiologia): da un lato su protocolli diagnostici, terapeutici, metodologie, farmaci e dei possibili servizi di promozione della salute e/o riabilitativi a cui potere accedere dopo le dimissioni, anche a integrazione di specifico PDTA; dall'altro sul corretto utilizzo delle apparecchiature elettromedicali e sulla gestione delle schede cliniche informatizzate dei pazienti. Gli operatori a loro volta avranno il compito di istruire i pazienti arruolati (e laddove possibile anche i familiari degli stessi) sulle modalità di raccolta e trasmissione dei dati clinici biometrici, oltre che sulle modalità di assunzione delle terapie e sulla importanza di osservare un adeguato stile di vita e una completa aderenza alla terapia prescritta.

L'obiettivo della telemedicina in questo setting 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 gestione della cronicità e la continuità assistenziale necessitano della creazione di sistemi integrati per la costituzione di un network che accolgano 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:

- iltelemonitoring di parametri specifici strumentali, ematochimici e funzionali;
- rilevazione, archiviazione e condivisione del dato sanitario;
- prestazioni in prevenzione secondaria per la gestione dei fattori di rischio;
- 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.

Il progetto intende individuare e prendere in carico 500 pazienti domiciliati nell'area geografica oggetto della sperimentazione e seguiti per un periodo di tempo di 3 anni mediante un sistema di telemedicina completo di devices specifici per l'auto-misurazione e la diagnosi ambulatoriale.

Obiettivi specifici dell'intervento:

- 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.
- 3) Individuazione, diagnosi e terapia delle persone affette da SC sintomatico al fine di migliorare la qualità di vita, migliorare la soddisfazione per l'assistenza, promuovere l'autonomia decisionale e l'autocura e migliorare la compliance ai farmaci ed alle misure
- 4) relative allo stile di vita.
- 5) Utilizzo dei protocolli diagnostici e terapeutici condivisi con la medicina generale e la specialistica ospedaliera.
- 6) Ridurre il numero dei ricoveri e le giornate di degenza ospedaliera, migliorare l'appropriatezza degli interventi (intesa non solo come migliore efficacia ed efficienza clinica, ma anche come maggior aderenza ai bisogni del paziente)
- 7) Creazione 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.
- 8) Utilizzare come centro di ascolto Regionale le UOC 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").

Fasi delle attività e metodologia

Fase 1 -Screening della popolazione oggetto di studio ed assegnazione in base al profilo di rischio

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.

La fase successiva dell'arruolamento seguirà i criteri di accesso legati al profilo di rischio.

Stadio di profilo di rischio:

A - B (Asintomatici a rischio di SC)

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).

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 miocardio, malattia valvolare emodinamicamente rilevante.

C- D (Pazienti con SC già inquadrati e stabili/instabili)

Stadio C): pazienti con alterazioni strutturali cardiache e sintomi di scompenso cardiaco, che rispondono al trattamento terapeutico - classe NYHA I-II-III stabile.

Stadio D): pazienti con SC grave che necessitano di particolari trattamenti intraospedalieri - Instabilità: classe NYHA III instabile e classe NYHA IV.

Ad ogni profilo di rischio verrà applicato un percorso assistenziale specifico.

Fase 2 - Arruolamento e presa in carico

Arruolamento degli specialisti e MMG

Identificazione di specialisti, MMG e/o FARMACIE da inserire nella piattaforma di telemedicina.

Gli stessi poi beneficeranno di un periodo di formazione all'utilizzo dei sistemi informatici (piattaforma di telemedicina) e dei vari devices presi in consegna

Arruolamento dei pazienti

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).

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.

Fase 3 - Modello organizzativo e definizione del percorso assistenziale

Arruolamento 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, contatta il pz e si valuterà una variazione terapeutica o per una consulenza cardiologica urgente, anche valutando 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 device per effettuare i controlli periodici stabiliti dai protocolli sottoscritti. (Elettrocardiografo, monitor multiparametrico, Holter ecg)

Assieme alla consegna verrà effettuata la formazione su utilizzo e manutenzione.

Ai pazienti verranno invece consegnati i devices per effettuare l'autoanalisi domiciliare (home monitoring)(Sfigmomanometro, Pulsossimetro, Bilancia).

Assieme alla consegna verrà effettuata la formazione su utilizzo e manutenzione.

Tecnologia ad uso

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 viene 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 il presente intervento. I costi da sostenere riguarderanno attività di hosting, manutenzione, reportistica e specifiche verticalizzazione che si renderanno necessarie per lo sviluppo dell'intervento.

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 medicali in dotazione a MMG e/o FARMACIE e pazienti arruolati, saranno acquisiti tramite altre fonti di finanziamento (come le risorse per MMG previste nella legge di stabilità, linee di PSN) per in disponibilità per il progetto

Assegnati ad uso dei pazienti oggetto dello studio

Sfigmomanometro (n.500)

Pulsossimetro (n.500)

Bilancia (n.500)

Assegnati ad uso di infermiere o tecnico di cardiologia con competenze in ecocardiografia

Elettrocardiografo portatile (n.3)

Analisi di laboratorio

- Esami bioumorali (Emocromo, Azotemia, Creatininemia, Na, K, Glicemia, ALT)
- Esami ematici (Colesterolo totale, Colesterolo HDL, Trigliceridi) verranno effettuati dai laboratori convenzionati collocati nell'area oggetto della sperimentazione

Per detti esami ed altri più approfonditi, saranno a disposizione l'Ospedale di Agnone e i distretti di Frosolone e Trivento come poli di servizio. Nei tre centri, inoltre si prevededi utilizzare unostrumentopoct/selftestingdi autoanalisi per detti esami.

