SCHEMA PROGETTO		
1	LINEA PROGETTUALE	1. Percorso diagnostico terapeutico condiviso e personalizzato per pazienti con multicronicità
	TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO	Implementazione di un modello omogeneo e condiviso per il monitoraggio e la presa in carico dei pazienti con multi cronicità su tutto il territorio regionale
	AREA DI INTERVENTO	Territorio regionale

RESPONSABILE REGIONALE DEL PROGETTO		
2	Responsabile regionale	Dirigente del settore 7 – Servizi Territoriali e personale convenzionato
	<i>Recapiti telefonici e-mail</i>	0961 856597 - f.fratto@regione.calabria.it
	<i>Responsabile scientifico¹</i>	Dott. Pietro Gareri
	<i>Ruolo e qualifica</i>	Presidente associazione geriatri extra-ospedalieri
	<i>Recapiti telefonici e-mail</i>	3351368613 - pietro.gareri@alice.it
	<i>Comitato scientifico²</i>	Dott. Maurizio Cipolla; Dott. Luciano Manfredi, Ing. Aldo Mauro; Ing. Angelo Brutto

3	RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO - MODALITÀ DI REPERIMENTO RISORSE		
	Finanziamento	Riferimento (Delibera, atto ecc.)	Importo
	<i>Risorse vincolate degli obiettivi del PSN</i>	Accordo Stato/regioni n. 91 del 6 giugno 2019 – Intesa n. 89 del 6.6.2019	€ 12.181.011,00
	<i>Eventuali Risorse regionali</i>		

¹ Al Responsabile Scientifico non verrà riconosciuto alcun compenso.

² Ai componenti del Comitato Scientifico non verrà riconosciuto alcun compenso.

ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO			
	<i>Tipologia di costi</i>	<i>Importo in euro</i>	<i>Note</i>
4	Costi efficientamento dei servizi assistenziali	9.750.000,00	Suddiviso per quota capitaria alle ASP e comprensiva della quota parte da attribuire alle AA.OO. nella misura del 20%
	Costi gestione e monitoraggio progetto	1.500.000,00	Suddiviso per quota capitaria alle ASP e comprensiva della quota parte da attribuire alle AA.OO. nella misura del 20%
	Costo gestione procedure	431.011,00	Asp Capofila: Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro
	Costi per formazione	500.000,00	Suddiviso per quota capitaria alle ASP e comprensiva della quota parte da attribuire alle AA.OO. nella misura del 20%

Aziende	Costi efficientamento dei servizi assistenziali	Costi gestione e monitoraggio progetto	Costo gestione procedure	Costi per formazione	totali
Azienda sanitaria Provinciale Cosenza	2.825.120,01	434.633,85		144.877,95	3.404.631,81
Azienda sanitaria Provinciale di Crotona	697.850,91	107.361,68		35.787,23	840.999,81
Azienda sanitaria Provinciale di Catanzaro	1.438.359,53	221.286,08	431.011,00	73.762,03	2.164.418,64
Azienda sanitaria Provinciale Vibo Valentia	641.356,64	98.670,25		32.890,08	772.916,98
Azienda sanitaria Provinciale di Reggio Calabria	2.197.312,91	338.048,14		112.682,71	2.648.043,76
Azienda Ospedaliera Pugliese -Ciaccio Catanzaro	487.500,00	75.000,00		25.000,00	587.500,00
Azienda Ospedaliera Cosenza	487.500,00	75.000,00		25.000,00	587.500,00
Azienda Ospedaliera BMM Reggio Calabria	487.500,00	75.000,00		25.000,00	587.500,00
Azienda Ospedaliera Universitaria Mater Domini	487.500,00	75.000,00		25.000,00	587.500,00
totali	9.750.000,00	1.500.000,00	431.011,00	500.000,00	12.181.011,00

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

o	Disponibili		
o	Da acquisire		

6	<p>ANALISI DEL CONTESTO/ SCENARIO DI RIFERIMENTO</p>	<p>In tutti i Paesi ad economia avanzata, soprattutto per il progressivo invecchiamento della popolazione, è in costante aumento il numero dei pazienti affetti da patologie croniche, ossia malattie che comportano alterazioni spesso non reversibili e che richiedono terapie costanti (quali ipertensione, cardiopatie, insufficienza renale, BPCO, morbo di Crohn, malattia di Parkinson, diabete, etc.). In Calabria ben il 24,5% delle persone presenta almeno 2 malattie croniche concomitanti e si registra la quota più elevata di malati di diabete (20,9%), ipertensione (8,2%) e disturbi nervosi (7,0% della popolazione).</p> <p>Lo scenario organizzativo del SSR calabrese sta ancora lentamente allineandosi verso un modello integrato, già ampiamente delineato nel DCA 130/2015 (linee guida atti aziendali e organizzazione) successivamente definito nel DCA 76/2015 (come aggiornato dal DCA 166/2017), individuando nel Punto Unico di Accesso (PUA) il core di governance distrettuale e da una correlata Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM).</p> <p>Il disegno strategico comune, teso a promuovere interventi basati sulla unitarietà di approccio, centrato sulla persona, è stato recentemente definito con DCA n°93 del 18.06.2019, che ha recepito il Piano Nazionale della Cronicità di cui all'Accordo Stato - Regioni Rep atti 160/csr del 15 settembre 2016.</p> <p>In questa ottica, il presente progetto intende innanzitutto mappare e dimensionare i bisogni di salute regionali in termini di multicronicità, censire le esperienze organizzative previste e attuate a livello regionale come per esempio le UCCP/AFT, con il fine ultimo di superare lo scenario frammentato dei processi assistenziali che, nel caso di cronicità (ed ancor di più per i pazienti con multicronicità) rappresenta fonte di disagio per i cittadini e di inappropriatazza per il SSR producendo indagini specialistiche ripetute, ricoveri inappropriati (spesso legati a mancata riconciliazione terapeutica), inappropriatazza prescrittiva di farmaci, etc..</p> <p>Analogamente devono essere implementati e/o rafforzati gli strumenti per alimentare i registri di patologia, per la raccolta sistematica di dati anagrafici, sanitari ed epidemiologici finalizzata a registrare e caratterizzare tutti i casi di rischio per la salute od una particolare malattia o di una condizione di salute rilevante in una popolazione definita, funzionale alla stratificazione.</p> <p>Inoltre si intende definire la costruzione di un percorso diagnostico – terapeutico per pazienti con multicronicità (PDTA – MC) quale punto di convergenza tra i PDTA costruiti per le singole fattispecie di cronicità e, quindi, garantire continuità di percorso tra i nodi delle reti assistenziali. La costruzione condivisa di una PDTA per le cronicità incide sulla riduzione dell'inappropriatazza nel ricorso alle attività di ricovero e migliora l'efficienza delle stesse.</p> <p>L'approccio sistemico al "problema cronicità/multicronicità" coinvolge a tutto spessore il SSR nelle sue articolazioni organizzative afferenti ai differenti livelli (prevenzione – territorio – ospedale) per poter univocamente declinare azioni:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) di prevenzione (volta a promuovere stili di vita salutari) b) di diagnosi precoce c) di valutazione e presa in carico (secondo la logica di stratificazione del rischio) condivisa (tra i livelli territoriale/ospedaliero)
---	---	---

		<p>dei bisogni assistenziali</p> <p>d) di personalizzazione dei processi di cura attraverso la stadiazione delle cronicità al fine di intervenire nei diversi momenti della malattia con intensità di cure crescenti.</p> <p>e) di empowerment del paziente (caregiver)</p> <p>Per quanto concerne i punti a) e b) in correlazione con attività del Piano Regionale della Prevenzione, devono essere potenziati presso le AASSPP i sistemi di promozione della salute (programma 1 del PRP) e di chiamata attiva della popolazione a rischio, sul modello dello studio pilota "gestione del diabete di tipo 2 e altre MCNT attraverso stili di vita corretti".</p> <p>La costruzione/adequamento dei sistemi informativi territoriali/ospedalieri, è inoltre necessaria per supportare il nuovo modello assistenziale, così come il processo di formazione per sviluppare ed orientare le competenze dei professionisti (sul livello clinico e su quello gestionale) ai principi del PNC.</p> <p>L'iter progettuale che si avvia nell'anno 2019, viene supportato dalla:</p> <p>a) costituzione di una cabina di regia regionale, composta da:</p> <ul style="list-style-type: none"> - dirigente settore territoriale - dirigente settore ospedalità - dirigente settore servizi informativi - il comitato scientifico - tre rappresentanti ASP - A.O. esperti in organizzazione dei servizi sanitari, controllo di gestione - rappresentante MMG - specialista in geriatria <p>b) costituzione di gruppi di lavoro per aree regionali omogenee (nord - centro - sud) caratterizzate dalla seguente composizione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ASP: esperto di organizzazione dei servizi sanitari (con ruolo di coordinamento), specialisti di settore, esperto di risk management - rappresentante MMG - AA.OO.: esperto in controllo di gestione - specialisti di settore <p>c) analisi dello status quo di modelli assistenziali delle multicronicità e programmazione di un modello omogeneo assistenziale condiviso su tutto il territorio regionale;</p> <p>d) costruzione di registri di patologia funzionali alla stratificazione della popolazione aziendali che alimentino il costituendo registro unico regionale;</p> <p>e) predisposizione di un piano formativo sulla base di individuate esigenze;</p> <p>f) predisposizione di un piano informativo per la popolazione a rischio;</p> <p>g) predisposizione delle attività finalizzate alla chiamata attiva dei soggetti a rischio sul modello dello studio pilota "gestione del diabete di tipo 2 e altre MCNT attraverso stili di vita corretti" del PRP 2014-2019;</p> <p>h) predisposizione del PDTA</p> <p>i) analisi dei bisogni informatici e predisposizione del programma di adeguamento</p>
--	--	---

7	DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO	Data inizio prevista	Data termine prevista	Possibile ulteriore proseguimento per anno successivo
		1.1.2019	31.12.2019	31.12.2020

8	OBIETTIVO GENERALE	Riorganizzare la governance del paziente con multicronicità, attraverso la prevenzione, la diagnosi precoce e la gestione multilivello, multidisciplinare e multiprofessionale
----------	---------------------------	--

9	OBIETTIVI SPECIFICI	<p>1° Obiettivo: realizzare una mappatura delle forme organizzative previste a livello regionale tipo UCCP/AFT e predisporre e proporre un modello condiviso omogeneo di assistenza e presa in carico delle multicronicità</p> <p>2° Obiettivo: avviare la costruzione di registri di patologia presso le Aziende, finalizzate alla costituzione e conseguente alimentantazione del registro unico regionale</p> <p>3° Obiettivo: predisporre un piano formativo sulla base delle individuate esigenze</p> <p>4° Obiettivo: predisporre un piano informativo per la popolazione a rischio</p> <p>5° Obiettivo: predisporre delle attività finalizzate alla chiamata attiva dei soggetti a rischio sul modello dello studio pilota "gestione del diabete di tipo 2 e altre MCNT attraverso stili di vita corretti" del PRP 2014-2019;</p> <p>6° Obiettivo: predisporre il PDTA per il paziente affetto da multicronicità</p> <p>7° Obiettivo: definire l'analisi dei bisogni informatici e predisporre il programma di adeguamento</p>
----------	----------------------------	---

RISULTATI ATTESI					
10	<table border="1"> <tr> <td style="vertical-align: top;">A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati dal progetto</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> - L'avvio di un percorso di condivisa ed univoca governance regionale del paziente con multicronicità rappresenta, innanzitutto, una vera e propria rivoluzione culturale nell'ambito del SSR calabrese. - Il passaggio da un frammentato approccio prestazionale ad uno di natura processuale, non disgiunte da un approccio di tipo preventivo, può consentire al SSR di recuperare efficacia assistenziale ed efficienza economica. </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;">A lungo periodo, a cui tendere, non direttamente raggiungibili al termine del progetto</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> - Uniformare la presa in carico dei soggetti con multicronicità su tutto il territorio regionale - Attivare degli strumenti informatici unici regionali per il costante monitoraggio della popolazione con multicronicità, con l'obiettivo di avere registri regionali costantemente aggiornati e strumenti utili a supportare le scelte clinico assistenziali più idonee </td> </tr> </table>	A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati dal progetto	<ul style="list-style-type: none"> - L'avvio di un percorso di condivisa ed univoca governance regionale del paziente con multicronicità rappresenta, innanzitutto, una vera e propria rivoluzione culturale nell'ambito del SSR calabrese. - Il passaggio da un frammentato approccio prestazionale ad uno di natura processuale, non disgiunte da un approccio di tipo preventivo, può consentire al SSR di recuperare efficacia assistenziale ed efficienza economica. 	A lungo periodo, a cui tendere, non direttamente raggiungibili al termine del progetto	<ul style="list-style-type: none"> - Uniformare la presa in carico dei soggetti con multicronicità su tutto il territorio regionale - Attivare degli strumenti informatici unici regionali per il costante monitoraggio della popolazione con multicronicità, con l'obiettivo di avere registri regionali costantemente aggiornati e strumenti utili a supportare le scelte clinico assistenziali più idonee
A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati dal progetto	<ul style="list-style-type: none"> - L'avvio di un percorso di condivisa ed univoca governance regionale del paziente con multicronicità rappresenta, innanzitutto, una vera e propria rivoluzione culturale nell'ambito del SSR calabrese. - Il passaggio da un frammentato approccio prestazionale ad uno di natura processuale, non disgiunte da un approccio di tipo preventivo, può consentire al SSR di recuperare efficacia assistenziale ed efficienza economica. 				
A lungo periodo, a cui tendere, non direttamente raggiungibili al termine del progetto	<ul style="list-style-type: none"> - Uniformare la presa in carico dei soggetti con multicronicità su tutto il territorio regionale - Attivare degli strumenti informatici unici regionali per il costante monitoraggio della popolazione con multicronicità, con l'obiettivo di avere registri regionali costantemente aggiornati e strumenti utili a supportare le scelte clinico assistenziali più idonee 				

