

SCHEMA PROGETTO					
1	<b>LINEA PROGETTUALE</b>	<b>1. Percorso diagnostico terapeutico condiviso e personalizzato per pazienti con multicronicità – anche in relazione all'emergenza COVID-19</b>			
	<b>TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO</b>	Definizione modello omogeneo e condiviso per il monitoraggio e la presa in carico dei pazienti con multi cronicità sututto il territorio regionale, anche in relazione all'emergenza Covid-19			
	<b>AREA DI INTERVENTO</b>	Territorio regionale			
2	<b>RESPONSABILE REGIONALE DEL PROGETTO</b>				
		<table border="1"> <tr> <td>Referente Regionale</td> <td>- Dirigente del Settore 4 Prevenzione e Sanita' Pubblica - Dirigente del Settore 9- Assistenza Territoriale – Sistemi Alternativi al Ricovero e Gestione Territoriale delle Epidemie</td> </tr> <tr> <td><i>Recapiti telefonici e-mail</i></td> <td>0961 856597 prevenzione.salute@pec.regione.calabria.it; 0961 852112 serviziterritorio.salute@pec.regione.calabria.it;</td> </tr> </table>	Referente Regionale	- Dirigente del Settore 4 Prevenzione e Sanita' Pubblica - Dirigente del Settore 9- Assistenza Territoriale – Sistemi Alternativi al Ricovero e Gestione Territoriale delle Epidemie	<i>Recapiti telefonici e-mail</i>
Referente Regionale	- Dirigente del Settore 4 Prevenzione e Sanita' Pubblica - Dirigente del Settore 9- Assistenza Territoriale – Sistemi Alternativi al Ricovero e Gestione Territoriale delle Epidemie				
<i>Recapiti telefonici e-mail</i>	0961 856597 prevenzione.salute@pec.regione.calabria.it; 0961 852112 serviziterritorio.salute@pec.regione.calabria.it;				
3	<b>RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO - MODALITÀ DI REPERIMENTO RISORSE</b>				
	Finanziamento	Riferimento (Delibera, atto ecc.)	Importo		
	<i>Risorse vincolate degli obiettivi del PSN</i>	Accordo Stato/regioni n. 150 del 4 agosto 2021 – Intesa n. 153 del 4 agosto 2021	€6.542.563,14		
	<i>Eventuali Risorse regionali</i>				
4	<b>ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO</b>				
	<i>Tipologia di costi</i>	<i>Importo in euro</i>	<i>Note</i>		
	Costi efficientamento dei serviziassistenziali	€ 5.147.165,85	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	€ 1.101.273,50	Suddiviso per quota capitaria alle ASP e comprensiva della quota parte da attribuire alle AA.OO. nella misura del 20%
Costi per formazione	€ 294.123,79	Suddiviso per quota capitaria alle ASP e comprensiva della quota parte da attribuire alle AA.OO. nella misura del 20%

Aziende	Costi efficientamento deiservizi assistenziali	Costi gestione e monitoraggio progetto	Costi per formazione	totale
Azienda sanitaria Provinciale Cosenza	€ 1.492.504,72	€ 319.332,24	€ 85.285,98	€ 1.897.122,94
Azienda sanitaria Provinciale di Crotone	€ 370.042,30	€ 79.173,26	€ 21.145,28	€ 470.360,84
Azienda sanitaria Provinciale di Catanzaro	€ 757.755,65	€ 162.127,26	€ 43.300,33	€ 963.183,24
Azienda sanitaria Provinciale Vibo Valentia	€ 338.517,45	€ 72.428,27	€ 19.343,86	€ 430.289,58
Azienda sanitaria Provinciale di Reggio Calabria	€ 1.158.912,57	€ 247.957,76	€ 66.223,58	€ 1.473.093,91
Azienda Ospedaliera <i>Pugliese – Ciaccio</i> Catanzaro	€ 257.358,29	€ 55.063,68	€ 14.706,19	€ 327.128,16
Azienda Ospedaliera Cosenza	€ 257.358,29	€ 55.063,68	€ 14.706,19	€ 327.128,16
Azienda Ospedaliera BMM – GOM - Reggio Calabria	€ 257.358,29	€ 55.063,68	€ 14.706,19	€ 327.128,16
Azienda Ospedaliera Universitaria Mater Domini	€ 257.358,29	€ 55.063,68	€ 14.706,19	€ 327.128,16
totale	€ 5.147.165,85	€ 1.101.273,50	€ 294.123,79	€ 6.542.563,14

<b>RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO</b>			
5	<i>RISORSE NECESSARIE</i>	<i>N. RISORSE</i>	<i>NOTE</i>
	o Disponibili	€ 6.542.563,14	Accordo Stato/regioni n. 54 del 31 marzo 2020 – Intesa n. 56 del 31 marzo 2020
	o Da acquisire		

## PREMESSA

La linea progettuale n. 1 nella programmazione regionale è strettamente collegata alla linea progettuale n.5 “La tecnologia sanitaria come strumento di integrazione ospedale – territorio – anche in relazione all’emergenza Covid-19”. Le due linee progettuali sono in continuità con le attività svolte nel biennio 2019-2020.

L’emergenza pandemica ha portato ad alcune riflessioni nell’ambito dell’organizzazione dei diversi sistemi sanitari. Nel nostro sistema *sono stati adottati diversi* provvedimenti il cui obiettivo *comune* è quello di potenziare, fra l’altro, l’assistenza territoriale che deve fungere da *filtro* per le attività ospedaliere.

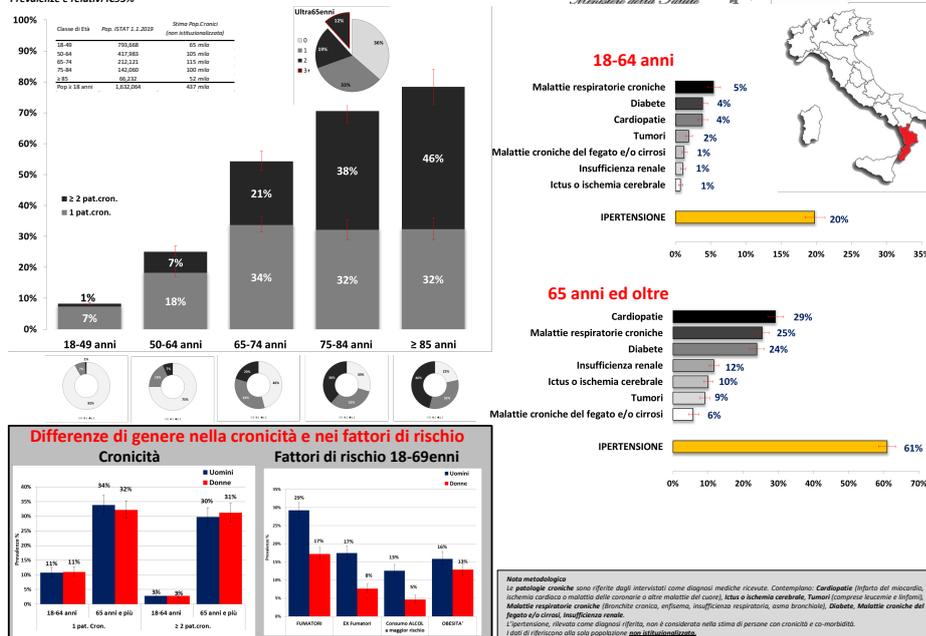
Per massimizzare l’efficacia dei sistemi che si *intendono* mettere in campo per il potenziamento dell’assistenza sanitaria anche e soprattutto in virtù della necessità di tutelare tutte le fragilità amplificate dalla presenza di multicronicità, appare *fondamentale* mettere a sistema tutte le informazioni e i professionisti coinvolti a vario titolo, nei processi assistenziali. Attraverso questa linea progettuale si intende quindi strutturare sistemi di stratificazione della popolazione, a cura dei professionisti impegnati in diversi *setting* assistenziali,

prevedendo, al contempo, la possibilità di utilizzare il sistema informativo di stratificazione per monitorare le infezioni che possono portare a situazioni epidemiche e/o addirittura pandemiche come nel caso di Covid-19.

6	<b>ANALISI DEL CONTESTO/ SCENARIO DI RIFERIMENTO</b>	<p>Nell'annualità 2020 la Regione Calabria ha programmato un lavoro di pianificazione a partire dalle linee di indirizzo nazionali e regionali, valutandone la coerenza, più che dal punto di vista normativo, da quello della scientificità ed aderenza ai vari dispositivi contenuti negli atti dei PDTA.</p> <p>Dopo un'analisi dei fabbisogni le aziende si apprestano a definire un progetto condiviso per la costruzione di uno strumento per l'individuazione del paziente cronico e multicronico e la successiva presa in carico.</p> <p>La condivisione delle azioni intraprese da ciascuna Azienda, con la Regione Calabria ha consentito la strutturazione delle attività progettuali qui descritte. Negli anni scorsi è stata richiesta una mappatura delle buone pratiche erogate e/o implementate nelle ASP e AA.OO, attraverso delle schede di rilevazione. Le attività qui descritte, in continuità con gli anni 2019-2020, partono dal medesimo scenario di riferimento, infatti l'assistenza sanitaria dei pazienti affetti da più patologie è spesso frammentaria in quanto viene seguito un approccio diagnostico-terapeutico per singola malattia che genera un impatto negativo sul paziente e sugli operatori sanitari. La multicronicità è associata ad una ridotta qualità della vita, a una più alta mortalità e ad un utilizzo di più farmaci da parte del paziente. Pertanto, i sistemi sanitari si trovano a dover affrontare una maggiore richiesta di indagini clinico-diagnostiche, di trattamenti terapeutici e di visite mediche.</p> <p>I sistemi sanitari sono indirizzati a ridurre il carico del trattamento dovuto ad appuntamenti multipli, le cure non pianificate, gli accessi impropri al Pronto Soccorso ed a migliorare la qualità della vita del paziente promuovendo delle azioni condivise basate sull'assistenza personalizzata del paziente mediante identificazione di ciò che è importante per la singola persona in termini di trattamenti, priorità di salute, stile di vita e obiettivi.</p> <p>In Italia il quadro sulle cronicità tracciato dall'ISS è il seguente: "Il 18% delle persone fra 18 e 69 anni intervistate per la Sorveglianza PASSI tra il 2017 e il 2020 ha riferito che, nel corso della vita, un medico ha diagnosticato loro una o più tra le seguenti patologie: insufficienza renale, bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria, asma bronchiale, ictus o ischemia cerebrale, diabete, infarto del miocardio, ischemia cardiaca o malattia delle coronarie, altre malattie del cuore, tumori (comprese leucemie e linfomi), malattie croniche del fegato o cirrosi.</p> <p>La condizione di cronicità è più frequente al crescere dell'età (interessa il 30% delle persone fra 50 e 69 anni); e tra le persone con status socioeconomico più svantaggiato, per difficoltà economiche (27%) o bassa istruzione (38% tra chi ha nessun titolo o la licenza elementare). La condizione di policronicità, ovvero la compresenza di due o più patologie croniche (fra quelle indagate) riguarda, in media, il 4% dei 18-69enni: è più frequente all'aumentare dell'età (viene riferita dal 9% delle persone fra 50 e 69 anni), e tra le persone con status socioeconomico più svantaggiato, per difficoltà economiche (9%) o bassa istruzione (15% tra chi ha nessun titolo o la licenza elementare).</p> <p>Le patologie croniche più frequentemente riferite, fra i 18 e i 69 anni, sono le malattie respiratorie croniche (circa 7%), le malattie cardiovascolari e il diabete (5%), e i tumori (4%); al contrario, le malattie croniche del fegato, l'insufficienza renale e l'ictus (1%) sono le meno frequenti.</p> <p>La variabilità regionale della cronicità, non descrivere un chiaro gradiente geografico, perché si registrano prevalenze più elevate in alcune Regioni del meridione, come in Sardegna (25%) o in Campania (21%) ma anche tra le Regioni del Nord come in Liguria (22%) o in Friuli Venezia Giulia (23%). Analogamente accade per la policronicità.</p> <p>Nel tempo è aumentata la prevalenza di persone con diagnosi di patologia cronica (uno o più), soprattutto al Nord; la quota di persone con almeno 2 patologie croniche è in aumento a livello nazionale, confermato soprattutto dalle Regioni del Nord, mentre per il Centro e il Sud si registra un cambio di tendenza dal 2017."</p>
---	--	--

In Calabria, secondo l'autorevole ricerca condotta da PASSI e PASSI d'Argento sulle patologie croniche nella popolazione, si stima la presenza di circa 437 mila pazienti cronici, di questi, 1% nella fascia di età 18-49 anni, il 7% nella fascia di età 50-64 anni, il 21 % nella fascia di età 65-74 anni, il 38% nella fascia di età 75-84 anni e ben il 46% nella fascia di età >di 85 anni presenta almeno 2 malattie croniche concomitanti.