Tutta l'attività progettuale sarà seguita da due animatori territoriali con competenze specifiche sullamateriadi intervento (giovani laureati in medicina) che avranno il compito di seguire l'andamento delle attività, effettuare il reporting periodico sui pazienti, MMG e specialisti evidenziando i punti di forza e di debolezza del sistema, proporre eventuali correttivi da sottoporre al Tavolo di monitoraggio dell'attività composto da:

- Direttore del Dipartimento della Presidenza della Giunta Regionale o suo delegato;
- Direttore Generale della Direzione Generale per la salute della Regione Molise o suo delegato;

		<ul style="list-style-type: none"> • Direttore Generale della ASREM o suo delegato; • Sindaco del Comune Capofila o suo delegato scelto tra i sindaci dei Comuni dell'area Alto Medio Sannio; • Rappresentante dell'Ordine dei farmacisti dell'area o suo delegato; • Rappresentante dei MMG dell'area o suo delegato; • Rappresentante dei pazienti presi in carico • Tecnici che gestiscono la piattaforma di telemedicina. <p>Il Tavolo, opportunamente regolamentato, sarà convocato dalla DG salute anche su sollecitazione di altro componente che ne faccia motivatamente richiesta e si riunirà ogni sei mesi con il compito di analizzare lo stato di avanzamento dell'intervento e porre in essere eventuali adeguamenti laddove necessari, anche di tipo finanziario. Lo stesso Tavolo avrà il compito di porre in essere tutte le azioni necessarie per la sostenibilità nel tempo dell'iniziativa e rimarrà attivo anche dopo la conclusione dell'intervento.</p>
8	Risultati attesi	<p>RA 9.3</p> <p>Aumento/ consolidamento/ qualificazione dei servizi e delle infrastrutture di cura socio-educativi rivolti ai bambini e dei servizi di cura rivolti a persone con limitazioni dell'autonomia e potenziamento della rete infrastrutturale e dell'offerta di servizi sanitari e sociosanitari territoriali.</p>
9	Indicatori di realizzazione e risultato	<p>Numero di cittadini presi in carico (Cod. indicatore AP 800, numero beneficiari/popolazione beneficiaria) Target: 500</p> <p>Cittadini che usufruiscono di servizi di telemedicina (Cod. indicatore AP 6007, Cittadini che usufruiscono di servizi di telemedicina in percentuale sulla popolazione residente) Baseline: 0% Target: 2%</p>
10	Modalità previste per le procedure di gara	<p>Incarichi di servizio al personale interno e incarichi esterni a professionalità esterne, nel rispetto delle disposizioni vigenti. Acquisizione dei servizi secondo modalità stabilite dalle disposizioni normative vigenti. Riferimento normativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • D.Lgs. n. 50/2016 modificato ed integrato dal D.Lgs 56/2017 e s.m.i. • D.Lgs. 165/2001 e s.m.i.
11	Progettazione necessaria per l'avvio dell'intervento	Livello Unico di Progettazione.
12	Progettazione attualmente disponibile	Livello Unico di Progettazione.
13	Soggetto attuatore	Direzione Generale per la salute della Regione Molise
14	Responsabile dell'attuazione/ RUP	Direttore pro-tempore della Direzione Generale per la salute della Regione Molise

Tipologie di spesa

Voci di spesa	Descrizione	Costo in euro
Costi del personale		
Opere civili		
Opere di riqualificazione ambientale		
Imprevisti		
Oneri per la sicurezza		
Acquisto terreni		
Acquisto beni/forniture	<p>Piattaforma di telemedicina a governo delle informazioni e creazione delle cartelle cliniche personali mediante cloud computing.</p> <p style="text-align: right;">Costo: 140.000,00 euro</p>	140.000,00
Acquisizione servizi	<p>Formazione sul territorio all'utilizzo della piattaforma e dei device Costo: 500ore x 60,00 euro/ora = 30.000,00euro</p> <p>Centro di ascolto UOC di cardiologia ASREM al quale si aggiunge supporto di specialista dietologo che segue pazienti arruolati nel percorso Costo: circa 1616 ore x 60,00 euro/ora = 97.000,00 euro</p> <p>Attività di animazione territoriale svolta da tre giovani laureati in scienze infermieristiche e/o medicina che avranno il compito di seguire l'andamento delle attività, effettuare il reporting periodico e gestire la fase dimissioni ospedale-territorio. Costo: 826 gg/uomo x 200,00 euro/giorno = 165.200,00 euro</p> <p>Attività di ginnastica adattata svolta sul territorio e/o gruppi di cammino Costo: 18.000,00 euro</p>	310.200,00
Spese pubblicità	<p>Sensibilizzazione, divulgazione delle attività e restituzione dei risultati.</p> <p style="text-align: right;">Costo: 10.000,00 euro</p>	10.000,00
Spese generali	Conduzione dell'attività, RUP, monitoraggio e altro (nei limiti del 2% delle spese complessive).	6.800,00
Totale parziale		467.000,00
Iva (22%)	Sono fuori campo IVA le spese generali ed i servizi.	33.000,00
Totale complessivo		500.000,00

Cronoprogramma

Fasi	Data inizio prevista	Data fine prevista
Fattibilità tecnica ed economica/ Progettazione unica	01/06/2021	30/06/2021
Progettazione definitiva	---	---
Progettazione esecutiva		
Pubblicazione bando / Affidamento lavori/Servizi	01/07/2021	31/08/2021
Esecuzione	01/09/2021	30/06/2024
Collaudo/funzionalità	01/09/2021	30/06/2024

Cronoprogramma finanziario

Anno	Costo (Iva inclusa)
2020	-
2021	50.000,00
2022	200.000,00
2023	200.000,00
2024	50.000,00