PUNTI DI FORZA			
Indicare i punti di <i>forza</i>			
11	<table border="1"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> - Approccio che mira non solo alla cura ma anche alla prevenzione e alla diagnosi precoce - maggiore appropriatezza della presa in carico del paziente con multicronicità, frutto di un adeguato processo di valutazione multidimensionale dei bisogni e di una conseguente personalizzazione dei percorsi di cura </td> <td style="vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> - Potenziamento delle azioni di prevenzione e di promozione della salute - Azioni di coordinamento regionali e per aree - Stratificazione della popolazione con monitoraggio della appropriatezza, ed aderenza diagnostica e terapeutica per il percorso dal PDTA al PAI e monitoraggio delle risposte assistenziali - Coinvolgimento attivo di tutte le professionalità che partecipano al processo/percorso - Condivisione degli strumenti per l'acquisizione dei dati al fine di alimentare i flussi dei LEA - Equità di accesso al sistema delle cure. </td> </tr> </table>	<ul style="list-style-type: none"> - Approccio che mira non solo alla cura ma anche alla prevenzione e alla diagnosi precoce - maggiore appropriatezza della presa in carico del paziente con multicronicità, frutto di un adeguato processo di valutazione multidimensionale dei bisogni e di una conseguente personalizzazione dei percorsi di cura 	<ul style="list-style-type: none"> - Potenziamento delle azioni di prevenzione e di promozione della salute - Azioni di coordinamento regionali e per aree - Stratificazione della popolazione con monitoraggio della appropriatezza, ed aderenza diagnostica e terapeutica per il percorso dal PDTA al PAI e monitoraggio delle risposte assistenziali - Coinvolgimento attivo di tutte le professionalità che partecipano al processo/percorso - Condivisione degli strumenti per l'acquisizione dei dati al fine di alimentare i flussi dei LEA - Equità di accesso al sistema delle cure.
<ul style="list-style-type: none"> - Approccio che mira non solo alla cura ma anche alla prevenzione e alla diagnosi precoce - maggiore appropriatezza della presa in carico del paziente con multicronicità, frutto di un adeguato processo di valutazione multidimensionale dei bisogni e di una conseguente personalizzazione dei percorsi di cura 	<ul style="list-style-type: none"> - Potenziamento delle azioni di prevenzione e di promozione della salute - Azioni di coordinamento regionali e per aree - Stratificazione della popolazione con monitoraggio della appropriatezza, ed aderenza diagnostica e terapeutica per il percorso dal PDTA al PAI e monitoraggio delle risposte assistenziali - Coinvolgimento attivo di tutte le professionalità che partecipano al processo/percorso - Condivisione degli strumenti per l'acquisizione dei dati al fine di alimentare i flussi dei LEA - Equità di accesso al sistema delle cure. 		

PUNTI DI DEBOLEZZA	
Indicare i punti di <i>debolezza</i>	Indicare le strategie/azioni per la riduzione
12 <ul style="list-style-type: none"> - Difficoltà connesse ai cambiamenti organizzativi - Problematiche connesse alla disponibilità di personale - Tempistica di approvazione degli atti formali - Possibili difficoltà nel reperire i dati durante l'indagine epidemiologica 	<ul style="list-style-type: none"> - Creazione e potenziamento reti regionali per le multicronicità e implementazione dei sistemi di monitoraggio degli indicatori

13	DIAGRAMMA DI GANTT Descrizioni delle attività relative a ogni fase	Mesi			
		1-2-3	4-5-6	7-8-9	10-11-12
		Costituzione cabina di regia regionale			
Costituzione gruppi di lavoro per aree geografiche (nord - centro - sud)					
Analisi dello status quo di realizzazione delle UCCP/AFT e programmazione					
costruzione delle informazioni epidemiologiche dalle banche dati, per registri di patologia					
Predisposizione programma formativo					
Predisposizione attività di chiamata attiva soggetti a rischio					
Predisposizione PDTA					
Analisi dei fabbisogni informativi e predisposizione del programma di adeguamento					

DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO			
Fase	Azioni	Breve descrizione dei contenuti	Indicatori di verifica
1	Formalizzazione cabina di regia	Individuazione dei componenti la cabina di regia regionale per coordinare tutte le fasi di implementazione del progetto	Atto regionale Si/No
	Formalizzaaazione gruppi di lavoro per aree	Individuazione dei componenti i gruppi di lavoro delle 3 aree regionali per dare applicazione territoriale a tutte le fasi di implementazione del progetto	Atti di formalizzazione presso le Aziende Si/No
14	Mappatura e analisi dei modelli assistenziali regionali tipo UCCP/AFT	valutazione dello status quo di attivazione delle organizzazioni territoriali previste dalla programmazione regionale e omogeneizzazione su tutto il territorio	Relazioni Aziende Si/No
	Costruzione dei registri per patologia aziendali e del registro unico regionale	Costituzione di team per l'elaborazione delle informazioni presenti nelle diverse banche dati, finalizzate alla creazione di registri di patologia e alla stratificazione	Report Aziende e atto di formalizzazione del registro unico regionale
	Predisposizione programma formativo (per gli operatoti) e informativo (per le popolazioni a rischio)	Analisi dei bisogni formativi e predisposizione del programma articolato nelle tre aree di riferimento.	n. operatori e professionisti da avviare alla formazione/total e degli operatori afferenti ai servizi interessati - standard 30% n. di soggetti a rischio/n. di soggetti raggiunti dalla campagna informativa
	Processo assistenziale per le multicronicità	Predisposizione di PDTA per le multicronicità per aree geografiche omogenee con identificazione nodi della rete	Report Cabina di Regia SI/NO
4	Adeguamento strumenti informativi	Analisi dei fabbisogni informativi e predisposizione del programma di adeguamento	Report Cabina di Regia SI/NO

TRASFERIBILITA'	
15	Tipo di realtà nella quale può essere implementato il progetto
	Progetto o parte del progetto che può essere trasferita
	Intero territorio regionale e nazionale
	Registri multicronicità Modelli assistenziali per intensità di cura

SCHEDA PROGETTO		
1	LINEA PROGETTUALE	2. Promozione dell'equità in ambito sanitario
	TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO	Programma di equità e rispetto delle differenze in sanità: la governance e le azioni
	AREA DI INTERVENTO	Territorio-ospedale

RESPONSABILE REGIONALE DEL PROGETTO		
2	Responsabile regionale	Dirigente del settore 7 Dirigente del settore 7 – Servizi Territoriali e personale convenzionato
	<i>Recapiti telefonici e-mail</i>	0961 856597 - f.fratto@regione.calabria.it
	<i>Responsabile scientifico³</i>	Dott.ssa Maria Dolores Vantaggiato – Dott. Massimo Rizzo
	<i>Ruolo e qualifica</i>	Dirigenti medici Responsabili U.O. "Rischio Clinico" A.O. di Cosenza e A.S.P. di Crotona
	<i>Recapiti telefonici e-mail</i>	e-mail marvant@tin.it cell. 331 5713014 e-mail xrizzo@tin.it cell.330 267950

3	RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO - MODALITÀ DI REPERIMENTO RISORSE		
	Finanziamento	Riferimento (Delibera, atto ecc.)	Importo
	<i>Risorse vincolate degli obiettivi del PSN</i>	Accordo Stato/regioni n. 91 del 6 giugno 2019 – Intesa n. 89 del 6.6.2019	€ 6.000.000,00
	<i>Eventuali Risorse regionali</i>		

³ Al Responsabile Scientifico non verrà riconosciuto alcun compenso.

ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO			
	<i>Tipologia di costi</i>	<i>Importo in euro</i>	<i>Note</i>
4	Costi gestione progetto - formazione – comunicazione	1.086.584,62	Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza
		268.404,20	Azienda Sanitaria Provinciale di Crotona
		553.215,20	Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro
		246.675,63	Azienda Sanitaria Provinciale di Vibo Valentia
		845.120,35	Azienda Sanitaria Provinciale di Reggio Calabria
		675.000,00	Azienda Ospedaliera Pugliese-Ciaccio Catanzaro
		960.000,00	Azienda Ospedaliera Annunziata Cosenza
		855.000,00	Azienda Ospedaliera Bianchi-Melacrino-Morelli Reggio Calabria
		510.000,00	Azienda Ospedaliera Universitaria Mater Domini Catanzaro
	TOTALE	6.000.000,00	
La ripartizione del finanziamento per le AO è avvenuta tenendo conto della differente produttività delle Aziende Ospedaliere in relazione al differente bacino di utenza mentre per le ASP la ripartizione del finanziamento è effettuata con la stessa modalità di assegnazione ministeriale su popolazione residente all'1.1.2018			

RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO			
5	<i>RISORSE NECESSARIE</i>	<i>N. RISORSE</i>	<i>NOTE</i>
	o Disponibili		
	o Da acquisire		

6	ANALISI DEL CONTESTO/ SCENARIO DI RIFERIMENTO	<p>L'equità e il rispetto delle differenze rappresentano principi fondamentali del sistema sanitario regionale, nell'ottica del dettato costituzionale di tutela della salute come diritto esigibile da parte dell'individuo e interesse della collettività, nonché per l'adempimento dei doveri di solidarietà e sostegno ai soggetti non abbienti.</p> <p>La capacità, non solo di mettere a disposizione dell'intera collettività tutti i servizi sanitari necessari, ma soprattutto di garantire che tali servizi siano fruibili con eguale possibilità di accesso dalla singola persona, è un obiettivo promulgato dalle massime organizzazioni mondiali, in tema di diritti umani.</p> <p>Tuttavia, l'enunciazione di principi e diritti trova spesso una difficoltà di applicazione concreta, correlata alle congiunture economiche nazionali e locali o alle aree geografiche, che rappresentano, ancora, motivi di disomogeneità soprattutto di tipo organizzativo-gestionale e di comunicazione/informazione.</p> <p>In questo contesto la Calabria risulta spesso, nelle analisi statistiche e/o epidemiologiche connesse alle diseguaglianze in sanità, tra i territori dove appare più marcata tale problematica.</p> <p>Ciononostante il percorso intrapreso negli ultimi anni, può rappresentare una valida base su cui impostare un forte input di governance, a livello territoriale e centrale.</p>
---	--	---

		<p>Nel documento “l’Italia per l’equità della salute” (dicembre 2017) del Ministero della Salute e dell’INMP, ad esempio, l’analisi critica condotta sul Piano Regionale della Prevenzione calabrese, ha evidenziato la capacità della Regione di saper misurare il parametro delle disuguaglianze e sapere includere il principio del contrasto delle disuguaglianze nella programmazione.</p> <p>Ciò posto, è tuttavia da evidenziare che la definizione di un’organizzazione a livello aziendale, mirata ad individuare specifici soggetti e gruppi di lavoro, in grado di analizzare, programmare e coordinare interventi finalizzati alla riduzione delle disuguaglianze, rappresenta elemento indispensabile per:</p> <ul style="list-style-type: none"> - realizzare un approccio uniforme in tema di valutazione, programmazione e interventi equity oriented; - supportare un percorso di formazione di diffusione delle competenze e il conseguente utilizzo di strumenti di equity assessment; - coordinarsi con il livello centrale nella pianificazione del processo di Health Equity Audit, partendo dai diversi contesti/setting.
--	--	---

7	DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO	Data inizio prevista	Data termine prevista	Possibile ulteriore proseguimento per anno successivo
		1.1.2019	31.12.2019	31.12.2020

8	OBIETTIVO GENERALE	Riduzione delle disuguaglianze in ambito sanitario, attraverso un percorso di superamento delle condizioni che favoriscono la mancanza di equità nei confronti sia dei pazienti, sia degli operatori sanitari.
---	---------------------------	--

9	OBIETTIVI SPECIFICI	<p>1°. Obiettivo: Realizzare una governance aziendale in tema di equità attraverso l’istituzione di un gruppo di lavoro formalizzato</p> <p>2°. Obiettivo: Definire un percorso formativo e di condivisione dell’approccio equity oriented nel personale aziendale</p> <p>3°. Obiettivo: Adottare un processo di valutazione utilizzando gli strumenti di Health Equity Audit, partendo da uno specifico contesto/setting opportunamente individuato in seguito all’analisi eseguita dai vari gruppi aziendali</p> <p>4°. Obiettivo: Individuare interventi di programmazione ed azioni da porre in essere per la riduzione delle disuguaglianze, sia a livello aziendale, sia da generalizzare nell’ambito del PRP, con i relativi indicatori per il successivo monitoraggio</p>
---	----------------------------	---

10	RISULTATI ATTESI	
	A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati dal progetto	La definizione formale di una governance aziendale in materia di equità, unitamente al forte impatto che tale organizzazione può fornire in termini di diffusione di una nuova cultura, di un approccio equity oriented, di supporto nella formazione e nella pianificazione degli interventi, rappresenta un fondamentale miglioramento dello status quo. L’utilizzo dell’Health Equity Audit, seppur circoscritto a determinati ambiti o setting, rappresenta un concreto elemento di novità su cui costruire ulteriori best practices.
	A lungo periodo, a cui tendere, non direttamente raggiungibili al termine del progetto	Il processo di rinnovamento nell’approccio all’equità si sviluppa per step, acquisendo di volta in volta nuovi elementi che devono avere la possibilità, nel tempo, di essere assimilati e condivisi ad ogni livello (decisori-operatori-fruitori)