**Patologie Croniche riferite nella popolazione residente in CALABRIA**  
 PASSI 2015-2018 (18-69enni) e PASSI d'Argento 2016-2018 (ultra65enni)  
 Prevalenze e relativi IC95%



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 dal DCA 166/2017), individuando nel Punto Unico di Accesso (PUA) il core di governance distrettuale e nell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) l'organo aziendale cardine nella definizione degli asset assistenziali più idonei.

Il disegno strategico comune, teso a promuovere interventi basati sulla unitarietà di approccio, centrato sulla persona, è stato recentemente definito con il DCA n°93 del 18.06.2019, con il quale è stato recepito il Piano Nazionale della Cronicità, di cui all'Accordo Stato - Regioni Rep atti 160/csr del 15 settembre 2016.

La Regione Calabria inoltre con atti ordinari tiene aggiornati i gruppi tecnici per le patologie croniche, un esempio è rappresentato dal decreto N°. 3944 del 15/04/2021 con cui si aggiorna il "gruppo tecnico per la rete pneumologica ed il percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la gestione integrata della broncopneumopatia cronica ostruttiva, asma e sindrome delle apnee notturne".

Durante l'emergenza sanitaria SARS-CoV-2 è stata studiata, a livello nazionale, la relazione tra mortalità da Covid-19 e presenza di più condizioni croniche e assunzione di specifiche terapie farmacologiche. Il recente rapporto "Caratteristiche dei pazienti deceduti positivi all'infezione da SARS-CoV-2 in Italia" del gruppo di sorveglianza Covid-19, facendo riferimento al periodo marzo 2020 – aprile 2021, mette in evidenza che, su un campione di 7.199 deceduti, ricoverati presso le strutture ospedaliere, per i quali è stato quindi possibile analizzare le cartelle cliniche, il numero medio di patologie osservate è di 3,6. In particolare, il 3% del campione presentavano 0 patologie, l'11,6% presentavano 1 patologia, il 18,4% presentavano 2 patologie ed il 67% presentavano 3 o più patologie. Pertanto le strategie di contrasto ed di superamento dell'infezione da Covid-19, anche per l'anno 2021 saranno rivolte alla gestione della multicronicità e

	<p>delle patologie rare.</p> <p>In questa ottica, il presente progetto continua nel suo intento di aggiornare la mappatura e dimensionare i bisogni di salute regionali in termini di multicronicità, registrare 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 <i>una</i> fonte di disagio per i cittadini e di inappropriata per il SSR, producendo indagini specialistiche ripetute, ricoveri inappropriati, inappropriata prescrizione di farmaci, etc..</p> <p>Analogamente, devono essere 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 o di una particolare malattia o di una condizione di salute rilevante in una popolazione definita.</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 un PDTA per le cronicità comporta una riduzione dell'inappropriata, nel ricorso alle attività di ricovero.</p> <p>L'approccio sistemico alla presa in carico del paziente cronico e multicronico coinvolge a tutto 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"> <li>1. di prevenzione (volta a promuovere stili di vita salutari) e, alla luce della pandemia da Covid-19 in atto, ad implementare modelli organizzativi di risk management attraverso il distanziamento sociale, gli accessi controllati ai servizi, l'utilizzo di DPI;</li> <li>2. di diagnosi precoce;</li> <li>3. di valutazione e presa in carico (secondo la logica di stratificazione del rischio) condivisa (tra i livelli territoriale/ospedaliero) dei bisogni assistenziali;</li> <li>4. progettazione di processi personalizzazione di cura attraverso la stadiazione delle cronicità, al fine di intervenire nei diversi momenti della malattia con intensità di cure crescenti;</li> <li>5. di empowerment del paziente e del caregiver;</li> </ol> <p>L'iter progettuale, che si è avviato nell'anno 2019, viene supportato dal Dipartimento Tutela Della Salute E Servizi Socio-Sanitari.</p> <p>Alle aziende del SSR vengono trasferite le risorse e sono i soggetti attuatori del progetto. A loro spetta il compito di declinare le azioni e gli obiettivi fissati nella realtà territoriale di competenza.</p>
--	--

<b>7</b>	<b>DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO</b>	Data inizio prevista	Data termine prevista	Possibile ulteriore proseguimento per anno successivo
		01.02.2021	31.12.2021	31.12.2022

<b>8</b>	<b>OBIETTIVO GENERALE</b>	<p>Favorire un approccio, del SSR, che aumenti l'efficienza e l'accessibilità delle cure fornendo un'assistenza multidisciplinare sia in termini di diversi livelli di qualità sia di intensità, anche in considerazione dell'emergenza pandemica legata alla diffusione del Covid_19</p>
----------	---------------------------	---

<b>9</b>	<b>OBIETTIVI SPECIFICI</b>	<p>1° Obiettivo: partendo dalle attività realizzate nel 2020 definire la progettazione di un unico strumento regionale condiviso da tutte le aziende pubbliche del SSR per la presa in carico e la gestione del paziente multicronico;</p> <p>2° Obiettivo: avviare la costruzione di registri di disabilità e conseguente alimentazione del registro unico regionale.</p> <p>3° Obiettivo: Ottimizzare l'assistenza riducendo il ricorso a esami diagnostici ripetitivi ed inappropriati;</p> <p>4° Obiettivo: limitare il carico del trattamento farmacologico;</p> <p>6° Obiettivo: limitare il carico delle cure non pianificate;</p> <p>7° Obiettivo: migliorare la qualità della vita del paziente promuovendo decisioni condivise nei vari setting assistenziali anche con il supporto di strumenti di telemedicina;</p> <p>8° Obiettivo: Sulla base della mappatura delle forme organizzative previste a livello regionale UCCP/AFT realizzata nell'annualità 2019-2020, aggiornare e proporre un nuovo modello condiviso omogeneo di assistenza e presa in carico delle multicronicità, anche in considerazione dell'emergenza pandemica legata alla diffusione del Covid_19, attraverso adeguati sistemi di classificazione delle multicronicità e delle azioni ad esse connesse.</p> <p>9° Obiettivo: aggiornare e predisporre il nuovo PDTA per il paziente affetto da multicronicità, anche in considerazione dell'emergenza pandemica legata alla diffusione del Covid_19</p> <p>10° Obiettivo: sulla base dell'analisi dei bisogni informativi, predisporre il progetto di adeguamento tenendo in considerazione gli interventi programmati con la linea 5 "telemedicina"</p>
----------	----------------------------	--

<b>RISULTATI ATTESI</b>					
<b>10</b>	<table border="1"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <p>A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati dal progetto</p> </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'avvio di un percorso di presa in carico appropriato regionale del paziente con multicronicità anche in termini di prevenzione dei rischi connessi alla diffusione del contagio da Covid 19, con azioni tese a creare percorsi personalizzati per specializzazione ed intensità di cura.</li> </ul> </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <p>A lungo periodo, a cui tendere, non direttamente raggiungibili al termine del progetto</p> </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Uniformare la presa in carico dei soggetti con multicronicità su tutto il territorio regionale anche in termini di prevenzione da rischi di contagio legati alla diffusione di epidemie/pandemie.</li> <li>- Riduzione delle reazioni avverse dei farmaci;</li> <li>- Riduzione del rischio del declino funzionale del paziente, dei costi assistenziali degli accessi inappropriati al Pronto Soccorso e dei ricoveri inappropriati.</li> <li>- Utilizzare 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</li> </ul> </td> </tr> </table>	<p>A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati dal progetto</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'avvio di un percorso di presa in carico appropriato regionale del paziente con multicronicità anche in termini di prevenzione dei rischi connessi alla diffusione del contagio da Covid 19, con azioni tese a creare percorsi personalizzati per specializzazione ed intensità di cura.</li> </ul>	<p>A lungo periodo, a cui tendere, non direttamente raggiungibili al termine del progetto</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Uniformare la presa in carico dei soggetti con multicronicità su tutto il territorio regionale anche in termini di prevenzione da rischi di contagio legati alla diffusione di epidemie/pandemie.</li> <li>- Riduzione delle reazioni avverse dei farmaci;</li> <li>- Riduzione del rischio del declino funzionale del paziente, dei costi assistenziali degli accessi inappropriati al Pronto Soccorso e dei ricoveri inappropriati.</li> <li>- Utilizzare 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</li> </ul>
<p>A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati dal progetto</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'avvio di un percorso di presa in carico appropriato regionale del paziente con multicronicità anche in termini di prevenzione dei rischi connessi alla diffusione del contagio da Covid 19, con azioni tese a creare percorsi personalizzati per specializzazione ed intensità di cura.</li> </ul>				
<p>A lungo periodo, a cui tendere, non direttamente raggiungibili al termine del progetto</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Uniformare la presa in carico dei soggetti con multicronicità su tutto il territorio regionale anche in termini di prevenzione da rischi di contagio legati alla diffusione di epidemie/pandemie.</li> <li>- Riduzione delle reazioni avverse dei farmaci;</li> <li>- Riduzione del rischio del declino funzionale del paziente, dei costi assistenziali degli accessi inappropriati al Pronto Soccorso e dei ricoveri inappropriati.</li> <li>- Utilizzare 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</li> </ul>				

<b>PUNTI DI FORZA</b>		
	Indicare i punti di <i>forza</i>	Indicare le strategie/azioni per l'implementazione
<b>11</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Presenza di flussi informativi codificati e standardizzati;</li> <li>- Utilizzo delle Cartella clinica elettronica;</li> <li>- Approccio che mira non solo alla cura ma anche alla prevenzione e alla diagnosi precoce;</li> <li>- 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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Potenziamento delle azioni di prevenzione e di promozione della salute;</li> <li>- Azioni di coordinamento regionali e per aree</li> <li>- Stratificazione della popolazione con monitoraggio della appropriatezza, ed aderenza diagnostica e terapeutica per il percorso dal PDTA al PAI e monitoraggio delle risposte assistenziali;</li> <li>- Creazione di percorsi dedicati ai pazienti multicronici per l'accesso in Pronto Soccorso, per le dimissioni protette, per l'accesso alla specialistica ambulatoriale e la diagnostica;</li> <li>- Coinvolgimento attivo di tutte le professionalità che partecipano al processo/percorso;</li> <li>- Condivisione degli strumenti per l'acquisizione dei dati al fine di alimentare i flussi dei LEA;</li> <li>- Equità di accesso al sistema delle cure.</li> </ul>

<b>PUNTI DI DEBOLEZZA</b>		
	Indicare i punti di <i>debolezza</i>	Indicare le strategie/azioni per la riduzione
<b>12</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Necessità di far fronte alla emergenza della pandemia da SARS-CoV-19;</li> <li>- Difficoltà connesse ai cambiamenti organizzativi;</li> <li>- Carenza di personale nelle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere regionali;</li> <li>- Tempistica di approvazione degli atti formali</li> <li>- Possibili difficoltà nel reperire i dati durante l'indagine epidemiologica</li> </ul>	<p>reazione e potenziamento <i>di</i> reti regionali per le multicronicità implementazione dei sistemi di monitoraggio degli indicatori</p>

<b>DIAGRAMMA DI GANT</b>					
	Descrizioni delle azioni relative a ogni fase	Mesi			
		1-2-3	4-5-6	7-8-9	10-11-12
<b>13</b>	Aggiornamento della mappatura e analisi dei modelli assistenziali e delle azioni connesse nelle UCCP/AFT e dai MMG				
	Definizione delle prestazioni traccianti che individuano il paziente cronico e multicronico;				
	Definizione del modello di presa in carico e gestione del paziente cronico e multicronico;				

Aggiornamento e realizzazione/attuazione del programma formativo (per gli operatori) e informativo (per le popolazioni a rischio)				
Processo assistenziale per le multicronicità anche in considerazione dell'emergenza pandemica legata alla diffusione del Covid_19				
Predisposizione /aggiornamento PDTA				
Approvazione progetto "E-Health care- rete assistenziali per la telemedicina e la gestione integrata delle persone fragili affette da patologie croniche nella regione Calabria"				
Adeguamento strumenti informativi				