1	Titolo intervento	S2 - "SCUOLE CARDIOPROTETTE" DELL'ALTO MEDIO SANNIO
2	Costo e copertura finanziaria	Euro 74.208,00 - Legge di stabilità 2018 (art.1 co 895 e 896) Delibera CIPE 25/10/2018
3	Oggetto dell'intervento	Il progetto prevede iniziative mirate alla prevenzione delle malattie cardiovascolari, nonché alla maggiore sensibilità e diffusione sul territorio della cultura del primo soccorso, coinvolgendo il mondo della scuola, dalle primarie alle superiori.
4	CUP	D59C20000690001
5	Localizzazione dell'intervento	Comuni dell'area Alto Medio Sannio
6	Coerenza programmatica e contestualizzazione dell'intervento	<p>Si calcola che ogni anno in Italia ci siano circa 73.000 casi di arresto cardiaco, cioè 200 al giorno o 1 ogni 7,2 minuti (dati Istituto Superiore Sanità 2010) e che solo il 2% di questi riesca a sopravvivere. Non sono disponibili dati sui casi secondari a traumi come annegamento, soffocamento/intossicazione, elettrocuzione ed avvelenamento da farmaci e/o droghe.</p> <p>Questi eventi accadono per l'80% dei casi in sede extraospedaliera: il 70-80% degli arresti cardiaci avviene in casa e il 15-20% a lavoro o per strada, rappresentando la 1^ causa di morte ed essendo la patologia con i costi sociali più elevati. Spesso questi tragici eventi avvengono in presenza di testimoni che molte volte si limitano ad allertare il soccorso medico d'emergenza.</p> <p>Purtroppo le statistiche evidenziano che, senza un primo soccorso con una rianimazione cardiopolmonare precoce, la percentuale di sopravvivenza della vittima colpita dall'arresto cardiaco non supera il 5%, essendo il tempo di intervento del servizio medico di emergenza 118 (a breve 112) abbondantemente superiore ai 10 minuti.</p> <p>Anche in Italia da alcuni anni sono in atto programmi standardizzati per l'addestramento alla rianimazione cardiopolmonare (RCP) per il personale non sanitario. Questi corsi sono divenuti indispensabili anche a seguito dell'introduzione dell'obbligo, per alcuni soggetti privati e pubblici, di disporre di defibrillatori semiautomatici (AED o DAE) in grado di ripristinare un regolare ritmo cardiaco nella maggior parte dei casi di fibrillazione ventricolare (l'aritmia fatale che è quasi sempre alla base dell'arresto cardiaco).</p> <p>Queste evidenze oggettive hanno come logica conseguenza quella di creare un progetto in cui si preveda la presenza massiccia di defibrillatori semiautomatici e la formazione BLS-D di un numero minimo di operatori che sia in grado di iniziare le manovre di rianimazione in tempi rapidi. Non solo! Spesso la Morte Cardiaca Improvvisa accade nei luoghi pubblici alla presenza di comuni cittadini, famiglie e bambini, con un notevole impatto</p>

		<p>psicologico sulla popolazione.</p> <p>I Comuni dell'Alto e Medio Sannio, considerato l'allarme-target emerso in sede di analisi e diagnosi del territorio SNAI, si trovano dislocati in un territorio che necessita di tenere conto in modo "intelligente" del contesto temporale, geografico ed organizzativo della Regione e, dunque, vede l'esigenza di collocare nelle scuole di questi Comuni dei defibrillatori e formare laici al fine di intervenire precocemente nei casi di emergenza in attesa dell'arrivo dei soccorsi.</p>
7	Descrizione dell'intervento	<p>L'obiettivo principale è quello di promuovere la cultura e la formazione continua al primo soccorso: diffondere la cultura del primo soccorso e i comportamenti da assumere in caso di emergenza a partire dalle scuole dei Comuni sarebbe un obiettivo auspicabile da perseguire per un cambiamento culturale importante.</p> <p>Un servizio di formazione continua, basato su contenuti scientifici esposti adeguatamente con un corso teorico-pratico, di cui l'intero territorio è attualmente sprovvisto. Per tale attività si potrà procedere attraverso il coinvolgimento del Dipartimento emergenza-urgenza di ASREM e di associazioni già presenti sul territorio che hanno già svolto attività sul territorio dell'area interna Alto Medio Sannio.</p> <p>La finalità è quella di fornire alle scuole dell'Alto Medio Sannio di defibrillatori per creare strutture scolastiche cardioprotette.</p> <p>L'obiettivo è quello di mettere a disposizione degli studenti innanzitutto, e dei cittadini poi, tutti gli strumenti necessari per intervenire in caso di emergenza, tenendo conto in modo "intelligente" del contesto temporale, geografico ed organizzativo.</p> <p>L'idea è quella di realizzare scuole cardioprotette che vedranno l'intervento dei cittadini stessi a favore di una persona e/o bambini in caso di emergenza e mettere in atto le manovre salvavita in attesa dei soccorsi.</p> <p>Progetti di questo tipo garantirebbero al sistema di emergenza territoriale di aumentare in modo esponenziale la percentuale di successo in caso di emergenza con un notevole impatto sociale.</p> <p>I precedenti studi hanno dimostrato che i bambini e gli adolescenti dai 5 ai 18 anni sono in grado di imparare determinate tecniche di primo soccorso e che questa formazione è utile per aumentare la loro fiducia.</p> <p>Si intende sviluppare un percorso formativo mediante manuali evidence-based, adatti a diverse fasce di età:</p> <ul style="list-style-type: none"> • per i bambini e i ragazzi dalle scuole materne che vengono incoraggiati a imparare e conoscere per sé (prevenzione); • per i ragazzi delle scuole medie che conoscono per fare (intervento); • per i ragazzi delle scuole superiori che insegnano agli altri (diffusione).