PUNTI DI FORZA	
Indicare i punti di <i>forza</i>	Indicare le strategie/azioni per l'implementazione
<p>11</p> <p>Il Piano Regionale della Prevenzione 2014-2019 ha già tra i suoi principi cardine il contrasto delle disuguaglianze nella prevenzione.</p> <p>La formalizzazione della governance aziendale garantisce una maggiore presa di coscienza su responsabilità e azioni da porre in essere per il contrasto alle disuguaglianze.</p> <p>L'individuazione dei gruppi di lavoro aziendali favorisce la diffusione della cultura dell'equità e degli strumenti utili alla valutazione e alla programmazione</p>	<p>Impulso del livello centrale regionale alla formalizzazione dell'organizzazione aziendale in tema di equità, attraverso l'adozione di atti di indirizzo, riunioni, incontri.</p> <p>Supporto formativo e metodologico fornito a cura di operatori specializzati sulla tematica.</p> <p>Coinvolgimento dei gruppi di lavoro aziendali nella stesura del nuovo PRP che valorizzi le best practices messe in atto da condividere, ove possibile, tra le varie Aziende.</p>

PUNTI DI DEBOLEZZA	
Indicare i punti di <i>debolezza</i>	Indicare le strategie/azioni per la riduzione
<p>12</p> <p>L'estrema variabilità delle situazioni locali, con presenza di disuguaglianze sociali e culturali, rende difficile un approccio omogeneo su tutto il territorio regionale. Una condizione di svantaggio sociale, economico o culturale incide, spesso, negativamente sul livello di salute e richiede quindi un maggiore impegno della struttura sanitaria.</p>	<p>Condividere il progetto con confronti periodici tra i referenti delle singole Aziende, può costituire uno stimolo per garantire equità anche in presenza di risorse limitate.</p>

DIAGRAMMA DI GANTT		Mesi			
Descrizione delle azioni relative al progetto		1-2-3	4-5-6	7-8-9	10-11-12
13	Formalizzazione indirizzi centrali (DCA/DDG/Circ.)				
	Individuazione Referenti e GdL aziendali				
	Condivisione strumenti equity				
	Realizzazione di riunioni/incontri GdL/personale				
	Realizzazione di riunioni/incontri GdL/setting				
	Realizzazione di un primo				

report di valutazione				
Individuazione setting e azioni				
Programmazione attività formativa				
Programmazione attività sul campo				

DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO				
Fase	Azioni	Breve descrizione dei contenuti	Indicatori di verifica	
1	Adozione indirizzi centrali	Alle AASSPP e AA.OO vengono notificati indirizzi regionali per l'individuazione dei referenti e dei gruppi di lavoro aziendali	Atto regionale	
	Formalizzazione Referenti e GdL aziendali	Le AASSPP e AAOO individuano e formalizzano in propri atti il referente aziendale per l'equity e il Gruppo di Lavoro	Atto AASSPP/AAOO	
	Condivisione degli strumenti	I Referenti/GdL realizzano incontri con esperti per la condivisione degli strumenti	Relazione Aziendale	
2	Realizzazione riunioni con personale	I Referenti/GdL realizzano incontri con il personale per la condivisione della policy	Relazione Aziendale	
	Realizzazione incontri con setting	I Referenti/GdL realizzano incontri con personale/utenti in specifici setting	Relazione Aziendale	
	Primo step di Valutazione	Sulla base di quanto realizzato, si redige un primo rapporto di valutazione funzionale alla programmazione	Documento AASSPP/AAOO	
3	Individuazione setting	Sulla base del rapporto di valutazione, si individua il/i contesto/setting da cui avviare il processo	Atto AASSPP/AAOO	
	Programmazione attività formativa	Programmare un primo percorso formativo da realizzare nell'anno successivo	Atto AASSPP/AAOO	
	Programmazione attività sul campo	Programmare attività sul campo e utilizzare lo strumento di Health Equity Audit	Atto AASSPP/AAOO	

TRASFERIBILITA'	
15	<p>Tipo di realtà nella quale può essere implementato il progetto</p> <p>Aziende Sanitarie Provinciali ed Aziende Ospedaliere del SSR</p>
	<p>Progetto o parte del progetto che può essere trasferita</p> <p>La valutazione e le informazioni acquisite in termini di elementi che ostacolano l'equità, su determinati setting/contesti, possono essere utilmente condivise con altre AASSPP/AAOO per l'adozione delle azioni opportune e conseguenti</p>

SCHEDA PROGETTO		
1	LINEA PROGETTUALE	3. Costruzione e implementazione della rete di terapia del dolore e lo sviluppo delle cure palliative e terapia del dolore in area pediatrica
	TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO	3.1 Informatizzazione della rete di terapia del dolore e costituzione di una piattaforma digitale <i>3.2 Sviluppo delle cure palliative e della terapia del dolore in area pediatrica</i>
	AREA DI INTERVENTO	Ospedale - Territorio

RESPONSABILE REGIONALE DEL PROGETTO		
2	Responsabile regionale	Dirigente del settore 7 – Servizi Territoriali e personale convenzionato
	<i>Recapiti telefonici e-mail</i>	0961 856597 - f.fratto@regione.calabria.it
	<i>Responsabile scientifico⁴</i>	Dott. Amato Francesco
	<i>Ruolo e qualifica</i>	Direttore UOC terapia del dolore A.O. di Cosenza
	<i>Recapiti telefonici e-mail</i>	330954624 - f.amato@aocs.it

3	RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO - MODALITÀ DI REPERIMENTO RISORSE		
	Finanziamento	Riferimento (Delibera, atto ecc.)	Importo
	<i>Risorse vincolate degli obiettivi del PSN</i>	Accordo Stato/regioni n. 91 del 6 giugno 2019 – Intesa n. 89 del 6.6.2019	€ 3.000.000,00
	<i>Eventuali Risorse regionali</i>		

⁴ Al Responsabile Scientifico non verrà riconosciuto alcun compenso.

ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO			
	<i>Tipologia di costi</i>	<i>Importo in euro</i>	<i>Note</i>
4	Costi per la piattaforma	1.000.000,00	Centro regionale terapia del dolore Hub Azienda Ospedaliera Cosenza
	Costi gestione progetto	300.000,00	
	Costi per la formazione	100.000,00	
	Costi comunicazione	100.000,00	
	Costi gestione attività – formazione e comunicazione	250.000,00	
		250.000,00	Azienda Ospedaliera BMM Reggio Calabria
		200.000,00	Azienda sanitaria Provinciale di Catanzaro
		200.000,00	Azienda sanitaria Provinciale Cosenza
		200.000,00	Azienda sanitaria Provinciale di Crotone
		200.000,00	Azienda sanitaria Provinciale Vibo Valentia
TOTALE	3.000.000,00		
La ripartizione è avvenuta sulla base delle specifiche attività progettuali svolte da ogni Azienda			

RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO			
	<i>RISORSE NECESSARIE</i>	<i>N. RISORSE</i>	<i>NOTE</i>
5	☐ Disponibili		
	☐ Da acquisire		

6	ANALISI DEL CONTESTO/ SCENARIO DI RIFERIMENTO	<p>Nel complesso panorama dell'integrazione socio-sanitaria, negli ultimi anni si è assistito ad una forte accelerazione, da parte delle Regioni italiane, verso la formalizzazione di modelli di valutazione integrata dei bisogni delle persone con fragilità, secondo un orientamento che sta progressivamente abbandonando la settorialità, indirizzandosi verso un approccio più complessivo di valutazione multidimensionale.</p> <p>La presa in carico del paziente con dolore, infatti, deve essere globale e, conseguentemente, necessita dell'integrazione di molte figure professionali: MMG, Specialisti in terapia del dolore e cure palliative, Medici del servizio territoriale, Psicologi, e altri specialisti che potrebbero essere utili nei diversi casi clinici.</p> <p>Sebbene in Calabria il processo di sviluppo della rete della terapia del dolore e il suo coordinamento attraverso l'HUB di Cosenza abbiano già prodotto risultati apprezzabili sia in termini di servizi, sia in termini di PDTA e di ricerca, è necessario perseguire un modello di Innovazione che, nello spirito della Legge 38/2010, consideri il Dolore e la Sofferenza quali elementi unificanti di una medicina umanizzante.</p> <p>Per dare una risposta capace di far fronte ai bisogni e facilitare il mantenimento di cura a domicilio, si deve provvedere a gestire il</p>
---	--	--

		<p>fattore di criticità dolorosa e di multifattorialità patologica.</p> <p>Le Macro-Aree su cui agire e da monitorare sono quelle del:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contesto Giuridico-Normativo (capacità di garantire pari equità dei servizi su tutto il territorio regionale) • Contesto Organizzativo (strategie gestionali capaci di garantire la best Governance Clinica Organizzativa nei differenti setting di cura in maniera omogenea) • Contesto Scientifico (capacità di agire secondo linee procedurali efficaci e appropriate). <p>Attraverso un potenziamento del concetto di "Rete", sfruttando la capacità intrinseca della stessa di far dialogare sanitari con differente expertise, si vuole mettere in comunicazione strutture con diversa logica organizzativa, al fine di concentrare prodotti, competenze e servizi, consentendo al contempo un risparmio di risorse ed il miglioramento dell'output (crescita dell'efficacia).</p> <p>Per poter riorganizzare la risposta sanitaria sulla base di una analisi dei bisogni crescenti di salute nell'area del dolore cronico, assicurando un'uniformità delle cure e una capacità di garantire risposte di qualità clinica omogenea, deve essere realizzata un'analisi dell'organizzazione clinico-gestionale della "Rete di Terapia del Dolore" regionale, esaminando e valorizzando i modelli di Integrazione procedurale tra il livello territoriale e ospedaliero. Il progetto si completerà con l'individuazione di indirizzi specifici per la governance generale dei servizi informativi, gestionali documentali ed organizzativi in materia di terapia del dolore.</p> <p>Per fare questo salto di qualità assistenziale e assicurare la piena disponibilità di accesso alle risorse di cura ad ogni cittadino e l'erogazione di servizi assistenziali di pari efficienza e efficacia è necessario informatizzare la rete quale processo di innovazione del sistema, fondamentale per integrare i singoli sistemi gestionali.</p> <p>Il paziente deve essere riconosciuto da tutte le strutture, che devono poter contare sulle informazioni detenute da tutti gli altri nodi, attraverso un sistema informativo unico con utilizzo di cartella informatizzata unica ed integrata con il territorio.</p> <p>Le "reti" coniugano la dimensione sanitaria e quella organizzativa. Il teleconsulto con gli ospedali Spoke e il collegamento con il MMG rappresentano un elemento cardine del sistema. Il coordinamento viene effettuato dal centro Hub attraverso una cabina di regia. Un siffatto sistema consentirà ad ogni operatore sanitario di accedere simultaneamente alla cartella clinica del paziente in ogni istante e da qualsiasi luogo, (attraverso l'utilizzo di app specifiche e piattaforma web). Il sistema sarà realizzato con una struttura di tipo web. Un aspetto importante sarà rappresentato dal Teleconsulto attraverso il quale sarà possibile la condivisione a distanza delle informazioni relative ai pazienti, attraverso la discussione delle specifiche problematiche di carattere clinico, andando a costituire un Ambulatorio Virtuale.</p>
--	--	---

7	DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO	Data inizio prevista	Data termine prevista	Possibile ulteriore proseguimento per anno successivo
		1.1.2019	31.12.2019	31.12.2020

8	OBIETTIVO GENERALE	Effettuare una nuova organizzazione operativa della rete di terapia del dolore, con particolare riferimento alla relazione tra ospedale e territorio, attraverso l'informatizzazione e la governance centralizzata (centro regionale Hub della Azienda Ospedaliera di Cosenza) che garantisca uniformità e omogeneità alla risposta.
----------	---------------------------	--

9	OBIETTIVI SPECIFICI	<p>1°. Obiettivo: Avviare un processo di conoscenza della reale organizzazione logistica e clinica della filiera produttiva di salute per il dolore cronico dell'attuale modello organizzativo regionale (Hub - Spoke - MMG).</p> <p>2°. Obiettivo: effettuare un'analisi dei bisogni aggiornata alle nuove esigenze di una popolazione che si è trasformata in virtù dell'invecchiamento progressivo e dell'inserimento di nuove etnie (immigrazione) e realtà produttive capaci di generare nuove patologie che richiedono nuovi scenari di prevenzione e cura.</p> <p>3°. Obiettivo: Realizzare l'informatizzazione e la digitalizzazione della rete del dolore, implementando un sistema informativo unico con l'utilizzo di una cartella informatizzata unica integrata con il territorio e sperimentando l'utilizzo del teleconsulto con gli ospedali Spoke e il collegamento con il MMG.</p> <p>4°. Obiettivo: formalizzare la cabina di regia composta da figure specialiste ospedaliere e medici del territorio, per garantire un approccio terapeutico complessivo a seconda <i>della patologia in essere e delle comorbidità orientate verso la cura di patologie dolorose.</i></p> <p>5°. Obiettivo: Completare i percorsi formativi dei profili professionali afferenti alla rete</p> <p>6°. Obiettivo: Realizzare Campagne di informazione e comunicazione rivolte ai cittadini.</p>
----------	----------------------------	--

RISULTATI ATTESI					
10	<table border="1"> <tr> <td style="width: 30%;">A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati dal progetto</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> - La conoscenza dell'epidemiologia del dolore sul territorio. - Un migliore dialogo tra i nodi della rete. - Un coinvolgimento diretto dei profili professionali con specifici percorsi formativi. </td> </tr> <tr> <td>A lungo periodo, a cui tendere, non direttamente raggiungibili al termine del progetto</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> - La riduzione degli accessi impropri al PS di paziente con dolore cronico. - La Rete di Terapia del Dolore informatizzata favorisce la centralizzazione dei dati, la disponibilità e la fruibilità degli stessi, la costruzione della tracciabilità del pz. </td> </tr> </table>	A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati dal progetto	<ul style="list-style-type: none"> - La conoscenza dell'epidemiologia del dolore sul territorio. - Un migliore dialogo tra i nodi della rete. - Un coinvolgimento diretto dei profili professionali con specifici percorsi formativi. 	A lungo periodo, a cui tendere, non direttamente raggiungibili al termine del progetto	<ul style="list-style-type: none"> - La riduzione degli accessi impropri al PS di paziente con dolore cronico. - La Rete di Terapia del Dolore informatizzata favorisce la centralizzazione dei dati, la disponibilità e la fruibilità degli stessi, la costruzione della tracciabilità del pz.
A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati dal progetto	<ul style="list-style-type: none"> - La conoscenza dell'epidemiologia del dolore sul territorio. - Un migliore dialogo tra i nodi della rete. - Un coinvolgimento diretto dei profili professionali con specifici percorsi formativi. 				
A lungo periodo, a cui tendere, non direttamente raggiungibili al termine del progetto	<ul style="list-style-type: none"> - La riduzione degli accessi impropri al PS di paziente con dolore cronico. - La Rete di Terapia del Dolore informatizzata favorisce la centralizzazione dei dati, la disponibilità e la fruibilità degli stessi, la costruzione della tracciabilità del pz. 				