<b>DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO</b>				
Fase	Azioni	Breve descrizione dei contenuti	Indicatori di verifica	
14	1	Predisposizione del modello regionale per la presa in carico delle multicronicità.	Sulla base delle attività svolte nell'anno 2019 - 2020 aggiornamento del modello regionale per la presa in carico delle multicronicità, anche in considerazione dell'emergenza pandemica legata alla diffusione di COVID-19.	Atto regionale Si/No
	1	Aggiornamento gruppi di lavoro personale aziende sanitarie ed ospedaliere SSR	Aggiornamento dei componenti i dei gruppi di lavoro per dare applicazione territoriale a tutte le fasi di implementazione del progetto, tenendo conto delle mutate esigenze assistenziali	Atti di formalizzazione presso le Aziende Si/No
14	2	Mappatura e analisi dei modelli assistenziali e delle azioni connesse nelle UCCP/AFT e dai MMG	Aggiornamento della valutazione dello status quo di attivazione delle organizzazioni territoriali previste dalla programmazione regionale e omogeneizzazione su tutto il territorio, a partire dalle attività portate avanti nel 2019 e tenendo conto del contesto pandemico da COVID-19	Relazioni Aziende Si/No
	2	Costruzione e implementazione del registro per il monitoraggio di epidemie-pandemie e omogeneizzazione con i registri per patologia, disabilità,	Implementazione del registro per il monitoraggio di epidemie-pandemie e omogeneizzazione con il registro unico regionale.	Report Aziende e atto di formalizzazione

	epidemie aziendali e con il registro unico regionale		
<b>3</b>	Definizione del processo assistenziale per le multicronicità, anche in considerazione dell'emergenza pandemica legata alla diffusione del Covid 19	Aggiornamento dei PDTA per le multicronicità per aree geografiche omogenee, con identificazione dei nodi della rete, anche in considerazione del contesto pandemico da COVID-19	Report Aziende SI/NO
<b>4</b>	Approvazione progetto "E-Health care- rete assistenziali per la telemedicina e la gestione integrata delle persone fragili affette da patologie croniche nella Regione Calabria	Analisi dei fabbisogni informativi e predisposizione del programma di adeguamento tenendo in considerazione le attività da realizzare con la linea 5	Progetto approvato dalle Azienda Sanitarie ed Ospedaliere del SSR SI/NO

	<b>TRASFERIBILITA'</b>	
<b>15</b>	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

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

2	<b>RESPONSABILE REGIONALE DEL PROGETTO</b>		
		<i>Referente regionale</i>	Dirigente del Settore n. 4 Dott.ssa Francesca Fratto
		<i>Recapiti telefonici-mail</i>	0961 856597 <a href="mailto:f.fratto@regione.calabria.it">f.fratto@regione.calabria.it</a>

3	<b>RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO - MODALITÀ DI REPERIMENTO RISORSE</b>		
	Finanziamento	Riferimento (Delibera, atto ecc.)	Importo
	<i>Risorse vincolate degli obiettivi del PSN</i>	Accordo Stato/regioni n. 150 del 4 agosto 2021 – Intesa n. 153 del 4 agosto 2021	€ 3.358.458,71
	<i>Eventuali Risorse regionali</i>		

<b>ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO</b>		
<i>Tipologia di costi</i>	<i>Importo in euro</i>	<i>Note</i>
Costi gestione progetto - formazione – comunicazione	608.208,26	Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza
	150.237,40	Azienda Sanitaria Provinciale di Crotona
	309.658,40	Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro
	138.074,98	Azienda Sanitaria Provinciale di Vibo Valentia
	473.050,30	Azienda Sanitaria Provinciale di Reggio Calabria
	377.826,60	Azienda Ospedaliera Pugliese-Ciaccio Catanzaro
	537.353,39	Azienda Ospedaliera Annunziata Cosenza
	478.580,36	Azienda Ospedaliera Bianchi-Melacrino-Morelli Reggio Calabria
	285.468,99	Azienda Ospedaliera Universitaria Mater Domini Catanzaro
TOTALE	3.358.458,71	

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'1.1.2020

<b>RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO</b>			
<b>5</b>	<i>RISORSE NECESSARIE</i>	<i>N. RISORSE</i>	<i>NOTE</i>
	a) Disponibili	€ 3.358.458,71	Accordo Stato/regioni n. 150 del 4 agosto 2021 – Intesa n. 153 del 4 agosto 2021
	o Da acquisire		

<b>6</b>	<b>ANALISI DEL CONTESTO/ SCENARIO DI RIFERIMENTO</b>	<p>La pandemia da coronavirus (COVID-19) ha portato alla luce significative disuguaglianze sanitarie che esistono da decenni che ineriscono non soltanto la iniquità sanitaria per differenziazione sociale (poveri, migranti, disoccupati, disabili, etc.), ma anche difficoltà all'accesso alle cure sia per deficit organizzativi aziendali che per barriere geografiche, culturali e sociali. In questo caso i pazienti più colpiti sono quelli oncologici e quelli affetti da patologie croniche a carattere evolutivo. Molti pazienti hanno evitato di ricorrere alle strutture sanitarie sia per prestazioni di diagnosi che per follow up ciò porterà nei prossimi anni ad un incremento delle richieste legate ad un aumento dei bisogni assistenziali.</p> <p>Non vi è dubbio che il COVID_19 ha costituito e costituisce “una lente d'ingrandimento che ha messo in evidenza la più grande pandemia di disparità nella salute” (D R. Williams, LA. Cooper. JAMA 11 5 2020).</p> <p>L'elaborazione del vissuto pandemico che, o in forma diretta o come occasione di slatentizzazione, aumenta le fragilità di questi soggetti determinando disagio sociale, aggravamento di malattia, povertà, disuguaglianze, ma, soprattutto, può determinare malattia psichica e psicosomatica o anche disfunzione di organo, con evidente impegno delle strutture e risorse sociosanitarie che improvvisamente vedono moltiplicarsi malattie depressive, disturbi da trauma psichico, disturbi di ansia e di panico, fenomeni di dipendenza di tutti i tipi.</p> <p>E' necessario potenziare e facilitare l'accesso alle prestazioni cliniche proprio a quelle fasce di popolazione più deboli sia per patologia che per livello socio-economico. La preoccupazione maggiore per i pazienti con patologie tumorali in epoca di coronavirus è “dover rinunciare a esami e controlli di follow-up” (34% delle risposte). Segue il “timore di essere più esposti al rischio di contagio a causa delle terapie” (16%) e di “non avere l'adeguata protezione in ospedale” (15%).</p> <p>A livello nazionale il 36% dei pazienti ha lamentato la sospensione di esami e visite di follow-up. Un paziente su 5 ha segnalato la sospensione degli esami diagnostici. Solo un 3% riferisce lo stop delle cure. Dall'analisi del dato macro-regionale emerge che al Nord solo il 14% dei pazienti lamenta la sospensione di esami e visite di follow-up. Al Centro e Sud Italia questa percentuale sale al 40%” (Sanità24, 15 maggio 2020).</p> <p>In questo contesto di riferimento, possiamo definire obiettivi prioritari in termini di equità quali:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• migliorare l'accesso alle cure per tutti e garantire un'assistenza di alta qualità, con una maggiore attenzione agli ambienti senza risorse e ai gruppi vulnerabili. Ciò rappresenta un importante "trattamento" per le disparità nella salute, attraverso la stratificazione dei rischi e la misura della vulnerabilità oltre che con implementazione dei presidi di telemedicina, teleassistenza/monitoraggio e telepsichiatria e, laddove possibile, interventi mirati di psiconcologia.</li> <li>• attuare percorsi di cura secondo classi di rischio e di priorità, sia in</li> </ul>
----------	--	---

		<p>ambito clinico che chirurgico, prevedendo specifiche direttive operatorie nell'ambito dell'ecosistema chirurgico, ginecologico ed anestetico. Potenziare l'attività chirurgica in ogni disciplina con lo scopo di limitare la migrazione sanitaria e dare la possibilità alle fasce più deboli di avere nel proprio territorio risposte mirate e qualificate</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• incentivare l'erogazione di prestazioni rivolte esclusivamente al sociale: odontoiatria, fisioterapia, supporto psicologico.</li> </ul> <p>Il principio di 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>Le attività programmate nell'anno 2021 tendevano ad evidenziare quanto 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, concentrandosi su tre linee di attività:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-gestione equa e celere delle liste d'attesa per patologie oncologiche</li> <li>-gestione delle liste chirurgiche con criteri di equità e trasparenza</li> <li>-erogazione di prestazioni odontoiatriche, fisioterapiche e supporto psicologico in favore di pazienti fragili e con situazioni sociali</li> </ul>
--	--	--

7	<b>DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO</b>	Data inizio prevista	Data termine prevista	Possibile ulteriore proseguimento per anno successivo
		01.01.2021	31.12.2021	31.12.2022

8	<b>OBIETTIVO GENERALE</b>	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	<b>OBIETTIVI SPECIFICI</b>	<p>1°. Obiettivo: Istituzione di tavoli per valutare e proporre provvedimenti per garantire l'equità nell'accesso alle cure e per contrastare le disuguaglianze di salute favorendo la partecipazione di associazioni di malati o di associazioni per la tutela delle fragilità;</p> <p>2°. 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> <p>3°. Obiettivo: Definire a livello aziendale azioni a favore di persone in condizione di particolare fragilità o di discriminazione anche attraverso l'utilizzo di strumenti tecnologici innovativi;</p> <p>4°. Obiettivo: Realizzazione di interventi di promozione della salute rivolti in particolar modo a persone di basso reddito e bassa istruzione anche attraverso strumenti tecnologici innovative o in favore di persone fragili per patologia;</p>
---	----------------------------	---

		<b>RISULTATI ATTESI</b>
<b>10</b>	A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati dal progetto	L'istituzione di tavoli il cui obiettivo sia l'implementazione di azioni concrete il cui obiettivo sia offrire assistenza in modo equo genererà un riscontro immediato nei diversi contesti assistenziali.
	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)

		<b>PUNTI DI FORZA</b>
		Indicare i punti di <i>forza</i>
		Indicare le strategie/azioni per l'implementazione
<b>11</b>	Il Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025 ha già tra i suoi principi cardine il contrasto delle disuguaglianze nella prevenzione.	Impulso del livello centrale regionale alla formalizzazione dell'organizzazione aziendale in tema di equità, attraverso l'adozione di atti di indirizzo, riunioni, incontri.
	L'aver avviato da più anni un progetto sull'equità ha cominciato a far diffondere la cultura del rispetto del più debole L'individuazione dei gruppi di lavoro aziendali favorisce la diffusione della cultura dell'equità e degli strumenti utili alla valutazione e alla programmazione	Supporto formativo e metodologico fornito a cura di operatori specializzati sulla tematica. 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.

		<b>PUNTI DI DEBOLEZZA</b>
		Indicare i punti di <i>debolezza</i>
		Indicare le strategie/azioni per la riduzione
<b>12</b>	L'estrema variabilità delle situazioni locali, con presenza di disuguaglianze sociali e culturali, rende difficile un approccio omogeneo su tutto il territorio regionale.	Condividere le 3 macro aree su cui indirizzare le azioni per uniformare i campi di attività

		<b>DIAGRAMMA DI GANT</b>			
<b>13</b>	Descrizioni delle azioni relative a ogni fase	M esi			
		1-2-3	4-5-6	7-8-9	10-11-12
	Individuazione e formalizzazione del progetto				
	Definizione percorsi Aziendali di attivazione				
	Istituzione tavoli per la promozione e condivisione del progetto con gli operatori coinvolti				

Definizione di programmi delle azioni per la riduzione delle disuguaglianze				
Definizione e realizzazione degli interventi di promozione della salute				
Elaborazione report dei risultati conseguiti				

<b>DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO</b>			
Fase	Azioni	Breve descrizione dei contenuti	Indicatori di verifica
<b>1</b>	Individuazione e formalizzazione del progetto	I Referenti realizzano incontri con esperti per la condivisione degli strumenti	Relazione Aziendale
	Definizione percorsi Aziendali di attivazione	I Referenti Stilano percorsi aziendali su cui rendere operative il progetto	Relazione Aziendale
<b>2</b>	Istituzione tavoli per la promozione e condivisione del progetto con gli operatori coinvolti	Referenti organizzano incontri con. il personale per la condivisione della policy	Relazione Aziendale
	Definizione di programmi delle azioni per la riduzione delle disuguaglianze	Sulla base delle attività portate avanti I progetti mediante l'applicazione degli interventi	Documento AASSPP/AAOO
<b>3</b>	Report dei risultati conseguiti	Sulla base delle attività portate avanti dai referenti, e dai tavoli di lavoro, si definiscono programmi e azioni il cui obiettivo sia quello di ridurre le disuguaglianze	Relazione Aziendale

<b>TRASFERIBILITA'</b>		
<b>15</b>	Tipo di realtà nella quale può essere implementato il progetto	Progetto o parte del progetto che può essere trasferita
	Aziende Sanitarie Provinciali ed Aziende Ospedaliere del SSR	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