		<p>Materiale didattico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Slides per la spiegazione teorica: dalla prevenzione all'azione; • Manuale a fumetti studiato in base all'età degli studenti; • Video e manichini per addestramento pratico; • Trainer per simulazioni. <p>Apparecchiature utilizzate:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Defibrillatore Samaritan 350P semiautomatico, o altro equivalente, con garanzia di 8 anni (in caso di guasto vengono sostituiti nuovi) certificato a livello internazionale; • sostituzione batteria e piastre unica cartuccia PAD PAK ogni 4 anni con minor costo sul mercato (vedi ultimo punto relativo al PAD PAK); • Massima facilità di utilizzo con guida vocale e visiva con un peso molto ridotto pes (solo 1,1 Kg) e dimensioni ridotti e massima resistenza ad urti, vibrazioni e condizioni ambientali (unico con certificato IP56 per la protezione da polveri e forti getti d'acqua compreso acqua di mare); • programma Forward Hearts che prevede i consumabili gratuiti per i defibrillatori usati in reali casi di emergenza e la donazione di un defibrillatore per ogni vita salvata; • corredato di borsa da trasporto - dotato di predisposizione per telecontrollo; • manutenzione: i Samaritan si autotestano automaticamente e con spia luminosa e beep acustici segnalano eventuali approssimarsi di scadenze piastre e batterie e l'unico DAE che avverte con 3 beep se le temperature non sono adeguate. • RANGE DI TEMPERATURA -10° A +50° (sia del DAE che piastre e batteria). <p>La cartuccia Pad-Pak (che comprende elettrodi e batteria in un unico componente) permette di avere un'unica data di scadenza. Dopo l'uso oppure dopo 4 anni dalla data di produzione, si sostituisce la cartuccia con ripristino istantaneo dell'operatività della macchina</p> <p>Si prevede la fornitura di materiale didattico per la formazione tecnica al personale, trainer con lezioni teorico-pratiche dimostrative in modo da poter effettuare simulazioni realistiche che facilitano l'approccio semplificando l'apprendimento degli studenti e degli operatori.</p>
8	Risultati attesi	<p>RA 9.3</p> <p>Aumento/ consolidamento/ qualificazione dei servizi e delle infrastrutture di cura socio-educativi rivolti ai bambini e dei servizi di cura rivolti a persone con limitazioni dell'autonomia e potenziamento della rete infrastrutturale e dell'offerta di servizi sanitari e sociosanitari territoriali.</p>

9	Indicatori di realizzazione e risultato	Numero di studenti e personale docente e ATA coinvolto (Cod. indicatore AP 800, numero beneficiari/popolazione beneficiaria) Target: 1000 Disponibilità dei presidi sanitari salvavita (Cod. indicatore AP 6008, Numero di presidi sanitari salvavita sulla popolazione residente) Baseline: 1/1000 Target: 1/600
10	Modalità previste per le procedure di gara	Acquisizione di beni e servizi secondo le disposizioni del D.Lgs. n. 50/2016 modificato ed integrato dal D.Lgs 56/2017 e s.m.i.
11	Progettazione necessaria per l'avvio dell'intervento	Livello Unico di Progettazione.
12	Progettazione attualmente disponibile	Scheda progetto
13	Soggetto attuatore	Direzione Generale per la salute della Regione Molise
14	Responsabile dell'attuazione/ RUP	Direttore pro-tempore della Direzione Generale per la salute della Regione Molise

Tipologie di spesa

Voci di spesa	Descrizione	Costo in euro
Costo personale		
Opere civili		
Opere di riqualificazione ambientale		
Imprevisti		
Oneri per la sicurezza		
Acquisto terreni		
Acquisto beni/forniture	<u>Materiale specifico per le scuole</u> (samaritan pad 350p, o altro equivalente, pad-pak, defibrillatore trainer 500p, kit completo per dae, armadietto per interno, manichino rcp "practi-man" advanced con borsa da trasport, targa algoritmo 42x42) Costo: 1.877,20 a kit x 22 plessi = 41.298,40 euro	41.298,40
Acquisizione servizi	Corsi teorico-pratici. <ul style="list-style-type: none"> • Corso BLS adulto • Corso BLS-D adulto (utilizzo del DAE) • Corso PBLs (BLS pediatrico) • Corso PBLs-D (utilizzo DAE per bambini) • Disostruzione delle vie aeree. Consegna di kit didattico completo e rilascio del certificato e tessera di abilitazione all'utilizzo del DAE.	18.900,00

	Costo corso per adulti: 150,00 euro/persona x 110 (5 persone x 22 plessi) = 16.500,00 euro Costo per alunno: 2,00 euro/alunno x 1200 alunni (100 alunni x 6 Istituti comprensivi presenti nell'area x 2 anni) = 2.400,00 euro	
Spese pubblicità	Brochures, pubblicità, adesivi, sito internet, etc.	3.923,95
Spese generali	Conduzione dell'attività, RUP, monitoraggio e altro (nei limiti del 2% delle spese complessive).	1.000,00
Totale parziale		65.122,35
Iva (22%)	Le voci "acquisizione dei servizi", "spese pubblicità" e "spese generali" sono fuori campo IVA.	9.085,65
Totale complessivo		74.208,00

Cronoprogramma

Fasi	Data inizio prevista	Data fine prevista
Fattibilità tecnica ed economica/ Progettazione unica	01/01/2021	30/06/2021
Progettazione definitiva	---	---
Progettazione esecutiva		
Pubblicazione bando / Affidamento lavori/Servizi	01/07/2021	31/08/2021
Esecuzione	01/09/2021	31/12/2023
Collaudo/funzionalità	01/09/2021	31/12/2023