PUNTI DI FORZA					
11	<table border="1"> <tr> <td style="width: 30%;">Indicare i punti di <i>forza</i></td> <td style="text-align: center;">Indicare le strategie/azioni per l'implementazione</td> </tr> <tr> <td>-Presenza in carico globale del paziente con dolore -L'interconnessione fra i vari centri che fanno parte della rete e tra le reti (oncologica, palliazione, emergenza urgenza...)</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> - L'attivazione della Piattaforma digitale governata dal centro HUB attraverso la digitalizzazione della Rete del dolore - Un'analisi di "Sostenibilità Economica" ed il conseguente rinnovamento dei processi in virtù di una miglior opzione "costi/esiti", riferito alla efficacia delle singole procedure ed alla capacità di garantire l'erogazione dei servizi a fronte di un incremento della popolazione che manifesta lo stesso bisogno di cura. </td> </tr> </table>	Indicare i punti di <i>forza</i>	Indicare le strategie/azioni per l'implementazione	-Presenza in carico globale del paziente con dolore -L'interconnessione fra i vari centri che fanno parte della rete e tra le reti (oncologica, palliazione, emergenza urgenza...)	<ul style="list-style-type: none"> - L'attivazione della Piattaforma digitale governata dal centro HUB attraverso la digitalizzazione della Rete del dolore - Un'analisi di "Sostenibilità Economica" ed il conseguente rinnovamento dei processi in virtù di una miglior opzione "costi/esiti", riferito alla efficacia delle singole procedure ed alla capacità di garantire l'erogazione dei servizi a fronte di un incremento della popolazione che manifesta lo stesso bisogno di cura.
Indicare i punti di <i>forza</i>	Indicare le strategie/azioni per l'implementazione				
-Presenza in carico globale del paziente con dolore -L'interconnessione fra i vari centri che fanno parte della rete e tra le reti (oncologica, palliazione, emergenza urgenza...)	<ul style="list-style-type: none"> - L'attivazione della Piattaforma digitale governata dal centro HUB attraverso la digitalizzazione della Rete del dolore - Un'analisi di "Sostenibilità Economica" ed il conseguente rinnovamento dei processi in virtù di una miglior opzione "costi/esiti", riferito alla efficacia delle singole procedure ed alla capacità di garantire l'erogazione dei servizi a fronte di un incremento della popolazione che manifesta lo stesso bisogno di cura. 				

PUNTI DI DEBOLEZZA		
Indicare i punti di <i>debolezza</i>		Indicare le strategie/azioni per la riduzione
12	<ul style="list-style-type: none"> - Carenza di comunicazione/ formazione e di interazione tra i nodi della rete in essere - Assenza di interconnessione con le altre reti tempo dipendenti e di patologia 	<ul style="list-style-type: none"> - definizione di un programma di formazione regionale per tutti gli operatori delle Reti; - implementazione dei sistemi di comunicazione/ informazione al fine di migliorare le relazioni tra il paziente e gli operatori; - implementazione dell'informazione da parte delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere ai cittadini (Carta dei servizi, poster, ecc.), anche attraverso i social network e iniziative pubbliche (Giornata del sollievo, ecc.); - definizione di protocolli per ottimizzare l'integrazione tra le Reti di Terapia del Dolore, la rete Oncologica regionale, ed i Medici di Medicina Generale garantendo l'effettiva disponibilità/accessibilità alle cure per i malati nelle fasi iniziali ed alla Rete di terapia del dolore anche per i pazienti con cronicità e disabilità correlate al dolore; - programmazione di audit periodici con le Aziende Sanitarie per il monitoraggio degli obiettivi.

		Mesi			
		1-2-3	4-5-6	7-8-9	10-11-12
13	I Fase: mappatura dei centri e stratificazione della popolazione assistita				
	II Fase: Cabina di regia C/O Centro regionale Hub azienda ospedaliera Cosenza – avvio procedure per la implementazione della piattaforma informatizzata				
	III Fase: Completamento dei percorsi formativi dei profili professionali afferenti alla rete				
	IV Fase: Campagne di informazione e comunicazione rivolte ai cittadini.				

DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO				
Fase	Azioni	Breve descrizione dei contenuti	Indicatori di verifica	
14	1	mappatura dei centri	Indagine conoscitiva sui centri Spoke, nodi della rete e MMG	SI/NO
		Stratificazione della popolazione assistita	Analisi dei dati dei flussi	Report Hub CS

	2	Cabina di regia C/O Centro regionale Hub azienda ospedaliera Cosenza	Istituzione gruppo di lavoro	Determina/Delibera aziendale (AO CS)
		avvio procedure per la implementazione della piattaforma informatizzata	Procedure amministrative per l'istallazione della piattaforma e acquisizione dei relativi software	Determine/Delibere aziendali
	3	Completamento dei percorsi formativi dei profili professionali afferenti alla rete	Attuazione dei corsi programmati per i medici MMG	n. personale formato/tot. personale (almeno il 60% del personale)
	4	Campagne di informazione e comunicazione rivolte ai cittadini.	Realizzazione di campagne informative rivolte alla popolazione	n. di eventi realizzati (almeno 1 evento nell'anno)

15	TRASFERIBILITA'	
	Tipo di realtà nella quale può essere implementato il progetto	Progetto o parte del progetto che può essere trasferita
	Il progetto può trovare applicazione in tutto il territorio regionale	<p>Il modello per la sua flessibilità organizzativa e per la capacità di mettere in comune le informazioni e le professionalità, può caratterizzare uno standard di riproducibilità in differenti contesti.</p> <p>Il coinvolgimento nella formazione delle diverse figure professionali, consentirà il trasferimento a cascata dell'approccio multidimensionale che il progetto intende avviare, per affrontare questioni sanitarie controverse e complesse, favorendo la scelta di orientamenti uniformi nella pratica clinica.</p>

SCHEMA PROGETTO		
1	LINEA PROGETTUALE	3. Costruzione e implementazione della rete di terapia del dolore e lo sviluppo delle cure palliative e terapia del dolore in area pediatrica
	TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO	3.1 Informatizzazione della rete di terapia del dolore e costituzione di una piattaforma digitale 3.2 Sviluppo delle cure palliative e della terapia del dolore in area pediatrica
	AREA DI INTERVENTO	Ospedale –territorio

2	RESPONSABILE REGIONALE DEL PROGETTO		
		Responsabile regionale	Dirigente del settore 7
		Recapiti telefonici e-mail	0961 856597 - f.fratto@regione.calabria.it
		Responsabile scientifico ⁵	Dott. Amato Francesco
		Ruolo e qualifica	Direttore UOC terapia del dolore A.O. di Cosenza
	Recapiti telefonici e-mail	330954624 - f.amato@aocs.it	

3	RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO - MODALITÀ DI REPERIMENTO RISORSE		
		Finanziamento	Riferimento (Delibera, atto ecc.)
			Importo
		<i>Risorse vincolate degli obiettivi del PSN</i>	Accordo Stato/regioni n. 91 del 6 giugno 2019 – Intesa n. 89 del 6.6.2019
	<i>Eventuali Risorse regionali</i>		

⁵ Al Responsabile Scientifico non verrà riconosciuto alcun compenso.

ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO			
	<i>Tipologia di costi</i>	<i>Importo in euro</i>	<i>Note</i>
4	Costi gestione progetto	234.235,00	Hub terapia del dolore Azienda Osp. Cosenza Coordinamento attività epidemiologica formativa. individuazione di pl dedicato
	Costi gestione progetto	100.000,00	individuazione di pl dedicato Az.Osp. Cz
		100.000,00	Individuazione di pl dedicati Az Osp. Reggio Cal.
		100.000,00	Individuazione di pl dedicati Azienda sanitaria di Crotone
		100.000,00	Individuazione di pl dedicati Azienda sanitaria di Vibo Valentia
TOTALE	634.235,00		
La ripartizione è avvenuta sulla base delle specifiche attività progettuali svolte dalle Aziende coinvolte			

RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO			
	<i>RISORSE NECESSARIE</i>	<i>N. RISORSE</i>	<i>NOTE</i>
5	o Disponibili		
	o Da acquisire		

6	ANALISI DEL CONTESTO/ SCENARIO DI RIFERIMENTO	<p>L' O.M.S. definisce le cure palliative pediatriche come "l'attiva presa in carico globale del corpo, della mente e dello spirito del bambino e che comprende il supporto attivo della famiglia" (Cancer Pain Relief and Palliative Care in Children, WHO-IASP, 1998).</p> <p>L'Intesa Stato - Regioni del 25 luglio 2012 (Rep. Atti n. 151/CSR) ha approvato il documento tecnico di "definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore" (art 5 comma 3 della legge 38 del 15 marzo 2010). Tale Intesa è stata interamente recepita dalla Regione Calabria con il DPGR 168 dell'8.10.2012 successivamente integrato con DCA n. 30 del 07.05.2015 (Accordo Stato-Regioni Rep. Atti n. 87/CSR del 10 luglio 2014).</p> <p>Il progetto si articola in due differenti ambiti: Costituzione e implementazione della rete della Terapia del Dolore Sviluppo delle cure palliative e della terapia del dolore in area Pediatrica.</p> <p>Per gestire, trattare tempestivamente e in maniera globale il paziente pediatrico con dolore è sempre più necessario erogare prestazioni sanitarie integrate. In particolare, il passaggio dal trattamento di primo livello a quello ad alta complessità deve prevedere un processo</p>
---	--	---

		<p>organizzativo e gestionale clinico basato su una reale integrazione multidisciplinare e multiprofessionale capace di dare una risposta di reale presa in carico assistenziale. Le Cure palliative rivolte ai minori, inoltre, presentano, rispetto a quelle dell'adulto, alcune peculiarità: devono modularsi in base alle mutevoli situazioni biologiche, psico-relazionali, sociali e cliniche del paziente pediatrico, rispondere quindi, ad una tipologia e quantità dei bisogni del tutto specifici che condizionano, a livello programmatico ed organizzativo, azioni da intraprendere e specifici modelli organizzativi da implementare.</p> <p>Un riferimento fondamentale sono anche gli studi svolti a livello nazionale e internazionale che, evidenziando un incremento del numero di minori eleggibili alle cure palliative, suggeriscono di favorire una specifica programmazione sanitaria nell'area pediatrica.</p> <p>Il DDG 11162 del 7.9.2011 "Approvazione linee guida per l'attuazione della rete di cure palliative" al paragrafo "L" già conteneva una iniziale proposta organizzativa relativamente alla tipologia assistenziale domiciliare pediatrica e tracciava sinteticamente la procedura da adottare per la segnalazione del bisogno e le modalità di presa in carico del minore affetto da patologia irreversibile. Nella linea progettuale numero 3 dell'Accordo Stato-Regioni del 1° agosto 2018 (Rep. Atti n.150/CSR), la rete di cure palliative e terapia del dolore pediatrica è stata intesa come "un'aggregazione funzionale ed integrata delle attività di terapia del dolore e cure palliative rivolte al minore, erogate nei diversi setting assistenziali, in ambito territoriale ed ospedaliero regionale". In relazione a tale Accordo nella Regione Calabria è stato necessario attivare un primo processo organizzativo, di consultazione e di analisi di contesto, al fine di valutare le reali necessità nell'area della palliazione e terapia del dolore pediatrica e, conseguentemente, per poter assicurare una organizzazione clinico gestionale della nascente rete di terapia del dolore e cure palliative pediatriche, valorizzando i modelli di integrazione ospedale-territorio, per una assistenza globale, continuativa, multidisciplinare, rivolta anche alle famiglie.</p> <p>La realizzazione di una rete dove l'appropriatezza e l'eccellenza caratterizzino il momento costitutivo deve trovare le sue ragioni nella conoscenza e nella condivisione di tale conoscenza. Da ciò l'esigenza di realizzare un percorso formativo orientato ai pediatri e agli operatori sanitari che fanno parte dei servizi della rete.</p>
--	--	---