<b>SCHEDA PROGETTO</b>		
<b>1</b>	<b>LINEA PROGETTUALE</b>	<b>3. Costruzione ed implementazione della rete di terapia del dolore e lo sviluppo delle cure palliative e terapia del dolore in area pediatrica</b>
	<b>TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO</b>	3.1 Implementazione della piattaforma digitale della rete di terapia del dolore e costituzione di un percorso di continuità assistenziale Ospedale-Territorio
	<b>AREA DI INTERVENTO</b>	Ospedale

<b>2</b>	<b>REGIONE RESPONSABILE DEL PROGETTO</b>		
		<i>Referente regionale</i>	Dirigente del Settore n. 4 Dott.ssa Francesca Fratto Dirigente medico Dott. Antonino Iaria
		<i>Recapiti telefonici-mail</i>	0961 856597 <a href="mailto:f.fratto@regione.calabria.it">f.fratto@regione.calabria.it</a> 0961 853875 <a href="mailto:antonino.iaria@regione.calabria.it">antonino.iaria@regione.calabria.it</a>
		<i>Cognome Nome Responsabile</i>	Dott. Amato Francesco Resp. Scientifico
		<i>Ruolo e qualifica</i>	Dir. UOC terapia del dolore Az Osp Cosenza
		<i>Recapiti telefonici</i>	330954624
		<i>e- mail</i>	<a href="mailto:f.amato@aocs.it">f.amato@aocs.it</a>

<b>3</b>	<b>RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO - MODALITÀ DI REPERIMENTO RISORSE</b>		
	<i>Finanziamento</i>	<i>Riferimento (Delibera, atto ecc.)</i>	<i>Importo</i>
	<i>Risorse vincolate degli obiettivi del PSN</i>	Accordo Stato/regioni n. 150 del 4 agosto 2021 – Intesa n. 153 del 4 agosto 2021	€ 2.952.409,10

<b>4</b>	<b>ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO</b>		
	<i>Tipologia di costi</i>	<i>Importo in euro</i>	<i>Note</i>
	Costi per adeguamento centro HUB e per implementazione piattaforma	472.385,46	Centro regionale terapia del dolore Hub Azienda Ospedaliera Cosenza
	Costi adeguamento potenziamento di terapie e tecnologie innovative	590.481,82	
	Costi per attrezzature ed arredi per aumentare il grado di umanizzazione cure	167.303,18	
Costi per il personale	196.827,27		

	Costi formazione e comunicazione	49.206,82	
	Costi gestione attività – formazione e comunicazione	246.034,09	Azienda Ospedaliera Pugliese – Ciaccio Catanzaro
	Costi personale e gestione piattaforma	246.034,09	Azienda Ospedaliera BMM Reggio Calabria
		196.827,27	Azienda sanitaria Provinciale di Catanzaro
		196.827,27	Azienda sanitaria Provinciale Cosenza
		196.827,27	Azienda sanitaria Provinciale di Crotona
		196.827,27	Azienda sanitaria Provinciale Vibo Valentia
		196.827,27	Azienda sanitaria Provinciale di Reggio Calabria

<b>5</b>	<b>ANALISI DEL CONTESTO/ SCENARIO DI RIFERIMENTO</b>	<p>Sebbene in Calabria il processo di sviluppo della rete della terapia del dolore ed il suo coordinamento attraverso l'HUB di Cosenza, abbia già prodotto risultati apprezzabili sia in termini di servizi, che 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. L'integrazione dei servizi, nell'ambito della rete di terapia del dolore può consentire il superamento della frammentarietà di un sistema ancora centrato sulla rete d'offerta e occorre, pertanto, un'azione di governo dei processi erogativi che garantisca il coordinamento della presa in carico e del percorso di cura. Risulta pertanto necessario costruire sinergie e connessioni organizzative tra i vari livelli di erogazione, tra ospedale e territorio, tra sanitario, sociosanitario e sociale, in un'ottica di empowerment del malato, della famiglia e della comunità locale.</p> <p>Tutte le azioni dovranno essere guidate da nuove tecnologie che avvicinino le persone ai servizi senza i costi di trasferimento e in particolare latenze temporali tra bisogni e azioni di assistenza così da abbattere ogni barriera intermedia: nei fatti il valore tipico della Telehealth. La gestione delle patologie croniche richiede inoltre un nuovo universo sia di valori sanitari che di processi assistenziali che sono riconducibili a quanto già avviene nell'area della Palliazione.</p> <p>La sfida è quindi quella di adattare le cure simultanee all'interno del sistema sanitario e in particolare nel contesto ospedaliero, mediante l'erogazione di sistemi di altissima specializzazione, garantire la continuità ospedale territorio, condividere il percorso di cura tra le varie equipe in modo integrato al fine di garantire l'appropriatezza del percorso in tutte le fasi della malattia</p> <p>Gli scenari evolutivi indicano la necessità di rispondere ai crescenti bisogni assistenziali di soggetti progressivamente più complessi e fragili dal punto di vista clinico e sociale. La letteratura internazionale valorizza lo sviluppo di modelli integrati di Cure, attraverso un approccio proattivo, che garantisca la presa in carico personalizzata e la continuità delle cure, attraverso un elevato grado di flessibilità organizzativa. Gli obiettivi di cura nei pazienti con cronicità, non potendo essere rivolti alla guarigione, sono finalizzati a:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. miglioramento del quadro clinico e dello stato funzionale</li> <li>2. minimizzazione della sintomatologia</li> <li>3. prevenzione/riduzione della disabilità miglioramento della qualità di vita</li> <li>4. garantire la continuità assistenziale e l'integrazione degli interventi socio-sanitari</li> </ol>
----------	--	---

I dati della letteratura evidenziano che l'introduzione precoce delle cure palliative non solo ha effetti benefici, statisticamente significativi, sulla sopravvivenza dei pazienti, come dimostrato nello studio Temel, ma ha anche un effetto benefico per i familiari/caregivers. Il dato è di estrema importanza suggerendo che l'introduzione precoce delle cure palliative, nel decorso della malattia con dolore, migliora la qualità dell'assistenza non solo per il paziente, ma anche per la sua famiglia

È quindi essenziale definire nuovi modelli assistenziali di «presa in carico», attraverso un'assistenza continua, integrata e progressiva. L'assistenza ospedaliera deve essere riservata alla sola gestione dei casi acuti/compleksi non gestibili dagli operatori sanitari a livello territoriale

La programmazione degli Obiettivi di Piano 2021, *anche se in continuità con quanto definito per il 2019 -2020* non può non essere un elemento costitutivo di una riorganizzazione più generale dei temi dominanti che riguardano l'integrazione Ospedale –Territorio. Pertanto è necessario, un grande piano di sperimentazione che ridisegni una nuova rete assistenziale. L'epidemia in corso, *da* COVID 19, ha reso evidente questa fragilità. Si propone, quindi, per il 2021 una sperimentazione che *preveda l'attivazione di* posti (4/6) di Cure Palliative all'interno del Centro HUB di Terapia dolore e cure Palliative. Attraverso questa strategia si intende garantire la continuità assistenziale ospedale territorio mediante il rafforzamento del processo di governance da parte del centro HUB. Di fondamentale importanza sarà l'utilizzo della piattaforma già esistente tra:

- Rete di Terapia del Dolore;
- Rete di Cure Palliative;
- Rete di Medici di Medicina Generale;
- Assistenza Domiciliare Integrata.

L'integrazione dei servizi, nell'ambito della rete di terapia del dolore può consentire il superamento della frammentarietà di un sistema ancora centrato sulla rete d'offerta. Occorre, pertanto, un'azione di governo dei processi erogativi che garantisca il coordinamento della presa in carico e del percorso di cura; risulta necessario costruire sinergie e connessioni organizzative tra i vari livelli di erogazione, tra ospedale e territorio, tra sanitario, sociosanitario e sociale, in un'ottica di empowerment del malato, della famiglia e della comunità locale.

Per dare una risposta capace di far fronte ai bisogni e facilitare il mantenimento di cura a domicilio, si deve provvedere a gestire il fattore di criticità dolorosa e di multifattorialità patologica.

Un fondamentale strumento è rappresentato dalla “Rete” quale mezzo capace di

far dialogare sanitari di differente estrazione disciplinare e interprofessionale, mediante strutture a differente logica organizzativa, ove prevalga la logica della collaborazione, coordinata mediante la cooperazione dei protagonisti.

La continuità delle cure rappresenta un obiettivo ed insieme una strategia per migliorare la qualità dell'assistenza e per rispondere in modo efficace ai problemi critici, alle complessità organizzative e alle difficoltà umane poste, in particolare, dai pazienti cronici, per definizione non guaribili, che devono essere curati per lungo tempo. La sfida è quindi quella di garantire la continuità ospedale territorio, condividere il percorso di cura tra le varie equipe in modo integrato al fine di

garantire l'appropriatezza del percorso in tutte le fasi della malattia

In linea con il recente programma EU4Health che vuole spianare la strada ad un'Unione europea della salute investendo nelle priorità sanitarie più urgenti si vuole migliorare la protezione, la prevenzione, la preparazione e la risposta nei confronti dei rischi per la salute dei pazienti.

Riteniamo sia oggi un' opportunità per la nostra Regione sperimentare un modello di riconversione della mission di una struttura sanitaria esistente (riorganizzazione Mariano Santo) e investire in una nuova struttura per finalizzarla ad una sperimentazione gestionale e clinica dedicata all'Area delle patologie Croniche ad alto impatto socio-sanitario da cui trarre azioni

	<p>proporzionate e conseguenziali per tutte le filiere che generano dispendio e diseconomia, trasformandole in un percorso ramificato di opportunità capaci di modificare la scena assistenziale e ricavare un' esperienza oggettiva per un nuovo modello riproponibile su scala più ampia.</p> <p>In particolare i dati di prevalenza di patologia e di incidenza delle complicanze generanti alti costi gestionali e sociali sembrano indicare nelle patologie caratterizzate da cronicizzazione algologica il segmento a maggior complessità organizzativa e generante la peggior qualità di vita ed altissimi costi di disabilità totale.</p> <p>In questa ottica si pone la programmazione degli Obiettivi di Piano 2021 (seppur trattasi dell' implementazione di quelli del 2020) e che riguarda il potenziamento del Centro Hub di Terapia del Dolore (allocato presso il Mariano Santo) preposto all'erogazione di prestazioni appropriate di altissima specializzazione e minimamente invasive.</p> <p>Pertanto è necessario attrezzarsi con nuove tecnologie e strumentazioni adeguate per erogare servizi che tendono alla robotizzazione ed alla remotizzazione dei processi di cura per soddisfare le nuove domande di salute. Una medicina personalizzata, una medicina di precisione in cui si cura anche con i dati.</p> <p>Nell'ultimo decennio infatti si è osservata l'importanza dei Data lake (cioè l'intero bacino dei dati che si riferiscono ad un unico paziente) e che si potranno scambiare tra i vari professionisti permettendo di ottimizzare il percorso di cura del paziente stesso.</p> <p>Sebbene in Calabria il processo di sviluppo della rete della terapia del dolore ed il suo coordinamento attraverso l'HUB di Cosenza, abbia già prodotto risultati apprezzabili sia in termini di servizi, che 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. L'integrazione dei servizi, nell'ambito della rete di terapia del dolore può consentire il superamento della frammentarietà di un sistema ancora centrato sulla rete d'offerta e occorre, pertanto, un'azione di governo dei processi erogativi che garantisca il coordinamento della presa in carico e del percorso di cura. Risulta pertanto necessario costruire sinergie e connessioni organizzative tra i vari livelli di erogazione, tra ospedale e territorio, tra sanitario, sociosanitario e sociale, in un'ottica di empowerment del malato, della famiglia e della comunità locale.</p> <p>Tutte le azioni dovranno essere guidate da nuove tecnologie che avvicinino le persone ai servizi senza i costi di trasferimento e in particolare latenze temporali tra bisogni e azioni di assistenza così da abbattere ogni barriera intermedia: nei fatti il valore tipico della Telehealth. La gestione delle patologie croniche richiede inoltre un nuovo universo sia di valori sanitari che di processi assistenziali che sono riconducibili a quanto già avviene nell'area della Palliazione.</p> <p>La sfida è quindi quella di adattare le cure simultanee all'interno del sistema sanitario e in particolare nel contesto ospedaliero, mediante l'erogazione di sistemi di altissima specializzazione, garantire la continuità ospedale territorio, condividere il percorso di cura tra le varie equipe in modo integrato al fine di garantire l'appropriatezza del percorso in tutte le fasi della malattia</p>
--	--

<b>6</b>	<b>DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO</b>	Data inizioprevista	Data termine prevista	Possibile ulteriore proseguimento per anno successivo
		01.01.2021	31.12.2021	31.12.2022