Cronoprogramma finanziario

Anno	Costo (Iva inclusa)
2020	-
2021	29.208,00
2022	45.000,00

1	Titolo intervento	M1 – POTENZIAMENTO DEI SERVIZI DI MOBILITA' DAVERSO L'AREA
2	Costo e copertura finanziaria	284.773,00 euro Legge di stabilità 2018 (art.1 co 895 e 896) Delibera CIPE 25/10/2018
3	Oggetto dell'intervento	Attivazione servizio di trasporto pubblico locale
4	CUP	-
5	Localizzazione dell'intervento	Comuni dell'area Alto Medio Sannio e poli urbani di servizi
6	Coerenza programmatica e contestualizzazione dell'intervento	L'intervento sul TPL risponde all'esigenza di dare un maggiore servizio all'utenza scolastica, alla popolazione anziana e ai lavoratori pendolari. Aumentare il numero delle corse di collegamento interno, con particolare attenzione per i centri scolastici di Agnone, Frosolone e Trivento e con i maggiori poli erogatori di servizi quali Campobasso, è condizione necessaria per motivare la permanenza nell'area interna e far sentire i cittadini ben collegati con i servizi primari. Poter fruire di un collegamento efficiente aiuterà negli spostamenti, ma anche nella possibilità di svolgere attività che vanno nella direzione dell'inclusione e del benessere.
7	Descrizione dell'intervento	<p>I collegamenti rispondono alle esigenze di connettere Comuni interessati da una mobilità "non sistemica" verso poli urbani, assi di fondovalle e poli scolastici.</p> <p>I servizi saranno attivati dalle aziende di servizio, territorialmente competenti, già concessionarie di TPL della Regione Molise.</p> <p>A regime i servizi sperimentati in ambito SNAI, qualora efficaci, saranno integrati nella gestione del TPL (analizzati i costi effettivi e le tariffe applicate, si potrebbero individuare in futuro ambiti di compensazione).</p> <p>Si prevedono linee di trasporto di collegamento Agnone-Trivento-Campobasso e Frosolone-Trivento, articolate sui tre sub ambiti territoriali di riferimento.</p> <p>Sulla base delle linee di collegamento attualmente in esercizio nell'area, le linee di progetto si pongono l'obiettivo di colmare due principali criticità:</p> <ul style="list-style-type: none"> - il collegamento Agnone – Campobasso non è diretto ed ha orari non rispondenti alle esigenze (esiste una linea unica in andata con partenza da Agnone alle 6.00 e arrivo alle 8.50 e ritorno con partenza 14.10 e arrivo alle 16.00); - il collegamento tra i tre Comuni erogatori di servizi dell'Area (Agnone, Frosolone e Trivento) è insufficiente ed in alcuni casi assente. <p>L'utenza target interessata dalle linee da attivare sono studenti, pendolari e utilizzatori di servizi di rango superiore presenti nel polo urbano di Campobasso come ad esempio l'Università.</p> <p>Per arrivare alla definizione degli interventi è necessario fare ulteriori considerazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - da Trivento a Campobasso i collegamenti sono frequenti, pertanto può essere utilizzato come hub, per determinati orari, per il collegamento Agnone-Campobasso;

		<p>- il collegamento Frosolone-Campobasso è frequente per cui non c'è bisogno di intervenire con linee suppletive.</p> <p>Dall'analisi esposta, le linee di collegamento da effettuarsi, nel periodo scolastico, sono le seguenti:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Trivento-Agnone con un percorso andata ed un ritorno in coerenza con gli orari scolastici, il ritorno avrà coincidenza con la linea pomeridiana che parte da Trivento per Campobasso; 2. Agnone-Campobasso con un percorso diretto in andata e ritorno con orario mattutino in andata verso Campobasso e ritorno in serata; 3. Frosolone-Trivento con una coppia di corse da effettuarsi in orario scolastico. <p>E' previsto un percorso chilometrico annuo di 72.480 km (16.000 per la prima linea, 32.000 per la seconda linea e 24.480 per la terza) per un totale di 200 giorni/anno. Il costo stimato è di 1,93 euro/km onnicomprensivo (desunto dai contratti di servizio della Regione Molise). La durata è di due anni di cui 12 mesi di sperimentazione, i costi del servizio saranno sostenuti per i successivi anni dalla Regione Molise.</p> <p>I servizi di trasporto attivati dovranno soddisfare le esigenze dell'utenza e raggiungere un numero di trasportati tali da rendere sostenibile il servizio. La sostenibilità dei servizi attivati verrà valutata nei trimestri del primo anno di sperimentazione, qualora non si raggiunga il risultato atteso uno o più servizi verrà revocato a favore di eventuali altri servizi rilevati dalla Conferenza degli Amministratori.</p>
8	Risultati attesi	<p>RA 7.3</p> <p>Miglioramento della mobilità regionale, integrazione modale e miglioramento dei collegamenti multimodali</p>
9	Indicatori di realizzazione e risultato	<p>Servizi attivati (Cod. indicatore AP 914, progettazione e realizzazione di servizi) Target: 3</p> <p>Distanza media in minuti dei comuni non polo al polo più vicino (Cod. indicatore AP 6003, Media delle distanze calcolate in minuti di percorrenza in auto, dei comuni dell'area rispetto al polo di riferimento individuato rispetto alla classificazione aree interne) Baseline: 80 Target: 50</p>
10	Modalità previste per le procedure di gara	Affidamento del servizio ai sensi dell'art. 5 comma 4 del Regolamento CE 1370/2007 sull'affidamento del servizio di trasporto passeggeri.
11	Progettazione necessaria per l'avvio dell'intervento	Livello di progettazione unico (Programma di esercizio)
12	Progettazione attualmente disponibile	Livello di progettazione unico (Programma di esercizio)
13	Soggetto attuatore	Regione Molise - Servizio mobilità.
14	Responsabile dell'attuazione/ RUP	Dirigente pro-tempore - Servizio mobilità.