7	DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO	Data inizio prevista	Data termine prevista	Possibile ulteriore proseguimento per anno successivo
		1.1.2019	31.12.2019	31.12.2020

8	OBIETTIVO GENERALE	Implementare la rete di cure palliative e della terapia del dolore in età pediatrica, attraverso un percorso circolare di cure integrate ospedale-territorio.
---	---------------------------	---

9	OBIETTIVI SPECIFICI	<p>1°. Obiettivo: Realizzare una valutazione aggiornata dei bisogni di salute nell'area della palliazione e terapia del dolore pediatrica.</p> <p>2°. Obiettivo: Organizzare funzionalmente la rete:</p> <ul style="list-style-type: none"> - identificare i posti letto di terapia del dolore e palliazione del paziente pediatrico dedicati, da allocare negli HUB delle AO di Catanzaro, Cosenza e Reggio Calabria, e negli spoke di Crotone e Vibo, preferibilmente nelle U.O. di pediatria;
---	----------------------------	---

		<ul style="list-style-type: none"> - individuare dei nodi per la gestione domiciliare affidata alle Aziende Sanitarie Provinciali.. <p>3°. Obiettivo: Dare seguito al programma formativo predisposto, rivolto ai profili professionali previsti dall'Accordo Stato- Regioni del 10.7.2014</p> <p>4°. Obiettivo: predisposizione e condivisione del PDTA specifico.</p>
--	--	--

10	RISULTATI ATTESI	
	A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati dal progetto	Attivazione della rete pediatrica di terapia del dolore e cure palliative. Creazione di uno specifico PDTA della presa in carico del paziente pediatrico in palliazione e con dolore. Coinvolgimento dei profili professionali che entrano nella rete, con attività di formazione a cascata
	A lungo periodo, a cui tendere, non direttamente raggiungibili al termine del progetto	Consolidamento di un modello organizzativo integrato con le altre reti di patologia, capace di rispondere alla logica sia della medicina di iniziativa che di prossimità.

11	PUNTI DI FORZA	
	Indicare i punti di <i>forza</i>	Indicare le strategie/azioni per l'implementazione
	<ul style="list-style-type: none"> -Una maggiore appropriatezza della presa in carico del paziente pediatrico in palliazione; -l'integrazione dei servizi ospedale –territorio -la razionalizzazione delle risorse umane, tecnologiche, strutturali ed economiche 	<p>Attraverso il PDTA specifico si attua una adeguata presa in carico del paziente pediatrico.</p> <p>Con l'individuazione di posti letto dedicati nella interconnessione delle reti e la gestione domiciliare, si ottimizzano tutte le risorse in relazione ai servizi offerti.</p>

12	PUNTI DI DEBOLEZZA	
	Indicare i punti di <i>debolezza</i>	Indicare le strategie/azioni per la riduzione
	<ul style="list-style-type: none"> - Problematiche connesse alla disponibilità di personale - Tempistica di approvazione degli atti formali - Possibili difficoltà nel reperire i dati nella fase di valutazione 	<ul style="list-style-type: none"> - Attivare politiche motivazionali del personale - Realizzare un Monitoraggio continuo sulla redazione ed approvazione degli atti previsti - Utilizzare tutte le banche dati regionali e locali disponibili e, in alternativa, effettuare lo studio sui dati di altre regioni.

13	DIAGRAMMA DI GANT				
	Descrizioni delle azioni relative a ogni fase				
		Mesi			
		1-2-3	4-5-6	7-8-9	10-11-12
	Valutazione bisogni di salute				
Organizzazione della rete					
Programma formativo rivolto agli operatori sanitari					

		DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO			
14		Fase	Azioni	Breve descrizione dei contenuti	Indicatori di verifica
		1	Valutazione bisogni di salute	Censimento popolazione in età pediatrica che necessita di cure palliative e terapia del dolore	Stesura report standard SI/NO
		2	Organizzazione della rete	Individuazione dei nodi della rete da integrare con la piattaforma del centro Hub regionale di cui al DCA 36/2015	Atto formale di approvazione dei nodi della rete standard SI/NO
		3	Programma formativo rivolto agli operatori sanitari	Corso di formazione articolato in tre moduli frontali e sul campo c/o l'HUB regionale di terapia del dolore.	n. operatori sanitari formati / totale degli operatori afferenti ai servizi interessati - standard 30%

		TRASFERIBILITA'	
15		Tipo di realtà nella quale può essere implementato il progetto	Progetto o parte del progetto che può essere trasferita
		HUB delle AO di Catanzaro, Cosenza e Reggio Calabria, Spoke di Crotona e Vibo, Strutture delle Aziende Sanitarie Provinciali	Il modello per la sua flessibilità organizzativa può caratterizzare uno standard di riproducibilità in differenti contesti. L'Attivazione della rete pediatrica di terapia del dolore e cure palliative rappresenta un modello organizzativo integrato con le altre reti di patologia, utilizzabile in ogni ambito sanitario per una piena integrazione ospedale-territorio

SCHEMA PROGETTO		
1	LINEA PROGETTUALE	4. Piano Nazionale Prevenzione e Azioni di supporto al PNP
	TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO	Piano Regionale della Prevenzione 2014 – 2019 e azioni di supporto
	AREA DI INTERVENTO	Prevenzione - Territorio regionale

2	RESPONSABILE REGIONALE DEL PROGETTO		
		Responsabile regionale	Dirigente del settore 9 - Servizi per le Fragilità, Dipendenze Patologiche e Salute Mentale- Prevenzione e Promozione della Salute
		<i>Recapiti telefonici e- mail</i>	0961 856597 - f.fratto@regione.calabria.it
		<i>Comitato scientifico⁶</i>	Decreto D.G. n. 10176 del 17 agosto 2016

3	RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO - MODALITÀ DI REPERIMENTO RISORSE			
		Finanziamento	Riferimento (Delibera, atto ecc.)	Importo
		<i>Risorse vincolate degli obiettivi del PSN</i>	Accordo Stato/regioni n. 91 del 6 giugno 2019 – Intesa n. 89 del 6.6.2019	€ 8.722.164,00
		<i>Eventuali Risorse regionali</i>		

⁶ Ai componenti del Comitato Scientifico non verrà riconosciuto alcun compenso.

ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
Tipologia di costi	Importo in euro	Note
Costi totali gestione del Piano Regionale di Prevenzione	8.678.553,00	la gestione delle attività del PRP è affidata alle Aziende sanitarie provinciali della Calabria alle quali va assegnato il finanziamento a quota capitaria
Costi gestione attività del Piano Regionale di Prevenzione comprese le attività formative e di comunicazione dei Programmi del PRP	3.143.327,40	Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza
	776.453,35	Azienda Sanitaria Provinciale di Crotona
	1.600.369,16	Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro
	713.595,85	Azienda Sanitaria Provinciale di Vibo Valentia
	2.444.807,25	Azienda Sanitaria Provinciale di Reggio Calabria
Costi totali per le Azioni di supporto al PRP	43.611,00	Le ASP accantonano il 5 x mille da destinare ai tre network: Osservatorio Nazionale Screening (ONS), Network Italiano Evidence-based Prevention (NIEBP), Associazione italiana dei registri tumori (AIRTUM);
5 x mille ai tre network: Osservatorio Nazionale Screening (ONS), Network Italiano Evidence-based Prevention (NIEBP), Associazione italiana dei registri tumori (AIRTUM);	15.795,68	Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza
	3.901,79	Azienda Sanitaria Provinciale di Crotona
	8.042,09	Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro
	3.585,92	Azienda Sanitaria Provinciale di Vibo Valentia
	12.285,51	Azienda Sanitaria Provinciale di Reggio Calabria
La ripartizione del finanziamento è effettuata con la stessa modalità di assegnazione ministeriale su popolazione residente all'1.1.2018		

5	RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO	
	<i>RISORSE NECESSARIE</i>	<i>N. RISORSE</i>
		<i>NOTE</i>
	○ Disponibili	
	○ Da acquisire	

6	ANALISI DEL CONTESTO/ SCENARIO DI RIFERIMENTO	<p>L'Intesa Stato- Regioni del 13/11/2014 (rep. Atti n.156/CSR) ha previsto che le Regioni e le PP.AA. dovessero predisporre i propri Piani Regionali per la Prevenzione 2014-2018.</p> <p>L'Accordo del 25 marzo 2015 (rep. Atti n.56/CSR) ha definito il documento di valutazione di tali Piani, prevedendo la verifica Ministeriale della rispondenza dei PRP ai criteri definiti nel documento.</p> <p>L'Intesa Stato/Regioni del 21dicembre 2017 (Rep. Atti n. 247/CSR) ha sancito la proroga del PNP a tutto il 31.12.2019 prevedendo la possibilità di rimodulazione dei PRP, nel contesto della stessa struttura del PNP e confermando il documento di valutazione, la certificazione e gli standard, traslando al 2019 la valutazione di risultato.</p> <p>In questo contesto generale la Regione Calabria ha seguito nel quinquennio, tutti gli step necessari a perseguire i macro-obiettivi nazionali, ad organizzare il sistema di monitoraggio dello stato di avanzamento dei progetti/interventi/azioni, a supportare le azioni territoriali, a facilitare l'intersettorialità e la multidisciplinarietà.</p> <p>Inoltre sono stati rispettate le procedure e le tempistiche di rendicontazione fissate, che hanno portato alla certificazione annuale del PRP.</p> <p>Nell'anno 2019 gli obiettivi del PRP, rimodulato, da ultimo, con DCA n. 127/2018, dovranno essere conseguiti in termini di risultato e, pertanto, grande attenzione dovrà essere posta all'utilizzo di tutte le risorse (umane, economiche, organizzative e strumentali), incluse le risorse e le attività da finalizzare al funzionamento dei tre network: Osservatorio Nazionale Screening (ONS), Network Italiano Evidence-based Prevention (NIEBP), Associazione italiana dei registri tumori (AIRTUM); ciò al fine di ottimizzare le azioni atte al raggiungimento delle finalità di salute fissate nel Piano.</p>
----------	--	---

7	DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO	Data inizio prevista	Data termine prevista	Possibile ulteriore proseguimento per anno successivo
		1.1.2019	31.12.2019	31.12.2020

8	OBIETTIVO GENERALE	Raggiungimento degli obiettivi centrali del Piano Regionale della Prevenzione, il cui valore atteso è fissato nei singoli progetti, interventi, azioni.
----------	---------------------------	---

9	OBIETTIVI SPECIFICI	<p>1°. Obiettivo: adesione degli istituti scolastici alle iniziative di promozione della salute, nella proporzione attesa</p> <p>2°. Obiettivo: raggiungimento dei valori regionali di prevalenza attesa per tutte le sorveglianze</p> <p>3°. Obiettivo: attuazione delle disposizioni regionali sugli screening</p> <p>4°. Obiettivo: Attuare tutte le attività di controllo in materia di sicurezza nei luoghi di lavoro, inclusa l'adozione di atti di indirizzo e di collaborazione interdisciplinare</p> <p>5°. Obiettivo: aumentare la proporzione di popolazione vaccinata, inclusi l'anagrafe vaccinale, il miglioramento del sistema di notifica delle MI, le sorveglianze specifiche</p> <p>6°. Obiettivo: garantire tutte le attività formative previste per gli operatori sanitari, in materia di rischi sui luoghi di lavoro, sicurezza alimentare, salute e ambiente, REACH e CLP</p> <p>7°. Obiettivo: garantire le azioni di supporto dei Network ONS, NIEBP, AIRTUM</p>
----------	----------------------------	--

RISULTATI ATTESI		
10	A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati dal progetto	- Il raggiungimento degli obiettivi fissati nel Piano Regionale della Prevenzione, secondo gli standard attesi degli indicatori di risultato, rappresenterà un miglioramento dello stato di salute (inteso nella sua più ampia accezione) della popolazione calabrese, anche in termini di consapevolezza e conoscenza.
	A lungo periodo, a cui tendere, non direttamente raggiungibili al termine del progetto	- Il percorso di coinvolgimento attivo dei diversi target di popolazione, in un'ottica di prevenzione, unitamente ad una migliore organizzazione dell'offerta per il raggiungimento della dimensione One health e di salute in tutte le politiche, rappresentano una importante base di ripartenza per affrontare le sfide del prossimo piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025.

PUNTI DI FORZA		
	Indicare i punti di <i>forza</i>	Indicare le strategie/azioni per l'implementazione
11	Le Aziende Sanitarie provinciali hanno recepito i principi sui quali si basa il Piano Regionale della Prevenzione 2014-2019. Inoltre molti professionisti delle Aziende, che operano quotidianamente sul territorio hanno seguito corsi di formazione specifici e sono stati coinvolti a livello regionale in gruppi di lavoro e/o azioni strategiche.	Il gruppo di coordinamento regionale opererà un'azione costante e puntuale sul territorio, con particolare riferimento alle Aziende nelle quali si manifestino difficoltà organizzative o operative

PUNTI DI DEBOLEZZA		
	Indicare i punti di <i>debolezza</i>	Indicare le strategie/azioni per la riduzione
12	Organizzazione delle AASSPP/AOO attualmente Commissariate. Possibile riduzione del grado di compliance di operatori o target, causato dalle carenze organizzative legate ai cambiamenti continui dei management aziendali	<ul style="list-style-type: none"> - Condivisione, a livello Regionale, del percorso con i Commissari non appena formalizzati - Costante azione di supporto alle Aziende dal livello regionale, garantendo anche la redazione di indirizzi e atti che facilitino l'implementazione delle azioni. - Favorire l'applicazione degli istituti contrattuali al personale per le eventuali attività supplementari espletate per il raggiungimento degli obiettivi del PRP. Supportare altresì la fase della comunicazione.

