

A Kent'Annos in Salute

Documento di sintesi del progetto

*PNRR – Missione 6 Salute – Sub-investimento 1.2.3
"Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici"*

Sommario

Sommario

1. Introduzione	3
2. Approccio metodologico	3
3. Sintesi Cronoprogramma.....	4
4. Piano Tecnico	4
5. Monitoraggio e KPI.....	4
6. Scalabilità, sostenibilità del modello progettuale e risultati attesi.....	5

1. Introduzione

Il progetto **“A Kent’Annos in Salute”** (“A cent’anni in salute”) è una sperimentazione regionale promossa da ARES Sardegna nell’ambito del PNRR – Missione 6 Salute, Sub-investimento 1.2.3 “Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici”, finalizzata alla definizione e alla validazione di **un modello innovativo di presa in carico integrata della popolazione anziana fragile**.

La sperimentazione coinvolgerà **1.410 Grandi Anziani** residenti nel territorio regionale e si propone di sviluppare un modello assistenziale domiciliare, multidisciplinare e centrato sulla persona, capace di integrare servizi sanitari, sociali e di comunità attraverso **l’impiego della telemedicina** e delle tecnologie digitali.

L’intervento nasce per rispondere alle sfide poste dall’invecchiamento della popolazione e dall’aumento della complessità dei bisogni assistenziali, promuovendo **percorsi personalizzati orientati alla prevenzione del declino cognitivo e funzionale, al miglioramento dell’aderenza terapeutica e al contrasto dell’isolamento sociale**, con l’obiettivo di favorire la permanenza dell’anziano al domicilio, migliorarne la qualità della vita e rafforzare la continuità assistenziale.

La realizzazione della sperimentazione richiede una **collaborazione tra ARES Sardegna e le Aziende Socio-Sanitarie Locali (ASL)**, finalizzata a favorire l’integrazione del modello sperimentale con la rete territoriale dei servizi sanitari e sociosanitari e ad accompagnarne l’attuazione nei diversi contesti organizzativi.

Il coinvolgimento delle ASL sarà orientato al raccordo con i servizi territoriali, all’individuazione di referenti aziendali e alla condivisione degli elementi organizzativi necessari alla realizzazione della sperimentazione.

La sperimentazione sarà accompagnata da un sistema strutturato di **monitoraggio e valutazione degli esiti, secondo i principi della Value Based Healthcare (VBHC) e del Model for Assessment of Telemedicine (MAST)**, con l’obiettivo di verificarne l’efficacia clinica, organizzativa e sociale e di predisporre le condizioni per una successiva estensione del modello nell’ambito del Servizio Sanitario Regionale.

2. Approccio metodologico

Il progetto “A Kent’Annos in Salute” adotta un modello organizzativo integrato, finalizzato alla presa in carico multidimensionale della popolazione anziana fragile, basato sui **principi di prossimità, continuità assistenziale, integrazione sociosanitaria** e centralità della persona. Il modello valorizza la rete territoriale dei servizi e le infrastrutture digitali regionali, favorendo la collaborazione tra professionisti sanitari, servizi sociali e comunità locali. La governance della sperimentazione è affidata ad ARES Sardegna, attraverso una **Cabina di Regia regionale** responsabile dell’indirizzo strategico, del coordinamento, del monitoraggio e della supervisione delle attività. Il **Responsabile Unico del Progetto** assicura il coordinamento amministrativo e gestionale, mentre l’attuazione operativa sarà supportata da **tre équipe multiprofessionali territoriali**, organizzate nelle macro-aree Nord, Centro e Sud Sardegna.

Sarà essenziale il **coinvolgimento delle Aziende Socio-Sanitarie Locali, che contribuiranno al raccordo tra il livello regionale e quello territoriale**, favorendo l’integrazione della sperimentazione con i percorsi assistenziali e le reti di servizio già presenti. A tal fine, ciascuna ASL individuerà uno o più **referenti aziendali** quali punti di collegamento tra il livello regionale e quello locale, con il compito di supportare il confronto organizzativo, facilitare il coinvolgimento dei servizi interessati e accompagnare l’avvio delle attività previste. Il percorso assistenziale prevede **l’individuazione e l’arruolamento degli anziani eleggibili**, la valutazione multidimensionale dei bisogni clinici, funzionali e sociali, la definizione del Piano Assistenziale Individualizzato e l’attivazione degli interventi previsti, con un monitoraggio continuo degli esiti e l’eventuale rimodulazione del percorso in relazione all’evoluzione dei bisogni della persona.