7	<b>OBIETTIVO GENERALE</b>	<p>La dimensione della cronicità è in costante e progressiva crescita, con conseguente impegno di risorse sanitarie, economiche e sociali.</p> <p>Nell'ottica di un bilanciamento tra adattamento e innovazione governata dal principio di resilienza dell'assistenza sanitaria (secondo il recente programma EU4Health) si vuole sostenere e sviluppare tutti quei procedimenti diagnostico-terapeutici innovativi a bassa invasività di altissima specializzazione che permetteranno l'implementazione delle opportunità di diagnosi e cura in ogni area dei servizi di terapia del dolore e cure palliative, incrementando le capacità di garantire per il Centro Hub di Terapia del Dolore un'assistenza sanitaria di qualità e personalizzata su tutto il territorio.</p> <p>Inoltre si rende necessario effettuare una nuova organizzazione operativa della stessa rete di terapia del dolore, con particolare riferimento alla relazione tra ospedale e territorio, implementando l'informatizzazione e la governance centralizzata (mediata dal centro regionale Hub della Azienda Ospedaliera di Cosenza) che garantisca uniformità e omogeneità alla risposta.</p> <p>Pertanto per rendere molto forte il legame tra il paziente e il medico, durante e dopo il termine della terapia del dolore si vuole realizzare una piattaforma per la gestione di tutti i dati inerenti il singolo paziente, nonché un'attività di Telemedicina che consenta un continuum con gli assistiti assicurando così notevoli vantaggi nella gestione della terapia del dolore. Ciò non significa solo visita a distanza, ma indica anche la possibilità per medici e pazienti, o per medici e altri professionisti sanitari, di scambiare dati e di monitorare il paziente da remoto.</p>
---	---------------------------	--

8	<b>OBIETTIVI SPECIFICI</b>	<p><b>1° Obiettivo:</b> offrire ad ogni paziente le cure appropriate al momento giusto e nel luogo giusto, ricevendo l'assistenza di operatori sanitari che, per ruolo e competenze, possono prenderlo in cura affrontando e risolvendo i problemi di salute con un approccio sistemico, multidimensionale e attraverso le cure simultanee.</p> <p><b>2° Obiettivo:</b> Si vuole effettuare un uso appropriato della tecnologia che possa migliorare sensibilmente i relativi processi di cura</p> <p><b>3° Obiettivo:</b> Sviluppo e sperimentazioni di procedimenti diagnostico-terapeutici e riabilitativi innovativi a supporto del trattamento di specifiche patologie dolorose ove è richiesto l'uso di strumentazioni specialistiche nel trattamento dei pazienti affetti da patologie neurodegenerative affette anche da dolore persistente non controllato</p> <p><b>4° Obiettivo:</b> Coniugare efficacia, appropriatezza, efficienza e sicurezza in cui siano parte integrante delle cure palliative attraverso l'utilizzo di modelli organizzativi basati sulla costruzione di Percorsi Integrati di Cura.</p> <p><b>5° Obiettivo:</b> percorsi di cura dinamici mediante gli scambi di dati tra i vari professionisti (Data lake), si potrà così ottimizzare il percorso di cura del paziente</p> <p><b>6° Obiettivo:</b> proseguire il progetto già in atto dell'informatizzazione e della digitalizzazione della rete attraverso anche adeguamenti strutturali del centro HUB</p> <p><b>7° Obiettivo</b> implementare la cabina di regia composta da figure specialiste ospedaliere e medici del territorio, per garantire un approccio terapeutico complessivo a seconda della patologia in essere e delle comorbidità orientate verso la cura di patologie dolorose.</p> <p><b>8° Obiettivo:</b> Completare i percorsi formativi dei profili professionali afferenti alla rete</p> <p><b>9° Obiettivo:</b> Realizzare Campagne di informazione e comunicazione rivolte ai cittadini.</p>
---	----------------------------	---

<b>RISULTATI ATTESI</b>	
9	<p><i>A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati dal progetto</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coinvolgimento diretto dei profili professionali coinvolti nella costruzione del percorso ospedale-territorio</li> <li>• Sviluppo di tutti quei procedimenti diagnostici-</li> </ul>

		terapeutici innovativi di altissima specializzazione e potenziando dei percorsi di cura dinamici mediante le tecnologie digitali.
	<i>A lungo termine, a cui tendere, non direttamente raggiungibili alla fine del progetto</i>	Costruzione dei percorsi integrati di cura, dinamici anche con il supporto di tecnologie di telemedicina e teleconsulto.

	<b>PUNTI DI FORZA</b>	
	<i>Indicare i punti di forza</i>	<i>Indicare le strategie/azioni per l'implementazione</i>
<b>10</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La presa in carico globale del paziente con dolore attraverso un approccio sistemico, multidimensionale e attraverso l'attivazione delle cure simultanee</li> <li>- Attivazione in via sperimentale di posti letto di Cure e Terapia di Supporto all'interno del Centro HUB di Terapia dolore Cure Palliative Pediatriche che garantisca la continuità di assistenza ospedale territorio</li> </ul>	<p>Potenziamento di terapie e tecnologie innovative minimamente invasive healthtech.</p> <p>Implementazione della Piattaforma digitale governata dal centro HUB attraverso la digitalizzazione della Rete che consentirà l'interconnessione tra i vari nodi della Rete per i percorsi di cura dinamici.</p> <p>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 di alta specificità ed alla capacità di garantire l'erogazione dei servizi a fronte di un incremento della popolazione che manifesta lo stesso bisogno di cura</p>

	<b>PUNTI DI DEBOLEZZA</b>	
	<i>Indicare i punti di debolezza</i>	<i>Indicare le strategie/azioni per la riduzione</i>
<b>11</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Carenza di conoscenze specifiche nell'ambito territoriale inerenti ai processi di presa in carico del paz con dolore</li> <li>- Mancanza di comunicazione tra ospedale e territorio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- definizione di un programma di formazione regionale per i medici ospedalieri e Medici di Continuità assistenziale</li> <li>- implementazione dei sistemi di comunicazione tra i vari componenti della Rete</li> <li>- definizione di protocolli per implementare l'integrazione ospedale- territorio</li> <li>- programmazione di audit periodici con le Aziende Sanitarie per il monitoraggio degli obiettivi.</li> </ul>

<b>DIAGRAMMA DI GANT</b>												
<i>Descrizioni delle azioni relative a ogni fase</i>	Mesi											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
I Fase: Potenziamento di terapie e tecnologie innovative minimamente invasive healthtech.												
II Fase: definizione dell'adeguamento tecnologico												
III Fase: Attivazione dei posti letto di cure di supporto nella nuova struttura												

IV Fase: Campagne di informazione e comunicazione rivolte ai cittadini.														
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

<b>DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO</b>			
Fase	Azioni	Breve descrizione dei contenuti	Indicatori di verifica
1	Effettuare un uso appropriato della tecnologia che possa migliorare sensibilmente i relativi processi di cura	Potenziamento di terapie e tecnologie innovative minimamente invasive healthtech	Relazione Aziende SI/NO
	Attivare percorsi di cura dinamici	Attivazione percorsi di cura dinamici mediante le tecnologie digitali tra cui telemedicina e teleconsulto	Report Hub CS SI/NO
2	Implementazione della Piattaforma digitale governata dalla Cabina di regia C/O Centro regionale Hub azienda ospedaliera Cosenza	Inizio attività gruppo di lavoro precostituito	Verbali attività gruppo di lavoro SI/NO
	Avvio procedure per l'adeguamento strutturale dell'UOC Terapia del Dolore	Procedure amministrative per l'adeguamento strutturale	Determine/Delibere aziendali SI/NO
3	Acquisto devices innovativi	Procedure amministrative per l'adeguamento strutturale	Determine/Delibere aziendali SI/NO
4	Campagne di informazione e comunicazione rivolte ai cittadini.	Realizzazione di campagne informative rivolte alla popolazione	n. di eventi realizzati ALMENO 1

<b>TRASFERIBILITA'</b>			
<i>Indicare: a quale altra realtà il progetto o parte di esso può essere trasferito</i>			
Tipo di realtà nella quale può essere implementato il progetto		Progetto o parte del progetto che può essere trasferita	
13	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>	

**SCHEDA PROGETTO**

<b>1</b>	<b>LINEA PROGETTUALE</b>	<b>3. Costruzione ed implementazione della rete di terapia del dolore e lo sviluppo delle cure palliative e terapia del dolore in area pediatrica</b>
	<b>TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO</b>	Sviluppo delle cure palliative e della terapia del dolore in area pediatrica
	<b>AREA DI INTERVENTO</b>	Ospedale –territorio

<b>2</b>	<b>RESPONSABILE REGIONALE DEL PROGETTO</b>		
		Responsabile regionale	Dirigente del settore n. 4 Dott.ssa Francesca Fratto Dirigente medico Dott. Antonino Iaria
		<i>Recapiti telefonici e-mail</i>	0961 856597 <a href="mailto:f.fratto@regione.calabria.it">f.fratto@regione.calabria.it</a> 0961 853875 <a href="mailto:antonino.iaria@regione.calabria.it">antonino.iaria@regione.calabria.it</a>
		<i>Responsabile scientifico</i>	Dott. Amato Francesco
		<i>Ruolo e qualifica</i>	Dir.UOC Terapia del Dolore Az.Osp. Cosenza
	<i>Recapiti telefonici e-mail</i>	330954624 - <a href="mailto:f.amato@aocs.it">f.amato@aocs.it</a>	

<b>3</b>	<b>RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLAREALIZZAZIONEDEL PROGETTO - MODALITÀ DI REPERIMENTO RISORSE</b>			
		<i>Finanziamento</i>	<i>Riferimento (Accordo CSR, Delibera, atto ecc.)</i>	<i>Importo</i>
		<i>Risorse vincolate degli obiettivi del PSN</i>	Accordo Stato/regioni n. 150 del 4 agosto 2021 – Intesa n. 153 del 4 agosto 2021	€ 613.678,90

<b>4</b>	<b>ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO</b>			
		<i>Tipologia di costi</i>	<i>Importo in euro</i>	<i>Note</i>
		Costi gestione progetto	220.024,35	Hub terapia del dolore Azienda Ospedaliera. Cosenza – Coordinamento e monitoraggio. Raccolta epidemiologica e organizzazione attività formativa. Individuazione, di pl dedicati - Integrazione personale ed attività ospedaliera con la rete territoriale di terapia del dolore e cure palliative pediatrica (Centro di Riferimento, PLS ed UCP domiciliari)
	Costi gestione progetto	98.413,64	Integrazione ed attività personale dedicato Azienda Ospedaliera Cz e Rete territoriale (Centro di riferimento, PLS, UCP domiciliari pediatriche) Individuazione di pl dedicati	

		98.413,64	Organizzazione ed integrazione del personale dell'Azienda Ospedaliera di Reggio con l'ASP (rete territoriale Centro diriferimento, PLS, UCP domiciliari pediatriche)- Individuazione pl dedicati
		98.413,64	Integrazione ospedale – territorio - Organizzazione della rete palliativa domiciliare Azienda sanitaria di Crotona .
		98.413,64	Integrazione ospedale – territorio Organizzazione dellarete di terapia del dolore e c.p. pediatriche dell' Azienda Sanitaria Provinciale di Vibo Valentia

5	<b>RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO</b>		
	<i>RISORSE NECESSARIE</i>	<i>N. RISORSE</i>	<i>NOTE</i>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Disponibili</li> </ul>	€ 613.678,90	Accordo Stato/regioni n. 150 del 4 agosto 2021 – Intesa n. 153 del 4 agosto 2021
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Da acquisire</li> </ul>		

6	<b>ANALISI DEL CONTESTO/ SCENARIO DI RIFERIMENTO</b>	<p>La rete di cure palliative e terapia del dolore pediatrica è 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 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>Il Centro di riferimento e la Rete in tutte queste situazioni, svolge appunto un ruolo di supporto/tutoraggio continuo ai clinici, di messa a disposizione di strumenti e protocolli condivisi per ottimizzare l’intervento nonché di monitoraggio sulla qualità ed efficacia dell’approccio attuato.</p> <p>Si stima che più del 80% dei ricoveri in ambiente ospedaliero pediatrico siano dovuti a patologie che presentano come sintomo prioritario o di accompagnamento il dolore, l'ampiezza del problema in termini epidemiologici è dunque notevole.</p> <p>In quest’ottica la Legge 38/2010 ed i successivi provvedimenti attuativi, pongono delle indicazioni specifiche sulla Terapia del Dolore (TD) e le Cure Palliative Pediatriche (CPP).</p> <p>Viene sancita la “peculiarità pediatrica” e la necessità di una risposta ai bisogni specifica e dedicata sia a livello clinico-organizzativo che formativo ed informativo.</p> <p>Infatti la diversità rispetto alla popolazione adulta delle patologie in causa, le peculiarità strutturali e funzionali della nocicezione in ambito neonatale–pediatrico nonché, la tipologia del paziente bambino, persona in continua evoluzione sia a livello fisiologico che cognitivo e relazionale e la numerosità dei pazienti eleggibili, condizionano la necessità di un approccio specifico e dedicato sia a livello valutativo-terapeutico che organizzativo.</p> <p>Da un punto di vista organizzativo, il modello assistenziale proposto per la gestione del dolore in ambito pediatrico è quello di una unica Rete specialistica per la Terapia del Dolore e le Cure Palliative pediatriche, Rete realizzata su ampi bacini d’utenza e coordinata da un Centro di Riferimento da dove una equipe multi-specialistica e dedicata, integrandosi con tutti i Servizi/Istituzioni, in maniera continuativa e competente, risponde ai bisogni di salute dei minori e delle loro famiglie e garantisce una risposta ai bisogni di coordinamento, riferimento e formazione degli operatori/istituzioni che condividono la gestione del paziente nonché di informazione e di riferimento per tutta la popolazione ed il No profit.</p>
---	--	--

La contestualizzazione di questo modello assistenziale è resa attuabile anche alla luce del fatto che su tutto il territorio, è presente una rete di risorse dedicate al bambino sia professionali (Pediatria di base, Pediatri e Specialisti ospedalieri, nelle diverse discipline medico-chirurgiche e riabilitative che si rivolgono all'età pediatrica, reti specialistiche territoriali) che strutturali (ospedali/reparti pediatrici), risorse che adeguatamente preparate e supportate dal Centro di riferimento, sono in grado di rispondere e condividere una parte rilevante dei bisogni assistenziali nell'ambito dell'analgia e delle cure palliative pediatriche.