DIAGRAMMA DI GANT					
13	Descrizioni delle azioni relative a ogni fase	Mesi			
		1-2-3	4-5-6	7-8-9	10-11-12
		Esecuzione delle attività e Monitoraggio continuo			
Riunioni operative di supporto presso le Aziende					
Adozione di atti e indirizzi centrali					
Preparazione dei resoconti finalizzati alla rendicontazione					
Predisposizione format regionale per la rendicontazione finale					

DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO			
Fase	Azioni	Breve descrizione dei contenuti	Indicatori di verifica
1	Esecuzione delle attività e Monitoraggio continuo	Le AASSPP proseguono le attività fissate nei singoli progetti/interventi/azioni per il perseguimento degli obiettivi di risultato attesi. Il livello centrale regionale monitora costantemente lo stato di avanzamento	Report Aziendali
	Riunioni operative di supporto presso le Aziende	Presso le AASSP vengono realizzati incontri operativi finalizzati alla risoluzione di talune problematiche o difficoltà sopraggiunte	Verbali ASP
2	Adozione di atti e indirizzi centrali	In presenza di necessità operative rilevate sul territorio, il livello regionale emana atti, circolari, note finalizzate alla risoluzione delle criticità	Relazione Aziendale
3	Preparazione dei resoconti finalizzati alla rendicontazione	I coordinatori Aziendali del PRP raccolgono le evidenze e i dati relativi ai risultati dei singoli progetti/interventi/azioni, incluse le attività realizzate con i tre Network (ONS, NIEBP, AIRTUM) finalizzati all'invio della rendicontazione finale alla Regione	Verbali/ relazioni ASP
	Predisposizione format regionale per la rendicontazione finale	I coordinatori Aziendali del PRP predispongono la compilazione puntuale del format regionale per la rendicontazione finale	Report Aziendali

TRASFERIBILITA'	
15	<p>Tipo di realtà nella quale può essere implementato il progetto</p> <p>Aziende Sanitarie Provinciali ed Aziende Ospedaliere del SSR e contesto sociale</p>
	<p>Progetto o parte del progetto che può essere trasferita</p> <p>La piena implementazione del PRP se da un lato garantisce il perseguimento degli obiettivi di salute per la popolazione tutta, consente altresì di realizzare una governance unitaria ed, altresì, una crescita culturale di operatori e cittadini insieme.</p>

SCHEDA PROGETTO		
1	LINEA PROGETTUALE	5. La tecnologia sanitaria come strumento di integrazione ospedale – territorio
	TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO	Modelli di assistenza Ospedale-Territorio: 5.1 Implementazione del modello assistenziale di telesalute integrata ospedale-territorio-domicilio e sperimentazione tele riabilitazione per pazienti cerebrolesi o con malattie neurodegenerative 5.2 Sperimentazione e implementazione di nuove tecnologie a supporto della presa in carico delle multicronicità
	AREA DI INTERVENTO	Territorio regionale

RESPONSABILE REGIONALE DEL PROGETTO		
2	Responsabile regionale	Dirigente del settore 7 – Servizi Territoriali e personale convenzionato
	Recapiti telefonici e-mail	0961 856597 – f.fratto@regione.calabria.it
	Responsabile scientifico ⁷	Dott. Maurizio Cipolla
	Ruolo e qualifica	Presidente società italiana telemedicina, MMG
	Recapiti telefonici e-mail	3349612080 - pietro.gareri@alice.it
	Comitato scientifico ⁸	Dott. Pietro Gareri; Ing. Angelo Brutto, Dott. Luciano Manfredi

RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO - MODALITÀ DI REPERIMENTO RISORSE			
3	Finanziamento	Riferimento (Delibera, atto ecc.)	Importo
	<i>Risorse vincolate degli obiettivi del PSN</i>	Accordo e Intesa Stato /Regioni del 6 giugno 2019	Progetto 1: € 2.800.000,00 Progetto 2: € 6.200.000,00 Totale linea: € 9.000.000,00
	<i>Eventuali Risorse regionali</i>		

⁷ Al Responsabile Scientifico non verrà riconosciuto alcun compenso.

⁸ Ai componenti del Comitato Scientifico non verrà riconosciuto alcun compenso.

ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO 5.1			
4	<i>Tipologia di costi</i>	<i>Importo in euro</i>	<i>Note</i>
	Costi gestione progetto	2.000.000,00	Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone
	Costi acquisizione beni e servizi	500.000,00	
	Costi per la formazione e comunicazione	300.000,00	
TOTALE	2.800.000,00		

RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO 5.1			
5	<i>RISORSE NECESSARIE</i>	<i>N. RISORSE</i>	<i>NOTE</i>
	o Disponibili		
	o Da acquisire		

6	ANALISI DEL CONTESTO/ SCENARIO DI RIFERIMENTO	<p>Il Piano Nazionale cronicità (Accordo Stato Regioni del 16/09/2016 n. 160) ha fissato come obiettivo fondamentale <i>“quello di contribuire al miglioramento della tutela delle persone affette da malattie croniche, riducendone il peso sull’individuo, sulla sua famiglia e sul contesto sociale, migliorando la qualità della vita, rendendo più efficaci ed efficienti i servizi sanitari in termini di prevenzione e assistenza assicurando maggiore uniformità ed equità di accesso ai cittadini”</i>.</p> <p>Nel congresso della SIRN (Società Italiana di riabilitazione neurologica) del 2017 è emerso 250.000 persone entrano ogni anno in coma; di queste una su tre ne esce indenne, ma per molti di loro il coma evolve in stato vegetativo, che diventa persistente dopo i 3 mesi.</p> <p>I dati epidemiologici italiani attualmente disponibili stimano 10-15 nuovi casi di GCA/100.000 abitanti ogni anno con un aumento di incidenza dei casi di origine non traumatica. Una percentuale rilevante di questi soggetti, in numero di 6 casi/100.000, permane in condizione di stato vegetativo, situazione di gravissima disabilità; in Italia sono stimati circa 3.000 i casi complessivi.</p> <p>Si stima che circa il 70 % delle risorse sanitarie a livello mondiale sia oggi speso per la gestione delle malattie croniche. Nel 2020 le cronicità rappresenteranno l’80% delle patologie nel mondo; è necessaria la definizione di nuovi modelli assistenziali che siano in grado di prendere in carico il paziente nel lungo termine, prevenire e contenere la disabilità, garantire continuità e integrazione degli interventi sociosanitari.</p> <p>Va, pertanto, generalizzato il ricorso alla telemedicina per superare il punto debole rappresentato dalla interruzione della continuità assistenziale prevedendo un percorso protetto a partire dalla dimissione del paziente fino alla gestione domiciliare delle cronicità. Solo la telemedicina è in grado di offrire un’assistenza medica a pazienti lontani da una struttura sanitaria o impossibilitati a raggiungere la struttura idonea.</p> <p>La telemedicina consente la contemporanea disponibilità di tutte le</p>
---	--	---

		<p>componenti specialistiche, in luoghi scarsamente forniti di servizi sanitari o in situazioni di emergenza ed il miglioramento in termini di efficacia e tempestività degli interventi diagnostici e/o terapeutici in situazioni di urgenza.</p> <p>Lo sviluppo della tecnologia con specifici dispositivi medici consentono oggi la videocomunicazione bidirezionale e interattiva di dati numerici, segnali acustici e immagini e segnali biomedici a distanza in tempo reale.</p> <p>La telemedicina consente l'erogazione dell'assistenza sanitaria da parte degli operatori della salute quando la distanza rappresenta un fattore di difficoltà in quanto riduce gli spostamenti del paziente e del personale medico, riduce la permanenza al minimo indispensabile in ambienti ospedalieri, riduce i costi sia pubblici che privati ed aumenta la produttività mantenendo l'efficacia e l'efficienza a livelli elevati.</p> <p>L'Istituto Sant'Anna di Crotona ha realizzato un progetto, presentato dalla Regione Calabria a valere sulle risorse vincolate per gli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale ed approvato dal Ministero della Salute nel maggio 2010, finalizzato ad attivare una sperimentazione gestionale, unica in Italia e presumibilmente in Europa, per l'assistenza di pazienti cronici in Stato Vegetativo (SV) e Stato di Minima Coscienza (SMC) sull'intero territorio regionale calabrese. Alla realizzazione del progetto sono state coinvolte tutte le Aziende Sanitarie Provinciali della Regione: Catanzaro, Cosenza, Reggio Calabria, Vibo Valentia e Crotona che ha svolto le funzioni di soggetto capofila.</p> <p>Il servizio integrato per l'assistenza domiciliare di persone in Stato Vegetativo e in Stato di Minima Coscienza consiste in un modello assistenziale innovativo che attraverso lo strumento della telemedicina offre una ospedalizzazione domiciliare integrata da accessi periodici di una équipe multidisciplinare opportunamente formata. L'Istituto S. Anna, attraverso il governo clinico e assistenziale, monitora i parametri vitali, servendosi di una piattaforma certificata come medical device, i pazienti in carico. Le attività di sperimentazione delle procedure e i protocolli messi a punto hanno fornito una serie di risultati che richiedono, ai fini del consolidamento del modello assistenziale, una ulteriore sperimentazione più estesa in termini di durata, anche per colmare differenze assistenziali registrate nei territori delle diverse ASP, prevedendo una gestione centralizzata condivisa in capo ad un unico soggetto.</p>
--	--	--

7	DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO 5.1	Data inizio prevista	Data termine prevista	Possibile ulteriore proseguimento per anno successivo
		1.1.2019	31.12.2019	31.12.2020

8	OBIETTIVO GENERALE	<p>L'obiettivo principale è quello di migliorare e potenziare il modello assistenziale per garantire la continuità dell'assistenza ai pazienti in SV o SMC in condizioni di uniformità in tutto il territorio regionale, e di sperimentare l'implementazione del modello sulle cerebro lesioni e le malattie neurodegenerative attraverso l'uso della teleriabilitazione.</p> <p>In particolare, la Regione, in linea con quanto previsto dalle osservazioni epidemiologiche, con il progetto intende coprire il 100% del fabbisogno previsto attraverso una rete di assistenza domiciliare</p>
---	---------------------------	---

		<p>distribuita in tutto il territorio regionale.</p> <p>Si potrà, altresì, validare un modello che possa contribuire a rendere uniforme ed omogeneo su tutto il territorio nazionale l'approccio per la cura e la gestione di questa tipologia di pazienti, oltre che avviare un percorso sperimentale che sia di supporto alla regolamentazione dell'assistenza a domicilio attraverso strumenti di telemedicina e reti di operatori distribuiti per l'assistenza remota.</p>
--	--	--

9	OBIETTIVI SPECIFICI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Obiettivo - Garanzia della continuità assistenziale dei pazienti in trattamento in condizioni di uniformità in tutto il territorio regionale 2. Obiettivo – Favorire la continuità assistenziale attraverso una effettiva integrazione Ospedale-Territorio 3. Obiettivo - Definizione e consolidamento delle modalità di remunerazione di prestazioni con sistemi innovativi di telemedicina e teleassistenza nell'ambito dell'assistenza domiciliare 4. Obiettivo – Valutazione degli aspetti organizzativi relativi agli operatori coinvolti nell'assistenza domiciliare 5. Obiettivo - Riduzione dei costi di assistenza per questa tipologia di pazienti attraverso la riduzione dei ricoveri nelle strutture ospedaliere (riabilitazione, lungodegenza, reparti di area medica e RSA medicalizzate) 6. Obiettivo – Valutare e sperimentare l'utilizzo della tele riabilitazione finalizzata alla deospedalizzazione precoce di pazienti cerebrolesivi o con malattie neurodegenerative 7. Obiettivo - Incremento delle competenze professionali del personale medico, degli assistenti sociali, degli infermieri, delle caregiver attraverso attività formative mirate 8. Obiettivo - Miglioramento delle condizioni di vita dei pazienti 9. Obiettivo - Riduzione dei disagi per le famiglie 10. Obiettivo - Trasferimento della metodologia adottata per l'assistenza ai Pazienti in SV o SMC a pazienti affetti da altre patologie multicroniche con relativa assistenza 11. Individuazione di nuovi strumenti, nuove tecnologie e metodologie assistenziali
---	----------------------------	---