La sperimentazione si sviluppa attraverso tre ambiti di intervento tra loro integrati:

prevenzione del declino cognitivo e funzionale mediante interventi domiciliari e strumenti digitali di supporto; miglioramento dell’aderenza terapeutica attraverso attività di educazione, monitoraggio e semplificazione dei percorsi di cura; contrasto all’isolamento sociale mediante il rafforzamento delle reti di prossimità, il coinvolgimento del Terzo Settore e l’utilizzo di soluzioni di telemedicina e tecnologie per la domiciliarità.

L’intero progetto è supportato da strumenti di project management, monitoraggio e gestione dei rischi che consentono di verificare l’avanzamento delle attività, il raggiungimento degli obiettivi e l’omogeneità dell’attuazione nei diversi territori. La collaborazione tra ARES Sardegna, le ASL e la rete territoriale costituirà un elemento di supporto alla realizzazione della sperimentazione, favorendo l’integrazione tra i diversi livelli assistenziali e contribuendo alla raccolta degli elementi utili alla valutazione del modello e alla sua possibile evoluzione futura.

3. Sintesi Cronoprogramma

La sperimentazione ha una **durata complessiva di 18 mesi**, preceduta da una fase preliminare di avvio amministrativo, ed è articolata in fasi successive che consentono la progressiva implementazione del modello organizzativo, tecnologico e assistenziale. **La fase iniziale** è dedicata alla costituzione della governance del progetto, con l'attivazione del Project Management Office (PMO) e della Cabina di Regia, alla definizione dei protocolli clinico-organizzativi, delle procedure operative standard (SOP), del piano di monitoraggio, del sistema di gestione dei rischi e delle attività di procurement. Contestualmente vengono costituite le équipe multiprofessionali territoriali, definite le modalità organizzative e tecnologiche necessarie all'avvio della sperimentazione e predisposti i percorsi formativi rivolti agli operatori coinvolti. **Successivamente vengono completati il setup tecnologico, il collaudo dell'infrastruttura digitale, l'acquisizione dei dispositivi e l'arruolamento della popolazione target**, attraverso il coinvolgimento della rete territoriale costituita da Medici di Medicina Generale, Case della Comunità, Centrali Operative Territoriali (COT), servizi sociali comunali e altri soggetti della rete assistenziale. Conclusa questa fase prende avvio l'erogazione dei tre percorsi di intervento previsti dal progetto. **La fase centrale della sperimentazione è dedicata alla presa in carico continuativa dei partecipanti, al monitoraggio clinico e sociale mediante strumenti di telemedicina** e alla raccolta sistematica degli indicatori di processo, esito e qualità. L'avanzamento delle attività è accompagnato da monitoraggi periodici dei principali KPI, Stati di Avanzamento Lavori (SAL), valutazioni multidimensionali dei partecipanti e verifiche sulla qualità dei dati, sulla sicurezza informatica e sulla protezione dei dati personali.

Negli ultimi mesi saranno realizzate la valutazione complessiva degli esiti clinici, organizzativi ed economici della sperimentazione, la rendicontazione finale e la definizione del modello di trasferibilità e sostenibilità, al fine di favorirne la progressiva integrazione nell'organizzazione ordinaria del Servizio Sanitario Regionale.

4. Piano Tecnico

Il progetto si basa sull'utilizzo delle **infrastrutture digitali già disponibili o in corso di evoluzione** nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale, con l'**obiettivo di garantire interoperabilità, continuità assistenziale, condivisione delle informazioni e supporto alla gestione dei percorsi di presa in carico**. L'architettura tecnologica sarà definita in coerenza con l'ecosistema digitale regionale, valorizzando le soluzioni esistenti ed evitando la duplicazione di sistemi, attraverso l'integrazione progressiva con le principali piattaforme e fonti informative regionali già disponibili o in corso di evoluzione.

La governance tecnologica è affidata al Dipartimento di Sanità Digitale di ARES Sardegna (SADIT), responsabile del coordinamento dell'architettura applicativa, dell'interoperabilità tra i sistemi, della qualità e disponibilità dei dati, della sicurezza informatica e del supporto tecnico alla realizzazione della sperimentazione.