La Regione Calabria si è dotata, dal 2011, di Linee guida per la realizzazione delle due reti per la popolazione adulta. Nonostante si continui a registrare un ritardo nel rendere omogeneo sul territorio lo sviluppo di servizi e strutture ospedaliere e territoriali dedicate, l'impegno della Regione e delle aziende sanitarie è comunque ormai proteso ad offrire risposte assistenziali per la copertura dei territori ancora carenti.

Altrettanto non può dirsi per la fascia pediatrica. I dati epidemiologici anche se approssimativi, dimostrano come, anche in Calabria, 1 minore su 15 sia bisognoso di approccio palliativo ed 1 ogni 7 di assistenza palliativa e terapia del dolore specialistica. Anche in Calabria il 75% dei minori inguaribili sono affetti da patologie genetiche, degenerative, prevalentemente neurologiche primitive o secondarie post traumatiche e solo il 25 % da patologie neoplastiche solide o ematologiche.

Pertanto il contesto regionale conferma che uno sviluppo efficace delle cure palliative debba passare dalla creazione ed implementazione di risorse finanziarie e professionali dedicate e disponibili prioritariamente sul territorio.

Quest'anno l'emergenza pandemica ha costretto l'organizzazione sanitaria pubblica a rimodulare scelte e strategie, rafforzando ulteriormente la medicina del territorio, allontanando i gruppi a maggior rischio di contagio, dagli ambulatori ospedalieri, rendendo concreta l'esigenza, divenuta assolutamente essenziale, di privilegiare il progetto di cura a domicilio del minore anziché in ospedale, per proteggerlo anche dal punto di vista immunologico.

Dunque, per le mutate esigenze sanitarie, la linea progettuale viene rimodulata sviluppando in modo più equilibrato i due differenti ambiti: Territoriale ed Ospedaliero.

Per i minori affetti da patologie irreversibili ed eleggibili alle cure palliative e alla terapia del dolore pediatrico, l'articolazione distrettuale rappresenta il luogo dove la domanda deve pervenire per essere accolta e trasferita alla struttura di riferimento specialistica, che la normativa vigente identifica nel Centro di Riferimento specialistico, per la successiva valutazione di eleggibilità. Le cure domiciliari rappresentano per il minore in situazione di fragilità l'opzione assistenziale più idonea. Nel proprio ambiente domestico il bambino si sente protetto ed accoglie senza timore l'operatore sanitario o l'equipe multidisciplinare accettando con maggiore disponibilità le cure necessarie.

Gli obiettivi specifici delle cure palliative pediatriche domiciliari sono:

- garantire ai pazienti cure a casa che assicurino la migliore qualità di vita possibile;
- realizzare un sistema integrato di risposte ai bisogni dei piccoli malati e dei loro familiari;
- garantire continuità terapeutica ed assistenziale fra ospedale e territorio;
- prendere in carico ogni componente del nucleo familiare offrendo supporto psicologico, pedagogico, perché vivano per quanto possibile, l'esperienza di malattia come un evento naturale;
- attivare piani di cura e gestire percorsi assistenziali complessi anche a domicilio;
- consentire ai genitori o tutori del minore di poter ottenere una adeguata informativa relativamente alla modulistica sul o sui consensi informati;
- applicare strumenti di misurazione dello stato di malattia e della qualità di vita;
- introdurre nell'equipe multidisciplinare nuove figure professionali (psicologo dello sviluppo, psico-oncologo, musicoterapista, psicologo esperto in PET Therapy, consulente etico filosofico, pedagogista, educatore ecc.) che arricchiscono l'intervento assistenziale per ottimizzare i risultati attesi;
- formare i genitori per una collaborazione efficace con l'equipe nella

		<p>realizzazione del programma terapeutico;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•offrire un giusto supporto etico-esistenziale ai genitori e al nucleo familiare durante la fase del cordoglio anticipatorio e durante la elaborazione del lutto;</li> <li>•monitorare i processi assistenziali e valutarne i risultati. I servizi domiciliari debbono a questo punto avvalersi di Centri di Riferimento pediatrici, cabina di regia dell'intero percorso di presa in carico ed accompagnamento del minore e della sua famiglia. Si renderà necessario prevedere la stipula di accordi interaziendali per favorire la definizione di procedure facilitate che consentano speditamente il passaggio in cura o le consulenze tra specialisti.</li> </ul> <p><b>Ambito ospedaliero</b></p> <p>Le UU.OO. ospedaliere mettono a disposizione dei minori inguaribili, le proprieterisorse professionali per integrarsi con le altre figure specialistiche del Centro di Riferimento Pediatrico territoriale, con l'equipe delle UCP domiciliari e i servizi di urgenza/emergenza del territorio. Intervengono in caso di eventi acuti nonrisolvibili a domicilio garantendo una procedura facilitata al ricovero ospedaliero. In particolare: La <i>Terapia Intensiva Neonatale</i> garantisce al neonato bisognevole dicure palliative: Il controllo dei sintomi, la prevenzione dell'ingravescenza e della comparsa di nuovi sintomi, il mantenimento delle funzioni vitali associato al mantenimento e alla maturazione delle funzioni d'organo e l'assistenza menotraumatica possibile e protetta dal dolore.</p> <p><i>L'U.O. di Pediatria</i> assicura la gestione di Patologie respiratorie con utilizzo di presidi elettromedicali, l'alimentazione enterale e parenterale, la sostituzione e gestione della PEG e sondino naso digiunale/gastrico.</p>
--	--	--

7	<b>DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO</b>	Data inizio prevista	Data termine prevista	Possibile ulteriore proseguimento per anno successivo
		01.01.2021	31.12.2021	31.12.2022

8	<b>OBIETTIVO GENERALE</b>	Potenziamento della rete di cure palliative e della terapia del dolore in età pediatrica, attraverso un percorso circolare di cure integrate ospedale-territorio.
---	---------------------------	---

9	<b>OBIETTIVI SPECIFICI</b>	<p><b>1°Obiettivo:</b> Obiettivo: Implementazione della rete: identificare altri quattro posti letto di terapia del dolore e palliazione del paziente pediatrico dedicati, da allocare negli HUB delle AO di Cosenza.</p> <p><b>2°Obiettivo:</b> Realizzare una valutazione aggiornata dei bisogni di salute nell'area della palliazione e terapia del dolore pediatrica;</p> <p><b>3°Obiettivo:</b> Individuare dei nodi per la gestione domiciliare affidata alle Aziende Sanitarie Provinciali;</p> <p><b>4°Obiettivo:</b> Dare seguito al programma formativo predisposto, rivolto ai profili professionali previsti dall'Accordo Stato- Regioni del 10.7.2014;</p> <p><b>5°Obiettivo:</b> predisposizione, aggiornamento e condivisione del PDTA specifico</p>
---	----------------------------	---

10	<b>RISULTATI ATTESI</b>	
	<i>A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati dal progetto</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Attuazione della rete pediatrica di terapia del dolore e cure palliative.</li> <li>- Ridefinizione 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</li> </ul>

<i>A lungo termine, a cuitendere, non sempre direttamente raggiungibili alla finedel progetto</i>	Consolidamento di un modello organizzativo integrato con le altre reti di patologia. Il Centro di riferimento e la Rete in tutte queste situazioni, svolge appunto un ruolo di supporto/tutoraggio continuo ai clinici, di messa a disposizione di strumenti e protocolli condivisi per ottimizzare l'intervento nonché di monitoraggio sulla qualità ed efficacia dell'approccio attuato.
---	--

<b>PUNTI DI FORZA</b>	<i>Indicare i punti di forza</i>	
	<i>Indicare le strategie/azioni per l'implementazione</i>	
	<b>11</b> -Migliorare l'appropriatezza della presa in carico del paziente pediatrico in palliazione; -Integrazione dei servizi ospedale —territorio - Razionalizzazione delle risorse umane, tecnologiche, strutturali ed economiche	- Attraverso il PDTA specifico si attua una adeguata presa in carico del paziente pediatrico. - Con l'individuazione di altri quattro posti letto presso il centro Hub si ottimizzano tutte le risorse in relazione ai servizi offerti.

<b>PUNTI DI DEBOLEZZA</b>	<i>Indicare i punti di debolezza</i>	
	<i>Indicare le strategie/azioni per la riduzione</i>	
	<b>12</b> - Riorganizzazione delle attività ordinarie in relazione delle attività utili a fronteggiare l'emergenza Covid-19; - Carenza di personale specializzato; - Tempistica di approvazione degli atti formali; - Possibili difficoltà nel reperire i dati nella fase di valutazione	- Attivare procedure mirate al reclutamento del personale; - 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.

<b>DIAGRAMMA DI GANT</b>												
<i>Descrizione delle azioni relative a ogni fase</i>	<i>Mesi</i>											
	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>	<i>8</i>	<i>9</i>	<i>10</i>	<i>11</i>	<i>12</i>
Valutazione bisogni di salute												
Organizzazione della rete												
Individuazione di altri quattro posti letto presso il centro Hub												
Programma formativo rivolto agli operatori sanitari												

<b>13</b>	<b>DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO</b>		
	<i>Fase</i>	<i>Azioni</i>	<i>Breve descrizione dei contenuti</i>

	1	Valutazione bisogni di salute	Censimento popolazione in età pediatrica che necessita di cure palliative e terapia del dolore	Report Azienda Hub 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 SI/NO
	3	Individuazione di altri quattro posti letto presso il centro Hub	Analisi organizzativa e logistica per la corretta allocazione dei posti letto	Atto formale di individuazione SI/NO
	4	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.	operatori sanitari formati / totale degli operatori afferenti ai servizi interessati 30%

<b>TRASFERIBILITA'</b>	
<i>Tipo di realtà nella quale può essere implementato il progetto</i>	<i>Progetto o parte del progetto che può essere trasferita</i>
<b>14</b> HUB delle AO di Catanzaro, Cosenza e Reggio Calabria, Spoke di Crotone 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.