	RISULTATI ATTESI	
10	<p>A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati dal progetto</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Miglioramento dei trattamenti individuali per i pazienti in SV e SMC, cerebrolesivi e con malattie neurodegenerative - Facilitazione e diffusione della pratica di ricoveri a domicilio in condizioni di sicurezza, con grande sollievo delle famiglie - Incremento della professionalità del personale medico, degli assistenti sociali, degli infermieri, delle caregiver e, in generale, delle persone che per motivi professionali vengono a contratto con i pazienti presso il loro domicilio - Miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza del servizio sanitario per la cura di questa tipologia di pazienti - Miglioramento dell'aderenza al trattamento farmacologico/riabilitativo - Efficace stratificazione dei pazienti pluripatologici con disabilità neurologiche
	<p>A lungo periodo, a cui tendere, non direttamente</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Diffondere e standardizzare modelli di cura alternativi all'ospedalizzazione, quale l'assistenza domiciliare, favorendo una

	raggiungibili al termine del progetto	<p>gestione integrata del paziente entro una rete orizzontale che colleghi l'ospedale al territorio.</p> <ul style="list-style-type: none"> - per i territori disagiati rendere possibile l'accesso a distanza alle prestazioni specialistiche per la gestione clinica del follow-up post-acuzie o post-complicanza oppure nella quotidiana gestione della cronicità, senza che il paziente sia costretto a spostarsi anche per lunghi tratti. - aumentare l'appropriatezza, la sicurezza, l'accessibilità, l'equità e la rapidità di accesso alle procedure di diagnosi e cura migliorando la continuità e aderenza al trattamento, indipendentemente dal luogo in cui si trovano i pazienti. - attivare percorsi clinico-assistenziali continui e integrati per la gestione dei malati multicronici anche con patologie complesse che apportino significativi benefici al loro stato di salute, riducendo le riacutizzazioni e le ospedalizzazioni, con conseguenti vantaggi in termini di economie di scala sui costi della sanità pubblica - mettere in contatto pazienti con le competenze specialistiche indipendentemente dal luogo in cui fisicamente si trovano, realizzando una sorta di "ricovero virtuale" a domicilio del paziente. - rendere possibile, attraverso un servizio di assistenza remota, ai pazienti in fase subacuta o cronica di essere assistiti direttamente a casa propria, con conseguenti vantaggi economici e significativi miglioramenti della qualità di vita percepita. - minimizzare gli spostamenti, massimizzando, al contempo, il trasferimento delle informazioni in una competizione che è possibile vincere mettendo la tecnologia al servizio della medicina. - Incrementare l'assistenza a domicilio che, specie per le forme di cronicità, sia alternativa ai ricoveri ospedalieri inappropriati e che sia una forma assistenziale da preferire, per i suoi vantaggi sulla qualità della vita del paziente e per i benefici economici rispetto a forme di ricovero anche di carattere extraospedaliero. - generalizzare modelli che garantiscano la continuità assistenziale e la collaborazione tra paziente, MMG, infermiere, attuati con sistemi di telesorveglianza e accessi domiciliari da parte dell'infermiere tutor solo in caso di necessità, per ottenere miglioramenti del quadro funzionale del paziente e nel ridurre le ospedalizzazioni, con effetti favorevoli sulle spese sanitarie - Valutare prontamente il rischio iatrogeno attraverso un costante monitoraggio della terapia e la supervisione del MMG - creare reti e strumenti di condivisione delle informazioni e delle buone pratiche a livello nazionale e internazionale
--	---------------------------------------	---

PUNTI DI FORZA		
	Indicare i punti di <i>forza</i>	Indicare le strategie/azioni per l'implementazione
11	<ul style="list-style-type: none"> - Soddisfazione da parte delle famiglie - Diminuzione dei costi per l'assistenza ai pazienti cronici in SV e SMC rispetto al regime di ricovero in strutture ospedaliere o residenziali - Diminuzione dei costi legati ai ricoveri causati da patologie intercorrenti, grazie all'opera di prevenzione che ne ridurrà la necessità 	<ul style="list-style-type: none"> - Diffusione di risultati - Migliorare la comunicazione con gli stakeholder - Migliorare la comunicazione con le famiglie

PUNTI DI DEBOLEZZA		
	Indicare i punti di <i>debolezza</i>	Indicare le strategie/azioni per la riduzione
12	<ul style="list-style-type: none"> - Difficoltà per assicurare l'assistenza fisioterapica ed infermieristica da parte delle strutture pubbliche - Rapporto con i medici di famiglia 	<ul style="list-style-type: none"> - Consentire totalmente l'assistenza sanitaria (fisioterapisti, infermieri, operatori sociosanitari, etc.) - Costante e periodica attività formative di tutti gli operatori coinvolti nel processo assistenziale.

DIAGRAMMA DI GANT					
	Descrizioni delle azioni relative a ogni fase	Mesi			
		1-2-3	4-5-6	7-8-9	10-11-12
		13	Continuità assistenziale domiciliare dei pazienti in SV ed SMC		
	Attivazione gruppi di lavoro integrati con referenti dell'Istituto S.Anna e delle Aziende Sanitarie Provinciali				
	Verifica ed integrazione delle procedure nell'ambito dell'assistenza domiciliare per la specificità dei pazienti				
	Verifica e definizione degli aspetti organizzativi relativi agli operatori coinvolti nell'assistenza domiciliare				
	Definizione di un modello di tele riabilitazione per pazienti cerebrolesi o con malattie neurodegenerative				
	Definizione e consolidamento delle modalità di remunerazione di prestazioni con sistemi innovativi nell'ambito della telemedicina (teleassistenza, tele riabilitazione)				
	Valutazione e comparazione dei costi per questa tipologia di pazienti a carico del SSR				
	Attività formative operatori coinvolti nell'assistenza (medici, infermieri, terapisti, caregiver)				
	Rilevazione soddisfazione del servizio di assistenza				
	Rilevazione miglioramento condizioni di vita				
	Individuazione di altre				

condizioni patologiche multicroniche idonee al modello assistenziale				
Definizione di procedure assistenziali specifiche per altre patologie				
Individuazione e sperimentazione di nuovi strumenti, nuove tecnologie e metodologie assistenziali				

DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO 5.1				
	Fase	Azioni	Breve descrizione dei contenuti	Indicatori di verifica
14	1	Continuità assistenziale domiciliare dei pazienti in SV ed SMC	Prosecuzione delle attività di assistenza domiciliare per persone in SV ed SMC con diverse eziologie (tele monitoraggio, tele assistenza, tele consulto e visite periodiche di un equippe formata da medico, infermiere, terapeuta, oss)	Rapporto fra pazienti in assistenza e fabbisogno regionale
		Attivazione gruppi di lavoro integrati con referenti dell'Istituto S. Anna e delle Aziende Sanitarie Provinciali	Per un corretto consolidamento del modello assistenziale si ritiene necessaria l'istituzione di tavoli di lavoro permanenti con i referenti di ciascuna ASP integrati da personale dell'Istituto S. Anna per condivisione delle metodologie al fine di rendere omogenea l'assistenza su tutto il territorio regionale in coerenza con le procedure e normative di settore vigenti	Numero di gruppi di lavoro formalmente attivati e metodologie condivise
		Verifica ed integrazione delle procedure nell'ambito dell'assistenza domiciliare per la specificità dei pazienti	Analisi delle procedure attualmente utilizzate per questo setting assistenziale, ed integrazione delle stesse con nuove procedure di assistenza attraverso l'individuazione e l'utilizzo delle tecnologie innovative.	Nuove procedure rispetto a quelle attualmente utilizzate
	2	Verifica e definizione degli aspetti organizzativi relativi agli operatori coinvolti nell'assistenza domiciliare	Analisi e revisione dell'attuale modello organizzativo anche al fine di individuare diversi assetti assistenziali più idonei alle esigenze dei pazienti in carico. In tale attività sarà definita la composizione migliore delle professionalità che a vario titolo contribuiranno all'assistenza domiciliare in virtù della pregressa esperienza.	Approvazione nuovo modello assistenziale
	3	Definizione di un modello di tele riabilitazione per pazienti cerebrolesi o con malattie neurodegenerative	Lo strumento della tele riabilitazione unitamente al modello di teleassistenza oggetto della sperimentazione, sfruttando dispositivi innovativi messi a disposizione del mercato dei medical device, può consentire una deospedalizzazione precoce di persone con cervello lesioni o con malattie neurodegenerative. Attraverso questa attività si vuole studiare e sperimentare un modello assistenziale da validare a livello regionale.	Adempimento obiettivo e approvazione nuovo modello assistenziale
		Definizione e consolidamento	Analisi dei costi sostenuti nella sperimentazione Oberon e Oberon2.0, attualizzazione degli stessi in	Adempimento obiettivo

	delle modalità di remunerazione di prestazioni con sistemi innovativi nell'ambito della telemedicina (teleassistenza, tele riabilitazione)	base alle nuove tecnologie presenti in commercio e definizioni di una ipotesi di tariffa per l'attività di ospedalizzazione domiciliare con l'utilizzo di sistemi di telemedicina. Definizione della modalità di remunerazione dell'attività di tele riabilitazione.	
	Valutazione e comparazione dei costi per questa tipologia di pazienti a carico del SSR	Analisi comparativa fra i costi sostenuti per assistenza tradizionale in strutture di riabilitazione, lungodegenza ed in RSA medicalizzata e per assistenza attraverso il modello di ospedalizzazione domiciliare proposto.	Report comparazione costi
4	Attività formative operatori coinvolti nell'assistenza (medici, infermieri, terapisti, caregiver)	Definizione di programmi formativi per le diverse competenze professionali coinvolte, e costante revisione delle competenze necessaria al fine del continuo miglioramento del modello assistenziale proposto.	Adempimento obiettivo
5	Rilevazione soddisfazione del servizio di assistenza	Predisposizione e somministrazione di strumenti per la verifica continua del grado di soddisfazione del modello assistenziale proposto.	Report analisi e valutazioni
	Rilevazione miglioramento condizioni di vita	Predisposizione di strumenti innovativi per il monitoraggio delle condizioni di vita.	Report analisi e valutazioni
6	Individuazione di altre condizioni patologiche croniche idonee al modello assistenziale	Analisi e individuazione di situazioni di grave disabilità cronica che possano essere assistiti in ospedalizzazione domiciliare attraverso il modello innovativo proposto, con relativa sperimentazione assistenziale su tutto il territorio Regionale.	Avvio sperimentazione per altre patologie
	Definizione di procedure assistenziali specifiche per altre patologie	Analisi delle differenti esigenze assistenziali tra le diverse condizioni patologiche esaminate e stesura delle relative procedure assistenziali da integrare nel modello proposto.	Adempimento obiettivo
	Individuazione di nuovi strumenti, nuove tecnologie e metodologie assistenziali	Analisi e test di verifica di strumenti tecnologici innovativi per il miglioramento del modello di assistenza proposto.	Adempimento obiettivo

15	TRASFERIBILITA'	
	Tipo di realtà nella quale può essere implementato il progetto	Progetto o parte del progetto che può essere trasferita
	Intero territorio regionale e nazionale	Metodologia di assistenza domiciliare integrata Teleassistenza Telemonitoraggio dei parametri vitali a pazienti affetti da patologie anche gravi Teleriabilitazione

SCHEDA PROGETTO		
1	LINEA PROGETTUALE	5. La tecnologia sanitaria come strumento di integrazione ospedale – territorio
	TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO	Modelli di assistenza Ospedale-Territorio: 5.1 <i>Implementazione del modello assistenziale di telesalute integrata ospedale-territorio-domicilio e sperimentazione tele riabilitazione per pazienti cerebrolesi o con malattie neurodegenerative</i> 5.2 Sperimentazione e implementazione di nuove tecnologie a supporto della presa in carico delle multicronicità
	AREA DI INTERVENTO	Territorio regionale

2	RESPONSABILE REGIONALE DEL PROGETTO		
		Responsabile regionale	Dirigente del settore 7 – Servizi Territoriali e personale convenzionato
		Recapiti telefonici e-mail	0961 856597 - f.fratto@regione.calabria.it
		Responsabile scientifico ⁹	Dott. Maurizio Cipolla
		Ruolo e qualifica	Presidente società italiana telemedicina, MMG
		Recapiti telefonici e-mail	3351368613 - cipolla.maurizio54@gmail.com
	Comitato scientifico ¹⁰	Dott. Pietro Gareri; Dott. Luciano Manfredi; Ing. Aldo Mauro; Ing. Angelo Brutto.	

3	RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO - MODALITÀ DI REPERIMENTO RISORSE		
		Finanziamento	Riferimento (Delibera, atto ecc.)
			Importo
		<i>Risorse vincolate degli obiettivi del PSN</i>	Accordo e Intesa Stato /Regioni del 6 giugno 2019
	<i>Eventuali Risorse regionali</i>		
4	ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE		

⁹ Al Responsabile Scientifico non verrà riconosciuto alcun compenso.

¹⁰ Ai componenti del Comitato Scientifico non verrà riconosciuto alcun compenso.

DEL PROGETTO 5.2		
<i>Tipologia di costi</i>	<i>Importo in euro</i>	<i>Note</i>
Costi gestione e monitoraggio progetto	1.350.000,00	I costi saranno suddivisi in percentuale in base alla popolazione residente fra le 5 aziende sanitarie provinciali.
Costo gestione procedure	150.000,00	Asp Capofila: Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro
Costi acquisizione beni e servizi	4.200.000,00	I costi saranno suddivisi in percentuale in base alla popolazione residente fra le 5 aziende sanitarie provinciali.
Costi per la formazione e comunicazione	500.000,00	I costi saranno suddivisi in percentuale in base alla popolazione residente fra le 5 aziende sanitarie provinciali.