La componente digitale supporterà i percorsi di presa in carico previsti dal progetto attraverso strumenti di telemedicina, dispositivi di monitoraggio domiciliare e soluzioni digitali rivolte ai diversi ambiti di intervento, quali la prevenzione del declino cognitivo e funzionale, il miglioramento dell'aderenza terapeutica e il contrasto all'isolamento sociale. I dati prodotti nell'ambito della sperimentazione saranno raccolti e utilizzati per il monitoraggio clinico, organizzativo e gestionale, attraverso strumenti di analisi e reportistica a supporto delle équipe territoriali e della governance progettuale. **L'intera infrastruttura tecnologica sarà sviluppata nel rispetto dei principi di protezione dei dati personali, sicurezza informatica, interoperabilità** e utilizzo delle fonti informative primarie, garantendo adeguati livelli di continuità operativa e supporto tecnico per tutta la durata della sperimentazione e favorendo la successiva integrazione del modello nell'organizzazione ordinaria del Servizio Sanitario Regionale.

5. Monitoraggio e KPI

Il progetto prevede un **sistema strutturato di monitoraggio finalizzato a valutare l'andamento della sperimentazione**, l'efficacia degli interventi e il raggiungimento degli obiettivi previsti, favorendo il miglioramento continuo del modello organizzativo.

Particolare attenzione sarà dedicata al mantenimento dell'adesione dei partecipanti lungo l'intero percorso assistenziale, attraverso un approccio personalizzato, il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale, dei caregiver e della rete territoriale dei servizi, nonché attività di accompagnamento all'utilizzo degli strumenti di telemedicina.

Il monitoraggio sarà realizzato mediante un **sistema integrato di Key Performance Indicator (KPI), questionari periodici e strumenti di valutazione degli esiti clinici, organizzativi e assistenziali**, sviluppato secondo i principi della Value Based Healthcare (VBHC) e del Model for Assessment of Telemedicine (MAST).

Gli indicatori consentiranno di verificare l'efficacia della sperimentazione e di individuare tempestivamente eventuali criticità, favorendo l'attivazione di azioni correttive e il progressivo affinamento del modello.

Il sistema di valutazione comprenderà, in particolare, indicatori relativi a:

- livello di adesione e partecipazione degli utenti;
- utilizzo dei servizi di telemedicina;
- efficacia clinica e continuità assistenziale;
- qualità della vita e soddisfazione di pazienti e caregiver;
- andamento organizzativo e avanzamento progettuale.

Le informazioni raccolte saranno rese disponibili attraverso dashboard di monitoraggio a supporto della Cabina di Regia regionale e delle équipe territoriali.

Il sistema di monitoraggio costituirà inoltre uno strumento di supporto alla valutazione finale della sperimentazione e alla definizione delle condizioni organizzative necessarie per la successiva estensione del modello nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale.

6. Scalabilità, sostenibilità del modello progettuale e risultati attesi

L'iniziativa “A Kent’ Annos in Salute” è stata concepita con l'**obiettivo di favorire una progressiva integrazione nel Servizio Sanitario Regionale, valorizzando le infrastrutture organizzative, professionali e digitali già disponibili**. La fase sperimentale consentirà di validare un modello assistenziale innovativo, potenzialmente estendibile ad altri contesti territoriali e ad ulteriori percorsi di presa in carico.

La scalabilità sarà supportata dall'utilizzo dell'infrastruttura tecnologica, da procedure operative condivise e da strumenti di monitoraggio che ne faciliteranno l'adozione in coerenza con la programmazione sanitaria regionale. Al termine della sperimentazione saranno definiti gli elementi organizzativi, professionali e tecnologici necessari per il consolidamento e la sostenibilità del modello nel medio-lungo periodo.

I principali risultati attesi riguardano il **miglioramento della qualità della vita delle persone anziane fragili, il mantenimento dell'autonomia e della permanenza al domicilio** in condizioni di sicurezza, il rafforzamento della **continuità assistenziale** e una maggiore integrazione tra servizi sanitari, sociali e di comunità. L'impiego della telemedicina e degli strumenti digitali contribuirà inoltre a rendere la presa in carico più tempestiva e personalizzata, migliorando il coordinamento tra professionisti, caregiver e servizi territoriali e favorendo un utilizzo più appropriato delle risorse assistenziali.