<b>SCHEDA PROGETTO</b>		
<b>1</b>	<b>LINEA PROGETTUALE</b>	<b>4 - Piano Nazionale della Prevenzione e supporto al Piano Nazionale della Prevenzione</b>
	<b>OBIETTIVO PRIORITARIO</b>	Piano Nazionale della Prevenzione
	<b>TITOLO DEL PROGETTO</b>	Attività di prevenzione e promozione della salute – Anno 2021
	<b>REGIONE</b>	Calabria

<b>2</b>	<b>RESPONSABILE REGIONALE DEL PROGETTO</b>		
		<i>Responsabile regionale</i>	Dirigente del settore 4 - Prevenzione e Sanità pubblica dott.ssa Francesca Fratto
		<i>Recapiti telefonici e-mail</i>	0961 856597 - f.fratto@regione.calabria.it
		<i>Comitato scientifico<sup>1</sup></i>	Gruppo di Coordinamento regionale richiamato nel Decreto D.G. Dipartimento Salute n. 10176 del 17 agosto 2016 e disposizione prot. 324008 del 09/10/2020

<b>3</b>	<b>RISORSE FINANZIARIE</b>		
	Finanziamento	<i>Riferimento (Delibera, atto ecc.)</i>	<i>Importo</i>
	Risorse vincolate degli obiettivi del PSN	Accordo Stato/regioni n. 150 del 4 agosto 2021 – Intesa n. 153 del 4 agosto 2021	€ 8.558.611,00
	Eventuali Risorse regionali		

<b>ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO</b>			
		<i>Importo in euro</i>	<i>Note</i>
<i>Tipologia di costi</i>			
<b>4</b>	Costi totali gestione del Piano Regionale di Prevenzione	€ 8.558.611,00	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 anno 2020	€ 3.102.136,12	Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza
		€ 769.124,29	Azienda Sanitaria Provinciale di Crotona
		€ 1.574.977,37	Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro
		€ 703.600,60	Azienda Sanitaria Provinciale di Vibo Valentia
	2.408.772,62	Azienda Sanitaria Provinciale di Reggio Calabria	
La ripartizione del finanziamento è effettuata con la stessa modalità di assegnazione ministeriale, ossia in proporzione alla popolazione residente all'01.01.2020			

<sup>1</sup> Ai componenti del Comitato Scientifico non verrà riconosciuto alcun compenso.

5	<b>URATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO</b>	Data inizio prevista	Data termine prevista	Possibile ulteriore proseguimento per anno successivo
		01.01.2021	31.12.2021	31.12.2025

6	<b>ATTIVITA' DI PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE Anno 2021</b>	<p>Il Piano regionale di Prevenzione 2020-2025, nasce a seguito di un percorso regionale avviato con il Piano nazionale della prevenzione 2005-2007, in cui erano stati focalizzati quattro importanti ambiti di azione, tra l'altro peculiari per la Regione Calabria: prevenzione della patologia cardiovascolare (includere la prevenzione delle complicanze del diabete e dell'obesità); screening oncologici; vaccinazioni; prevenzione degli incidenti. Le progettualità inerenti tali ambiti sono state prorogate negli anni 2008/2009 e sono state realizzate, altresì, le principali linee di indirizzo finalizzate al miglioramento delle attività preventive nel versante della promozione della salute con l'implementazione del programma "Guadagnare salute" e delle sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive, oltre all'implementazione dei sistemi di sorveglianza: PASSI, PASSI d'Argento, OKkio alla Salute, HBSC, del regolamento REACH e della programmazione/sviluppo del piano regionale di prevenzione 2010/2012. Il PNP 2005-2007, prorogato al 2009 ha permesso di sperimentare un nuovo metodo di lavoro con l'obiettivo di realizzare modifiche di approccio ai temi di prevenzione nell'ambito di un contesto non più limitato a progetti definiti nel tempo e nello spazio, ma aventi l'obiettivo di innalzare il livello qualitativo della risposta ai bisogni dei cittadini di un intero sistema. Nella regione Calabria questo è accaduto in numerose linee di intervento. Da questa esperienza sono stati tratti gli elementi per il miglioramento metodologico richiesto dal PNP 2010-2012. In questo nuovo Piano veniva declinato il Quadro Strategico unitamente al contesto regionale di salute, le eventuali criticità e si descrivevano le strategie ed i macroambiti di intervento perseguiti dalla Regione e da un Programma Operativo che sviluppava in linee d'intervento e progetti ciascuna delle quattro macro-aree determinate nel PNP 2010-2012, quali la medicina predittiva, i programmi di prevenzione collettiva, i programmi di prevenzione rivolti a gruppi di popolazione a rischio, i programmi volti a prevenire complicanze e recidive di malattia. Questo secondo step ha sperimentato con successo una programmazione partecipata che, sia a livello generale, che di singolo programma, ha registrato la fattiva operatività di gruppi di lavoro con gli operatori del servizio sanitario regionale componenti della comunità competente regionale all'uopo formati.</p> <p>Complessivamente i precedenti Piani Regionali della Prevenzione avevano consentito di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Metabolizzare ad ogni livello il nuovo approccio metodologico della prevenzione;</li> <li>• Garantire l'implementazione in forma organica e coerente di attività, spesso disattese;</li> <li>• Coinvolgere gli operatori in forma attiva e partecipata alle scelte di prevenzione, tenendo conto dei bisogni della popolazione;</li> <li>• Assicurare un approccio multidisciplinare e multiprofessionale alle tematiche della prevenzione;</li> <li>• Valorizzare le best practices presenti sul territorio da estendere all'intero contesto sanitario regionale.</li> </ul> <p>Di contro, sono emerse alcune criticità alle quali, con il Piano Regionale della Prevenzione 2014/2018 e successive proroghe, si è inteso porre specifica attenzione con particolare riferimento a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• una maggiore trasversalità delle azioni nelle azioni di prevenzione, con consolidamento delle Reti;</li> <li>• un potenziamento delle sinergie con tutti gli attori del sistema regionale con l'obiettivo di garantire la "salute in tutte le politiche";</li> <li>• un approccio sistematico per la riduzione delle disuguaglianze;</li> <li>• una capacità di "comunicare la salute"</li> <li>• intraprendere un percorso per garantire l'accountability dell'organizzazione e la sostenibilità della prevenzione, attraverso un operato trasparente, decisioni rendicontabili ed eventuali risultati</li> </ul>
---	---	---

conseguiti disponibili per i cittadini.

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'intersectorialità e la multi- disciplinarietà dei programmi di seguito indicati:

- Guadagnare salute in Calabria: la salute in tutte le politiche
- Screening Oncologici
- Promozione della Salute della donna e del bambino
- La prevenzione delle malattie professionali e degli infortuni
- Ambiente e salute
- Malattie Infettive e Vaccinazioni
- La sicurezza alimentare e sanità veterinaria nel territorio regionale
- Governance, organizzazione e monitoraggio del Piano di Prevenzione.

Inoltre sono state rispettate le procedure e le tempistiche di rendicontazione fissate, che hanno portato alla certificazione annuale del PRP.

Nell'anno 2020 gli obiettivi del PRP, rimodulato, da ultimo, con DCA n. 135/2020, sono stati conseguiti in termini di risultato e, pertanto, grande attenzione è stata 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. Le Aziende Sanitarie Provinciali della Calabria si sono adoperate, in continuità con i precedenti anni, a svolgere progetti/interventi/azioni degli del PRP per il 2020 nel raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- adesione degli istituti scolastici alle iniziative di promozione della salute, nella proporzione attesa;
- raggiungimento dei valori regionali di prevalenza attesa per tutte le sorveglianze;
- attuazione delle disposizioni regionali sugli screening;
- attuazione di tutte le attività di controllo in materia di sicurezza nei luoghi di lavoro, inclusa l'adozione di atti di indirizzo e di collaborazione interdisciplinare;
- aumento della proporzione di popolazione vaccinata, inclusi l'anagrafe vaccinale, il miglioramento del sistema di notifica delle Malattie Infettive, le sorveglianze specifiche;
- realizzazione di 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;
- azioni di supporto dei Network ONS, NIEBP, AIRTUM.

La Regione Calabria dunque, condivide e fa propri i principi ispiratori del PNP 2020-2025, già in parte caratterizzanti i precedenti Piani Regionali di Prevenzione, in particolare:

- l'approccio multidisciplinare e intersectoriale nell'affrontare i rischi per la salute in ottica One Health, che considera la salute come risultato di uno sviluppo armonico e sostenibile dell'essere umano, della natura e dell'ambiente;
- il principio della salute in tutte le politiche, che determina l'intersectorialità di programmi e interventi;
- il riorientamento del sistema della prevenzione verso un approccio di promozione della salute, che metta al centro la persona, promuovendo lo sviluppo di strategie di capacity building ed empowerment in modo trasversale in tutto il PRP;
- l'approccio life-course, con la previsione di interventi preventivi e protettivi sin dalle prime fasi di vita, integrato con l'approccio per setting, mirato ai contesti nei quali vivono individui e gruppi prioritari;
- l'approccio di genere come cambio di prospettiva e culturale, al fine di migliorare l'appropriatezza degli interventi di prevenzione e di contribuire a rafforzare la centralità della persona;
- l'equità nell'azione, nella consapevolezza che lo svantaggio sociale rappresenta

un importante fattore di rischio per la salute e la qualità della vita;  
- la presenza di specifiche azioni trasversali

In particolare, si vuole continuare a lavorare in sinergia con altre strutture regionali ed enti esterni (Comuni, Scuole, Enti di promozione sportiva, Associazioni ) per la creazione di ambienti di vita e di lavoro sicuri e favorenti stili di vita sani.

Il profilo di Salute approvato nel DCA di recepimento del PNP 2020-2025 (DCA n. 161/2020), ha focalizzato, come analisi di contesto della situazione sanitaria regionale, alcuni ambiti sui quali si intende operare per tutta la durata di vigenza del PRP, al fine di rafforzare la garanzia dei LEA, incidere significativamente su alcuni fattori di disuguaglianza, rafforzare le strategie degli interventi di prevenzione, in maniera uniforme, nel territorio regionale. In questa ottica, il Profilo di salute qui richiamato nella sua interezza, viene integrato da un breve profilo di equità, che sarà elemento caratterizzante i singoli Programmi predefiniti e liberi.

La Regione Calabria infatti, integra i 10 Programmi Predefiniti, con i seguenti ulteriori programmi liberi:

PL1 SCREENING ONCOLOGICI

PL2 PROMOZIONE DELLA SALUTE DELLA DONNA E DEL BAMBINO NEI PRIMI 1000 GIORNI DI VITA

PL3 PRESA IN CARICO DELLA CRONICITA'

PL4 VACCINAZIONI E MALATTIE INFETTIVE

PL5 LE MALATTIE TRASMESSE DA ALIMENTI

PL6 ANALISI DEI SITI REGIONALI A RISCHIO DI CONTAMINAZIONE AMBIENTALE

Di seguito sono descritti brevemente i 10 programmi predefiniti del Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025 che vengono allegati integralmente al presente documento.

### **PP01 Scuole che promuovono Salute**

Il Programma Scuole che Promuovono Salute apre un percorso, all'interno delle scuole calabresi , sul solco delineato già negli ultimi anni dal Coordinamento Regionale Salute in tutte le Politiche-setting scuola e che definisce il " benessere-la salute" come armonia ed equilibrio di tutte le componenti ed i determinanti della persona.

Sarà dunque indispensabile, al fine di esserne sempre più consapevoli ,pianificare una serie di percorsi formativi rivolti a tutti gli attori del mondo scolastico e sanitario coinvolto nella scuola sul significato di "Approccio globale alla salute" raccomandato dall'OMS e recepito dall'Accordo Stato Regioni del 17/1/2019 ( Indirizzi di policy integrate per la scuola che promuove salute) .

Questo rappresenta il punto di partenza perchè si rende sempre più urgente e necessario che si acquisti una visione di interezza legando e operando contemporaneamente sulla promozione ed il miglioramento degli aspetti fisici, psichici, sociali e ambientali.

La formazione avrà anche l'obiettivo di promuovere e valorizzare le capacità di ciascuno nel sentirsi costruttori di salute in un contesto di building team, passando dunque da un elenco frammentario di azioni preventive ad un "percorso esperienziale " dove il setting scolastico diventa scuola di vita e di buona vita per tutti.

Si procederà poi a definire il profilo delle Scuole nei suoi ambienti: formativo (didattica, contenuti, sistema di valutazione), sociale (relazioni interne ed esterne, clima organizzativo, regole) fisico (ubicazione, struttura, spazi dedicati ad attività fisica,-sport, laboratori, ristorazione , aree verdi) e organizzativo (servizi disponibili: mensa, trasporti, accessibilità, fruibilità extrascolastica, policy interne).

Sarà importante poi analizzare il contesto al fine di definire piani di miglioramento mirati a promuovere le competenze individuali e le abilità di vita, rendere sempre più "vivibili e fruibili " gli ambienti fisici ed organizzativi, migliorare le relazioni

sociali, all'insegna della collaborazione proficua, all'interno della scuola e tra la scuola e la comunità locale e soprattutto adottando le lenti dell'equità (focalizzandosi sulle le aree ed i gruppi a più alto rischio di esposizione o di vulnerabilità ai fattori di rischio) .

Si deciderà dunque un criterio che consenta di individuare le priorità negli interventi da attuare corredata da un sistema di monitoraggio e valutazione degli stessi.

Si dovranno necessariamente consolidare gli accordi e le intese già realizzati tra sistema sanitario e sistema scolastico per la governance integrata.