Tipologie di spesa

Voci di spesa	Descrizione	Costo in euro
Opere civili		
Opere di riqualificazione ambientale		
Imprevisti		
Oneri per la sicurezza		
Acquisto terreni		
Acquisto beni/forniture		
Acquisizione servizi	Costi di servizio per l'attivazione del TPL (72.480 km/anno * 2 anni = 144.960 km * 1,93 euro/km = 279.772,80 euro)	279.772,80
Spese pubblicità		5.000,20
Totale parziale		284.773,00
Iva (22%)		
Totale complessivo		284.773,00

Cronoprogramma

Fasi	Data inizio prevista	Data fine prevista
Fattibilità tecnica ed economica/ Progettazione unica	01/11/2020	30/11/2020
Progettazione definitiva	---	---
Progettazione esecutiva		
Pubblicazione bando / Affidamento lavori/Servizi	01/04/2021	31/08/2021
Esecuzione	01/09/2021	30/06/2024
Collaudo/funzionalità	01/09/2021	30/06/2024

Cronoprogramma finanziario

Anno	Costo (Iva inclusa)
2020	-
2021	30.000,00
2022	100.000,00
2023	100.000,00
2024	54.773,00

1	Titolo intervento	M2 – PROLUNGAMENTO DEL TRASPORTO PUBBLICO LOCALE IN AREA INDUSTRIALE
2	Costo e copertura finanziaria	81.825,00 euro Legge di stabilità 2018 (art.1 co 895 e 896) Delibera CIPE 25/10/2018
3	Oggetto dell'intervento	Attivazione servizio di trasporto pubblico locale
4	CUP	D79C200000310001
5	Localizzazione dell'intervento	Area strategica Alto Medio Sannio
6	Coerenza programmatica e contestualizzazione dell'intervento	Prolungare il servizio di TPL per garantire ai lavoratori dell'Area interna molisana il raggiungimento di tutte le fabbriche della zona industriale di Val di Sangro in Abruzzo con il mezzo pubblico. Il servizio di trasporto viene prolungato, con funzioni di circolare, a servizio dei "lavoratori" che devono raggiungere le aziende non servite da servizio di trasporto pubblico.
7	Descrizione dell'intervento	<p>Il bacino industriale della Val di Sangro (localizzato in Provincia di Chieti in Abruzzo) è uno dei principali del Centro Sud Italia, con la presenza di Grandi Imprese multinazionali dell'automotive quali Sevel (joint venture FCA-Peugeot-Citroen per la produzione del veicolo di trasporto leggero Ducato) e Honda (produzione di motoveicoli di piccola cilindrata) ed una rete di aziende sub-fornitrici con un numero di addetti che complessivamente ammonta a circa 20.000. Gli addetti provengono, oltre dall'Abruzzo, dal Molise e dalla Puglia. Quotidianamente, si muovono dal Molise verso il Polo produttivo di Val di Sangro circa 600 addetti di cui oltre un terzo provenienti dall'Area Alto Medio Sanno. A questi numeri bisogna sommare chi è costretto a muoversi con mezzi privati perché il servizio di TPL non copre la destinazione produttiva da raggiungere. Le linee di trasporto provenienti dal Molise sono organizzate per raggiungere le due Grandi Imprese e le aziende che si trovano in prossimità, lasciando insoddisfatta la domanda di mobilità pubblica degli addetti di piccole aziende presenti nel bacino di Val di Sangro. Questi ultimi sono costretti a utilizzare i mezzi privati per raggiungere i luoghi di lavoro, con notevole incidenza sui costi di trasporto e sulla sicurezza stradale. L'intervento prevede il prolungamento del trasporto pubblico nell'area produttiva di Val di Sangro, per gli addetti provenienti dal Molise, così da garantire ai lavoratori, negli orari di cambio turno (6-14-22), di raggiungere tutte quelle fabbriche non servite da TPL. Saranno attivate "circolari" che serviranno tutte le aziende presenti nella zona industriale. Le linee di lunga percorrenza provenienti dal Molise arriveranno tutte al terminal posto davanti ai cancelli di ingresso di Sevel dove, ci sarà la discesa solo degli addetti Sevel. Tre dei pullman che arrivano dal Molise saranno utilizzati come circolari e vi saliranno gli addetti che dovranno raggiungere le altre aziende presenti nella zona industriale di Val di Sangro, ottimizzando così i tempi e il personale dei vettori.</p> <p>Considerati i cambi turno diversi tra Sevel e le altre aziende, si</p>