Aziende	Costi gestione e monitoraggio progetto	Costo gestione procedure	Costi acquisizione beni e servizi	Costi per la formazione e comunicazione	totali
Azienda sanitaria Provinciale Cosenza	488.963,08		1.521.218,47	181.097,44	2.191.278,98
Azienda sanitaria Provinciale di Crotone	120.781,89		375.765,87	44.734,03	541.281,79
Azienda sanitaria Provinciale di Catanzaro	248.946,84	150.000,00	774.501,29	92.202,53	1.265.650,66
Azienda sanitaria Provinciale Vibo Valentia	111.004,03		345.345,88	41.112,61	497.462,52
Azienda sanitaria Provinciale di Reggio Calabria	380.304,16		1.183.168,49	140.853,39	1.704.326,04
totali	1.350.000,00	150.000,00	4.200.000,00	500.000,00	6.200.000,00

5	RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO 5.2		
	<i>RISORSE NECESSARIE</i>	<i>N. RISORSE</i>	<i>NOTE</i>
	o Disponibili		
	o Da acquisire		

6	ANALISI DEL CONTESTO/ SCENARIO DI RIFERIMENTO	<p>L'evoluzione in atto della dinamica demografica, e la conseguente modificazione dei bisogni di salute della popolazione, con una quota crescente di anziani e patologie croniche, rendono necessario un ridisegno strutturale ed organizzativo della rete dei servizi, soprattutto nell'ottica di rafforzare l'ambito territoriale di assistenza. L'innovazione tecnologica può contribuire a una riorganizzazione della assistenza sanitaria, in particolare sostenendo lo spostamento del fulcro dell'assistenza sanitaria dall'ospedale al territorio, attraverso modelli assistenziali innovativi incentrati sul cittadino e facilitando l'accesso alle prestazioni sul territorio nazionale. In Calabria ben il 24,5% delle persone presenta almeno 2 malattie croniche concomitanti e si registra la quota più elevata di malati di diabete (20,9%), ipertensione (8,2%) e disturbi nervosi (7,0% della popolazione).</p> <p>Con DCA n°93 del 18.06.2019, è stato recepito il Piano Nazionale della</p>
----------	--	--

Cronicità di cui all'Accordo Stato - Regioni Rep atti 160/csr del 15 settembre 2016 che fissa come obiettivo fondamentale "quello di contribuire al miglioramento della tutela delle persone affette da malattie croniche, riducendone il peso sull'individuo, sulla sua famiglia e sul contesto sociale, migliorando la qualità della vita, rendendo più efficaci ed efficienti i servizi sanitari in termini di prevenzione e assistenza assicurando maggiore uniformità ed equità di accesso ai cittadini"

Per raggiungere l'obiettivo di una assistenza sempre più puntuale ed equa, non si può non tenere in considerazione la posizione primaria che rivestono i medici di medicina generale nel contesto assistenziale. Nei sondaggi sia nazionali che regionali, sul grado di soddisfazione della popolazione nei riguardi della sanità, il voto dato ai medici di famiglia risulta essere sempre tra i più alti, se non il più alto. Ciò nondimeno ampi margini di miglioramento sono possibili nel sistema sanitario calabrese per avvicinare l'assistenza primaria ai cittadini senza costringerli a muoversi, anche per ricevere prestazioni non complesse, verso il più vicino ospedale. Trasferire quindi, come è corretto fare, molti servizi che oggi intasano gli ospedali, sul territorio, riducendo gli accessi al pronto soccorso, ai poliambulatori e conseguentemente i ricoveri; creando percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali (PDTA) completi, territorio-ospedale-territorio. Attivare, inoltre, una prevenzione più efficace nel settore oncologico-screening e della vaccinazione; migliorare l'appropriatezza prescrittiva nel settore farmaceutico, la promozione di stili di vita salutari e non solo, per finanziare altri servizi.

Raggiungere gli obiettivi sopra esposti senza una reale collaborazione fra tutti gli attori coinvolti a vario titolo nel processo di assistenza non sarà mai possibile. Le modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie svolgono un ruolo fondamentale, insieme alle tecniche assicurate dalla telemedicina fondamentali in tal senso. Tutto ciò contribuisce a garantire:

- equità nell'accesso alle cure nei territori remoti;
- un supporto alla gestione delle cronicità;
- un canale di accesso all'alta specializzazione;
- una migliore continuità della cura attraverso il confronto multidisciplinare;
- un fondamentale ausilio per i servizi di emergenza-urgenza.

Lo sviluppo di strumenti a supporto dello sviluppo della Telemedicina consente sia di trovare nuove risposte a problemi tradizionali della medicina, sia di creare nuove opportunità per il miglioramento del servizio sanitario tramite una maggiore collaborazione tra i vari professionisti sanitari coinvolti e i pazienti.

Sulla base di questi principi di carattere generale, attraverso questo progetto, si vuole mettere a sistema esperienze di gestione delle multicronicità attraverso l'utilizzo della telemedicina. Inoltre il progetto è utile a censire e convalidare dei modelli assistenziali per diverse esigenze ed intensità di cura. Questo approccio tenderà ad uniformare i servizi erogati su tutto il territorio regionale valorizzando le buone pratiche e, al contempo, consentirà la creazione e la strutturazione di data-base condivisi con informazioni fondamentali per le future politiche di programmazione sanitaria. In ultimo queste attività porteranno maggiore conoscenza e cultura tra gli operatori in merito alle tematiche delle nuove tecnologie.

7	DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO	Data inizio prevista	Data termine prevista	Possibile ulteriore proseguimento per anno successivo
		1.1.2019	31.12.2019	31.12.2020

8	OBIETTIVO GENERALE	Sperimentare nuovi modelli assistenziali con il supporto delle nuove tecnologie per la presa in carico globale del paziente con multicronicità.
---	---------------------------	---

9	OBIETTIVI SPECIFICI	<p>1° Obiettivo: realizzare una mappatura delle esperienze e dei modelli presenti sul territorio calabrese e nelle diverse realtà regionali al fine di proporre modelli diversificati per aree di intensità assistenziale</p> <p>2° Obiettivo: creare procedure assistenziali condivise ed integrazione con il registro unico regionale per patologia</p> <p>3° Obiettivo: Progettare e realizzare soluzioni innovative per la gestione delle procedure assistenziali individuate. (es . App. e sito che consentono di gestire le richieste di presa in carico con profili differenziati per pazienti ed operatori)</p> <p>4° Obiettivo: Attuare il programma di adeguamento dei sistemi informativi predisposti nell'ambito della linea di intervento sulla multicronicità.</p> <p>5° Obiettivo: realizzare un percorso formativo innovativo connesso alle tecnologie sanitarie</p> <p>6° Obiettivo: Intensificare i rapporti di collaborazione tra i vari professionisti che operano sul territorio (MMG, MCA, ecc)</p>
---	----------------------------	--

10	RISULTATI ATTESI	
	<p>A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati dal progetto</p> <p>A lungo periodo, a cui tendere, non direttamente raggiungibili al termine del progetto</p>	<p>L'individuazione di modelli attualmente conosciuti solo a livello locale e la condivisione degli stessi porterà alla loro implementazione, su input regionale, in diverse realtà con il fine ultimo di uniformare la risposta alle diverse esigenze assistenziali valorizzando al contempo le buone esperienze. Le nuove tecnologie supporteranno l'attività assistenziale e al contempo forniranno informazioni strutturate, attraverso la creazione di database unici ed integrati con il Sistema Informativo unico regionale, indispensabili per la futura programmazione dell'assistenza territoriale e di una reale integrazione ospedale territorio.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diffondere e standardizzare modelli di cura alternativi all'ospedalizzazione, quale l'assistenza domiciliare, favorendo una gestione integrata del paziente entro una rete orizzontale che colleghi l'ospedale al territorio. - per i territori disagiati rendere possibile l'accesso a distanza alle prestazioni specialistiche per la gestione clinica del follow-up post-acuzie o post-complicanza oppure nella quotidiana gestione della multi cronicità, senza che il paziente sia costretto a spostarsi anche per lunghi tratti. - aumentare l'appropriatezza, la sicurezza, l'accessibilità, l'equità e la rapidità di accesso alle procedure di diagnosi e cura migliorando la continuità e aderenza al trattamento, indipendentemente dal luogo in cui si trovano i pazienti. - attivare percorsi clinico-assistenziali continui e integrati per la gestione dei malati multicronici anche con patologie complesse che apportino significativi benefici al loro stato di salute, riducendo le riacutizzazioni e le ospedalizzazioni, con conseguenti vantaggi in

		<p>termini di economie di scala sui costi della sanità pubblica</p> <ul style="list-style-type: none"> - mettere in contatto pazienti con le competenze specialistiche indipendentemente dal luogo in cui fisicamente si trovano, realizzando una sorta di "ricovero virtuale" a domicilio del paziente. - rendere possibile, attraverso un servizio di assistenza remota, ai pazienti in fase subacuta o cronica di essere assistiti direttamente a casa propria, con conseguenti vantaggi economici e significativi miglioramenti della qualità di vita percepita. - minimizzare gli spostamenti, massimizzando, al contempo, il trasferimento delle informazioni in una competizione che è possibile vincere mettendo la tecnologia al servizio della medicina. - Incrementare l'assistenza a domicilio che, specie per le forme di cronicità, sia alternativa ai ricoveri ospedalieri inappropriati e che sia una forma assistenziale da preferire, per i suoi vantaggi sulla qualità della vita del paziente e per i benefici economici rispetto a forme di ricovero anche di carattere extraospedaliero. - generalizzare modelli che garantiscano la continuità assistenziale e la collaborazione tra paziente, MMG, infermiere, attuati con sistemi di telesorveglianza e accessi domiciliari da parte dell'infermiere tutor solo in caso di necessita, per ottenere miglioramenti del quadro funzionale del paziente e nel ridurre le ospedalizzazioni, con effetti favorevoli sulle spese sanitarie - creare reti e strumenti di condivisione delle informazioni e delle buone pratiche a livello nazionale e internazionale
--	--	---

PUNTI DI FORZA		
	Indicare i punti di <i>forza</i>	Indicare le strategie/azioni per l'implementazione
11	<ul style="list-style-type: none"> - Stesura di procedure condivise a vari livelli (regione, asp, Ao) - Individuazione di modelli assistenziali per diverse intensità di cura - Diffusione di modelli assistenziali - Implementazione e diffusione di nuove tecnologie - Data base unici regionali - Continuità con la linea progettuale sulla presa in carico delle multicronicità 	<ul style="list-style-type: none"> - Creazioni di gruppi di lavoro a vari livelli - Azioni di coordinamento regionali e per aree - Stratificazione della popolazione ed appropriatezza delle risposte assistenziali - Coinvolgimento attivo di tutte le professionalità che partecipano al processo/percorso - Implementazione di strumenti per l'acquisizione dei dati - Progettazione e realizzazione di strumenti innovativi per la gestione e la presa in carico del paziente

PUNTI DI DEBOLEZZA		
	Indicare i punti di <i>debolezza</i>	Indicare le strategie/azioni per la riduzione
12	<ul style="list-style-type: none"> - Difficoltà connesse ai cambiamenti organizzativi - Problematiche connesse alla disponibilità di personale - Assenza di leve dirette per incentivare l'adesione degli operatori al programma 	<ul style="list-style-type: none"> - Costante e periodica attività formative di tutti gli operatori coinvolti nel processo assistenziale

DIAGRAMMA DI GANT					
13	Descrizioni delle azioni relative a ogni fase	Mesi			
		1-2-3	4-5-6	7-8-9	10-11-12
		Costituzione cabina di regia regionale			
Costituzione gruppi di lavoro per aree geografiche (nord - centro - sud)					
Implementazione registro unico regionale sulle buone pratiche nell'ambito della telemedicina					
Definizione procedure e modelli regionali					
Implementazione delle buone pratiche in altre realtà aziendali					
Individuazione e sperimentazione di strumenti innovativi per la formazione del personale					
Progettazione e di nuovi strumenti informatici legati alla presa in carico delle multicronicità					
Realizzazione di nuovi strumenti informatici legati alla presa in carico delle multicronicità					

DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO				
	Fase	Azioni	Breve descrizione dei contenuti	Indicatori di verifica
14	I fase	Formalizzazione cabina di regia	Individuazione dei componenti la cabina di regia regionale per coordinare tutte le fasi di implementazione del progetto	Atto regionale Si/No
		Formalizzazione gruppi di lavoro per aree	Individuazione dei componenti i gruppi di lavoro delle 3 aree regionali per dare applicazione territoriale a tutte le fasi di implementazione del progetto	Atti di formalizzazione presso le Aziende Si/No
	II fase	Implementazione registro unico regionale sulle buone pratiche nell'ambito della	Nell'ambito dei gruppi su individuati l'attività di censimento porterà alla creazione di un registro unico regionale sulle buone pratiche nell'ambito della telemedicina che servirà per l'individuazione di modelli assistenziali	Atti di formalizzazione

		telemedicina	regionali da applicare per le diverse intensità assistenziali riconducibili alla stratificazione delle patologie definita nell'ambito dell'attività progettuale sulla multicronicità	
		Definizione e approvazione procedure e modelli assistenziali	Stesura delle procedure e dei modelli assistenziali individuando i destinatari	Report Cabina di regia
		Implementazione dei modelli individuati in altre realtà regionali	Valutazione dei modelli individuati per la loro replicabilità e condivisione delle informazioni	Report Cabina di regia
	III fase	Individuazione nuovi strumenti per la formazione	Utilizzazione di strumenti innovativi per la formazione degli operatori interessati	Report Cabina di regia
		Programmazione attività formative	definizione dei programmi formativi	Report Cabina di regia
	IV fase	Progettazione, adeguamento e realizzazione dei sistemi informativi	Predisposizione atti per l'adeguamento dei sistemi	Atti di formalizzazione presso le Aziende

15	TRASFERIBILITA'	
	Tipo di realtà nella quale può essere implementato il progetto	Progetto o parte del progetto che può essere trasferita
	Intero territorio regionale e nazionale	Modelli di assistenza alle multicronicità attraverso sistemi innovativi