		<p>prevede la seguente organizzazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • arrivo terminal bus Sevel alle 5.40 - 13.40 - 21.40; • partenza delle tre circolari allo stesso orario di cui sopra; • ritorno al terminal bus alle 6.15 – 14.15 – 22.15 per la ripartenza verso il Molise. <p>I tre percorsi previsti hanno una lunghezza di circa 7 km il primo, 9 km il secondo e 11 Km il terzo per un complessivo di 27 km a turno; la durata della corsa varia tra gli 8 e i 12 minuti sia all'andata che al ritorno assicurando il rispetto dell'orario di ingresso e uscita dalle aziende. Quotidianamente, considerati i tre turni, si avrà una percorrenza di 81 km totale che, moltiplicata per 250 giorni lavorativi e per due anni di sperimentazione si avrà un complessivo di 40.500 km. Il costo del servizio è pari a 1,93 euro/km (come da tariffe Regione Molise), per cui il costo complessivo è pari a 78.165,00 euro.</p> <p>A regime i servizi sperimentati in ambito SNAI, qualora efficaci, saranno integrati nella gestione del TPL.</p>
8	Risultati attesi	<p>RA 7.3 Miglioramento della mobilità regionale, integrazione modale e miglioramento dei collegamenti multimodali</p>
9	Indicatori di realizzazione e risultato	<p>Servizi attivati (Cod. indicatore AP 914, progettazione e realizzazione di servizi) Target: 3</p> <p>Disponibilità di servizi di TPL su gomma di connessione al polo locale (Cod. indicatore AP 6002, Numero medio giornaliero di corse medie al giorno offerte dal TPL su gomma dai comuni dell'area al polo territoriale per 1.000 abitanti) Baseline: 3 Target: 9</p>
10	Modalità previste per le procedure di gara	Affidamento del servizio ai sensi dell'art. 5 comma 4 del Regolamento CE 1370/2007 sull'affidamento del servizio di trasporto passeggeri.
11	Progettazione necessaria per l'avvio dell'intervento	Livello Unico di Progettazione
12	Progettazione attualmente disponibile	Programma di esercizio
13	Soggetto attuatore	Regione Molise - Servizio mobilità.
14	Responsabile dell'attuazione/ RUP	Dirigente pro-tempore - Servizio mobilità.

Tipologie di spesa

Voci di spesa	Descrizione	Costo in euro
Opere civili		
Opere di riqualificazione		

ambientale		
Imprevisti		
Oneri per la sicurezza		
Acquisto terreni		
Acquisto beni/forniture		
Acquisizione servizi	Costi di servizio per il prolungamento del TPL (81 km/giorno * 250 giorni * 2 anni = 44.500 km * 1,93 euro/km = 78.165,00 euro)	78.165,00
Spese pubblicità		3.700,00
Totale parziale		81.825,00
Iva (22%)		
Totale complessivo		81.825,00

Cronoprogramma

Fasi	Data inizio prevista	Data fine prevista
Fattibilità tecnica ed economica/ Progettazione unica	01/11/2020	30/11/2020
Progettazione definitiva	---	---
Progettazione esecutiva		
Pubblicazione bando / Affidamento lavori/Servizi	01/02/2021	30/04/2021
Esecuzione	01/06/2021	30/06/2023
Collaudo/funzionalità	01/06/2021	30/06/2023

Cronoprogramma finanziario

Anno	Costo (Iva inclusa)
2020	-
2021	41.825,00
2022	40.000,00

1	Titolo intervento	OC 2 b) - POLITICHE ATTIVE PER IL LAVORO E PERCORSI DI SOSTEGNO
2	Costo e copertura finanziaria	<p>Euro 477.556,00</p> <p>Copertura Finanziaria</p> <ul style="list-style-type: none"> - Azione 7.1.1 "Sostegno alle persone in condizione di temporanea difficoltà economica anche attraverso il ricorso a strumenti di ingegneria finanziaria, tra i quali il microcredito e strumenti rimborsabili, eventualmente anche attraverso ore di lavoro da dedicare alla collettività - Programma Operativo Complementare POC Molise 2014-2020 (€ 312.462,00) - Azione 6.2.1 Programma Operativo Complementare POC Molise 2014-2020 (€ 64.390,00) - Azione 7.3.1 – FSC ex POR Molise FESR FSE 2014-2020 (€ 100.704,00)
3	Oggetto dell'intervento	<p>L'intervento è finalizzato alla creazione di progetti di innovazione sociale e di accompagnamento alla creazione di impresa finalizzati a rispondere all'emergenza occupazionale in particolare del modo giovanile, contrastando anche il fenomeno dei NEET,.</p> <p>I progetti di innovazione sociale da selezionare nell'ambito della strategia d'area Alto Medio Sannio risponderanno ai principali bisogni espressi dall'area in relazione a:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) ambiente e la gestione delle risorse naturali b) patrimonio culturale; c) invecchiamento della popolazione; d) il welfare; e) servizi della pubblica amministrazione; f) la tutela della salute; g) la formazione e l'educazione scolastica; h) la sicurezza e la mobilità. <p>L'obiettivo è quello di attivare interventi che contribuiscano ad innalzare le opportunità di inserimento socio lavorativo del target giovanile particolarmente svantaggiato.</p> <p>Le azioni innovative attivate consentiranno di impattare sensibilmente su queste realtà, per conseguire un effettivo miglioramento della qualità della vita di tutta la comunità, soprattutto di quei soggetti che, al suo interno, vivono situazioni svantaggiate e di disagio sociale.</p> <p>Inoltre affinché il settore dell'economia sociale e delle imprese sociali in particolare assuma una configurazione professionale e organizzativa maggiorante rispondente alla complessità della domanda di servizi che le continue trasformazioni sociali determinano, la regione intende sostenere e finanziare progetti di formazione e consulenza gestionale ed organizzativa.</p> <p>Il progetto prevede altresì l'attivazione di una linea di intervento a sostegno delle categorie svantaggiate attraverso l'attivazione di tirocini formativi.</p>
4	CUP	n.d.
5	Localizzazione dell'intervento	Comuni dell'Area Alto Medio Sannio
6	Coerenza programmatica e contestualizzazione dell'intervento	<p>L'idea guida della strategia d'area Alto Medio Sannio individua nei cittadini e nelle imprese i custodi di una cultura produttiva secolare, strettamente connessi con la storia identitaria dei luoghi, ma aperta a nuovi mercati, a nuove tecnologie e a nuovi servizi.</p> <p>D'altro canto, però, il territorio continua a perdere abitanti. Sono proprio gli attori locali che intendono dichiarare "guerra allo</p>

		<p>spopolamento” attraverso azioni mirate che possano garantire il potenziamento dei servizi essenziali per i cittadini (istruzione, salute, mobilità) e attraverso un piano-programma per il “re-insediamento umano”.</p> <p>Per vincere la sfida bisogna fare leva su una strategia attrattiva che punti su un ambiente incontaminato e naturale protetto, su luoghi della cultura di pregio e su un saper fare locale basato su agricoltura e artigianato. La Strategia d’Area si muove lungo queste direttrici fortemente integrate tra loro, in particolare:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● filiere produttive e qualità, come apertura verso nuovi orizzonti del futuro, si pensi alla catena pastorizia-allevamento-latte-cibo che va spiegata e raccontata così da creare consapevolezza circa la sua unicità e profonda connessione col territorio; ● valorizzazione e promozione del territorio”, preservare l’ambiente e promuovere una gestione fondata sulla valorizzazione del patrimonio naturale; ● turismo esperienziale legato alla ruralità, alla natura e alla cultura, che può rappresentare lo strumento e la linea di azione per invertire le tendenze in atto, puntando sulle bellezze inedite e poco conosciute dell’Area; ● sapere e cittadinanza, per sostenere le persone che vogliono rimanere sul territorio. <p>Nell’ambito della strategia d’area Alto Medio Sannio il tema occupazione risulta di primaria importanza e strategicamente funzionale ad una cittadinanza attiva e propositiva. L’intervento si pone in sinergia e complementarità con le azioni del GAL Alto Molise, finalizzate a sostenere gli interventi di start-up di Cooperative di Comunità che valorizzino le comunità locali, stimolando l’autonomia e l’organizzazione dei cittadini. Sulle esperienze già attive in diverse aree del paese, si intende promuovere la nascita e la diffusione di questo modello d’impresa che, peraltro, nell’area ha avuto avvio nel Comune di Castel del Giudice.</p>
7	Descrizione dell’intervento	<p>L’intervento è a regia regionale ed è attuato direttamente dalla Regione Molise, attraverso l’emanazione di un Avviso Pubblico articolato in due linee di intervento finalizzate a:</p> <p>a) Linea di intervento A: finanziare progetti di innovazione sociale del valore minimo (in termini di spesa ammissibile) di € 15.000,00 fino ad un massimo di € 30.000,00. I progetti di innovazione sociale dovranno riguardare le aree di intervento di seguito elencate:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valorizzazione delle pratiche di economia civile; - Co-Working: uno spazio fisico per una community dinamica e mutevole; - Sperimentazione di modelli innovativi di servizi collaborativi rivolti a cittadini con fragilità sociale, anziani, famiglie monoparentali con figli a carico; - Sperimentazione di modelli innovativi di inclusione socio lavorativa di persone diversamente abili; - Servizi di assistenza leggera di prossimità (comunità solidali, costruzioni di reti di famiglie solidali, social street, etc); - Servizi di orientamento e benessere, anche attraverso l’utilizzo di nuove tecnologie ICT, per cittadini con necessità speciali e/o fragilità sociale, come prevenzione alla dipendenza sociale o per

		sostenere l'uscita dai circuiti di assistenza. b) Linea di intervento B: finanziare attività di formazione e consulenza gestionale ed organizzativa finalizzata a: - consolidare e incrementare il numero e la qualità degli inserimenti lavorativi di persone svantaggiate; - favorire il passaggio dei soggetti svantaggiati da forme di lavoro "protetto" all'interno d'impresе sociali, attraverso il sostegno alla realizzazione di piani di sviluppo e di rilancio di impresa sociale in funzione di un miglior posizionamento nel mercato e di una maggiore sostenibilità delle attività imprenditoriali. L'importo di tali attività dovrà avere un valore minimo di € 5.000 e massimo di € 10.000.
8	Risultati attesi	RA 9.7 Rafforzamento dell'economia sociale
9	Indicatori di realizzazione e di risultato	Progetti finanziati (Cod. indicatore AP 220, Numero di progetti attuati completamente o parzialmente dalle parti sociali o da organizzazioni non governative) Target: 20 Tasso di sopravvivenza attività imprenditoriali/artigianali dopo 12 mesi (Cod. indicatore AP 73R1, Tasso di sopravvivenza attività imprenditoriali/artigianali dopo 12 mesi) Baseline: 81,10% Target: 90%
10	Modalità previste per le procedure di gara	Avviso pubblico a regia regionale
11	Progettazione necessaria per l'avvio dell'affidamento	Livello unico di progettazione
12	Progettazione attualmente disponibile	Relazione illustrativa preliminare alla pubblicazione dell'avviso.
13	Soggetto attuatore	Regione Molise
14	Responsabile dell'Attuazione/RUP	Il responsabile del procedimento è individuato nel Direttore Pro-tempore dei competenti Servizi Regionali (attualmente Servizio Supporto all'Autorità di Gestione del POR FESR-FSE in materia di aiuti).

Tipologie di spesa

Voci di spesa	Descrizione	Costo in euro
Costi del personale		
Spese notarili		
Spese Tecniche		
Opere civili		
Opere di riqualificazione ambientale		
Imprevisti		
Oneri per la sicurezza		
Acquisto terreni		
Acquisto beni/forniture		
Acquisizione servizi		
Spese pubblicità		
	Dotazione Avviso Pubblico	€ 477.556,00
	Totale complessivo	€ 477.556,00

Cronoprogramma

Fasi	Data inizio prevista	Data fine prevista
Fattibilità tecnica ed economica/ Progettazione unica	15/06/2020	28/07/2020
Progettazione definitiva		
Progettazione esecutiva		
Pubblicazione bando / Affidamento lavori/Servizi	01/09/2020	30/11/2020
Esecuzione	1/02/2021	31/12/2022
Collaudo/funzionalità		

Cronoprogramma finanziario

Anno	Costo (Iva inclusa)
2021	80.000,00
2022	300.000,00
2023	97.556,00