Sarà importante realizzare accordi con soggetti esterni al sistema sanitario che possano contribuire al benessere dell'intera comunità scolastica. Saranno proposti interventi di provata efficacia e/o "buone pratiche" validate in particolare quelle che mirino alla promozione delle life skills e che rientrino nel "Documento Regionale di Pratiche raccomandate".

Sarà fondamentale l'attività costante di monitoraggio e di governance. Lungo il percorso si sperimenteranno e consolideranno anche i sistemi di comunicazione interscolastici al fine di "intessere " la Rete Regionale di Scuole Promotrici di Salute che si interfacci e si confronti anche con le Reti presenti sul territorio nazionale ed internazionale.

Al fine di sviluppare e consolidare i processi intersettoriali finalizzati alla governance integrata delle azioni condotte nel setting scuola avviati nel precedente piano dal Coordinamento Regionale Salute in tutte le Politiche-setting scuola e per il raggiungimento degli obiettivi del programma, è necessario porre in essere le seguenti azioni:

- modificare ed integrare il gruppo di lavoro interistituzionale Regionale istituito con la DGR 624 del 14/12/18 per la rete delle Scuole Promotrici di Salute;
- sottoscrivere protocollo d'intesa tra la Regione Calabria e l'Ufficio Scolastico Regionale per la Calabria;
- stipulare accordi di collaborazione a livello locale tra le Aziende Sanitarie provinciali con Comuni, Enti, Istituzioni, Terzo settore ed Associazioni presenti sul territorio
- revisionare ed aggiornare le "Linee Guida Regionali per la Salute in tutte le Politiche Setting- scuola", approvate con Decreto DG N°. 11652 del 25/09/2019, che rappresentano uno strumento operativo e definiscono un'architettura innovativa della governance trasversale e partecipata regionale finalizzata a garantire una visione intersettoriale, attraverso il coinvolgimento di tutti i settori che, con le loro rispettive politiche, interagiscono sui vari determinanti di salute e mirano ad assicurare interventi di promozione della salute coordinati, evitando la dispersione di risorse professionali ed economiche, anche nell'ottica della co-progettazione della scuola con il governo regionale e con le Aziende Sanitarie;
- pianificare una serie di percorsi formativi rivolti a tutti gli attori del mondo scolastico e sanitario coinvolto nella scuola sul significato di "Approccio globale alla salute" con l'obiettivo di promuovere e valorizzare le capacità di ciascuno nel sentirsi costruttori di salute in un contesto di building team, passando dunque da un elenco frammentario di azioni preventive ad un "percorso esperienziale " dove il setting scolastico diventa scuola di vita e di buona vita per tutti;
- definire il profilo delle Scuole nei suoi ambienti: formativo (didattica, contenuti, sistema di valutazione), sociale (relazioni interne ed esterne, clima organizzativo, regole) fisico (ubicazione, struttura, spazi dedicati ad attività fisica,-sport, laboratori, ristorazione , aree verdi) e organizzativo (servizi disponibili: mensa, trasporti, accessibilità, fruibilità extrascolastica, policy interne);
- definire piani di miglioramento mirati a promuovere le competenze individuali e le abilità di vita, rendere sempre più "vivibili e fruibili " gli ambienti fisici ed organizzativi, migliorare le relazioni sociali, all'insegna

della collaborazione proficua, all'interno della scuola e tra la scuola e la comunità locale e soprattutto adottando le lenti dell'equità (focalizzandosi sulle le aree ed i gruppi a più alto rischio di esposizione o di vulnerabilità ai fattori di rischio);

- proporre interventi di provata efficacia e/o "buone pratiche" validate in particolare quelle che mirino alla promozione delle life skills e che rientrino nel "Documento Regionale di Pratiche raccomandate";
- creare un sistema regionale per il monitoraggio della realizzazione degli interventi di cui al "Documento regionale di pratiche raccomandate";
- aggiornare i materiali per la realizzazione della Rete HPS Calabria (Marchio-logotipo, Sito-web, schede per l'adesione e per il monitoraggio, sistemi informatizzati per l'archiviazione dei dati, Manuale di "Buone Pratiche" per le Scuole);
- promuovere seminari informativi sull'iniziativa e proposta di adesione formale a tutte le scuole della regione di ogni ordine e grado;
- Raccolta delle adesioni mediante modulistica standardizzata;
- istituire formalmente una 'Commissione salute e benessere' nelle scuole aderenti alla Rete HPS e inserimento nel POF del nuovo status;
- effettuare un monitoraggio baseline sulle scuole aderenti alla Rete HPS di autovalutazione sul livello di aderenza della scuola al modello HPS nelle diverse aree che lo compongono;
- creare un collegamento alla Rete Locale HPS e al network SHE;
- certificare annualmente le scuole aderenti quali "Scuole Promotrici di Salute";
- elaborare i dati (di processo, indicatori di autovalutazione) e revisione annuale da parte del gruppo interistituzionale dell'intero processo di costruzione della rete e implementazione del modello HPS nella Regione.

#### **PP02 Comunità attive**

Il Programma rappresenta, per la popolazione regionale, una grande opportunità per dare soluzioni concrete ed efficaci alle tante criticità emerse dai dati delle sorveglianze (Okkio alla Salute, HBSC, PASSI e Passi d'Argento) quali : una scorretta alimentazione ( ridotta assunzione di frutta e verdura) , la sedentarietà, spesso poco percepita, un counselling non sufficiente per la prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili legate al fumo, al bere problematico, alla inattività fisica, al controllo discontinuo dei parametri diretti ed indiretti dell'apparato cardiovascolare, a comportamenti compulsivi che modificano la vita quotidiana nei suoi aspetti fisici-psichici -sociali ed ambientali , una non esaustiva ed incostante forma di comunicazione mediatica rivolta ai cittadini , una metodologia obsoleta che presenta la prevenzione e la promozione della salute come un percorso unidirezionale, legato esclusivamente al mondo della sanità, nel quale il cittadino-utente è poco o per nulla partecipativo e che non costruisce reti, non forma squadre con le politiche sociali, sportive, turistiche , culturali, economiche.

Il progressivo allungamento della durata media della vita e il miglioramento delle condizioni in cui la si trascorre hanno fatto sì che una quota crescente della popolazione riesca a vivere molti anni e dunque la necessità di viverli in buone condizioni di salute e con un adeguato livello di qualità della vita attraverso un approccio mirato all'intero corso dell'esistenza. Porre l'accento sugli stili di vita sani per gli adulti e per gli anziani è particolarmente importante.

Partendo da queste realtà che evidenziano i bisogni della popolazione già provata da un contesto sociale problematico e da un territorio ,sebbene ricco di risorse naturali e patrimoni culturali di grande rilevanza, spesso isolato per la carenza di infrastrutture e di collegamenti intra ed extraregionali, si potranno realizzare interventi che potranno offrire la possibilità di essere sempre più consapevoli e protagonisti del proprio benessere e dell'intera collettività, aumentando il senso di appartenenza e di valorizzazione del proprio territorio intessendo e consolidando relazioni che consentano a ciascuno di essere costruttori concreti di salute per tutti, abbattendo le disegualianze e garantendo diritti e riconoscimenti alle fragilità ed

alle disabilità.

Sarà fondamentale coinvolgere in maniera mirata e qualificata stakeholders che, nel rispetto dei ruoli e delle identità, sappiano condividere l'idea di salute in tutte le politiche e renderla fruibile e facilmente applicabile alla quotidianità, con riguardo particolare ai Comuni, agli Enti ed alle Associazioni presenti sul territorio.

Sarà necessaria una programmazione condivisa ab inizio dove vengano ben definiti gli obiettivi, assegnati i ruoli e le responsabilità costruiti gli indicatori misurabili e valutabili in maniera costante nel tempo.

Sarà necessario una mappatura sulle diseguglianze nel territorio legate non solo alla persona nei suoi aspetti psico-fisici e socio economici ma anche dal punto di vista dell'isolamento geografico, del livello di istruzione e di genere.

La formazione degli operatori, sanitari e non, sarà indispensabile, pianificata in modo costante ed aggiornata, al fine di acquisire e consolidare competenze e sviluppare una maggiore motivazione nel sentirsi utili ed efficaci.

Sarà importante individuare canali di comunicazione con tutti i gruppi sociali al fine di aumentare in essi la percezione dello scegliere uno stile di vita attivo e/o del praticare lo sport come strumento per il benessere psico-fisico.

Oltre alla comunicazione si dovranno adottare strategie che consentano anche all'interno del setting scolastico, lavorativo, domestico e ambientale, opportunità gratuite di movimento, attività fisica e sport per soggetti sani ed attività fisica adattata per soggetti portatori di patologie.

Offrire percorsi rivolti a tutti, per ogni età e gruppo sociale, che leghino l'attività fisica alla conoscenza del patrimonio culturale e alla riscoperta di valori e tradizioni del territorio, con l'obiettivo di aumentare e favorire il senso di appartenenza ed il piacere di vivere e custodire tesori spesso sconosciuti soprattutto alle nuove generazioni.

Nell'organizzazione delle iniziative occorrerà tener conto dei fattori che maggiormente ostacolano la pratica dell'attività fisica, in modo da costruire interventi in grado di raggiungere le fasce di popolazione maggiormente esposte al fattore di rischio.

Il sostegno alla valorizzazione di Gruppi di cammino soprattutto che utilizzino tecniche di accompagnamento emergenti ormai qualificate e riconosciute dalle federazioni sportive nazionali, come ad esempio il Fitwalking, e che con l'ausilio di associazioni di promozione sportiva sono presenti sul territorio sono uno strumento importante di intervento.

I programmi di prevenzione e promozione della salute basati sui principi del coinvolgimento e dell'empowerment offrono benefici effettivi; in particolare si tratta di creare migliori condizioni per la salute, migliorare la cultura sanitaria, aumentando negli adulti, negli anziani la consapevolezza della scelta di stili di vita salutari che incidano sul vivere quotidiano attraverso una sana alimentazione, la riduzione del consumo eccessivo di sale e l'utilizzo di quello iodato, una riduzione della sedentarietà con la promozione dell'attività fisica, del consumo dell'alcol, del fumo e del controllo di comportamenti compulsivi relativi all'uso di sostanze psicotrope e da comportamento.

### **PP03 Luoghi di lavoro che promuovono salute**

Il Programma Workplace Health Promotion intende avviare anche in Calabria il programma, che prevede il coinvolgimento, accanto ai Dipartimenti Prevenzione, della rete dei servizi socio-sanitari, attivando processi e interventi tesi a sostenere i principali fattori che contribuiscono a rendere il luogo di lavoro un ambiente "favorevole alla salute" quali:

- il miglioramento dell'organizzazione del lavoro e dell'ambiente di lavoro in termini di incremento delle opportunità per l'adozione di scelte comportamentali salutari;
- l'incoraggiamento del personale a partecipare ad attività salutari ed alla crescita personale; la prevenzione dei rischi correlati all'uso e abuso di sostanze d'abuso;
- lo sviluppo nei diversi contesti di pratiche organizzative finalizzate al rafforzamento di atteggiamenti protettivi e preventivi.

Il Programma prevede che le Imprese/Aziende aderenti si impegnino a mettere in atto azioni efficaci e sostenibili su alcune tematiche prioritarie in associazione ad interventi raccomandati per il benessere aziendale e lo sviluppo sostenibile.

Le aree prioritarie prevedono l'adozione di Pratiche Evidence based o raccomandate (definite "Buone Pratiche") per la promozione di stili di vita favorevoli alla salute e la prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili, in particolare in tema di alimentazione, tabagismo, attività fisica, alcool, dipendenze, sicurezza stradale, benessere personale e sociale, al fine di promuovere l'adozione da parte delle imprese e degli enti pubblici di percorsi di responsabilità sociale quali:

- buone prassi di conciliazione vita – lavoro,
- miglioramento del benessere organizzativo,
- welfare aziendale per il benessere del lavoratore
- il raccordo con servizi sanitari in relazione a programmi di prevenzione.

Operativamente il presente Programma consiste nella proposta di un percorso operativo strutturato, fondato su un processo partecipato che coinvolge figure aziendali specifiche quali: responsabile del servizio di prevenzione e protezione (RSPP), medico competente (MC), rappresentante dei lavoratori per la sicurezza (RLS), rappresentanze sindacali, responsabile ufficio risorse umane, ecc. ed i lavoratori stessi, che impegna il datore di lavoro (DL) a costituire un gruppo di lavoro interno deputato ad attuare azioni raccomandate in quanto basate su evidenze di efficacia e/o buone pratiche validate e criteri di sostenibilità .

Per avviare l'iniziativa è necessaria la costituzione di un coordinamento regionale composto da esperti ASP sul tema e rappresentanti delle Aziende, con lo scopo di pianificare, coordinare e monitorare le attività sul territorio.

Obiettivo generale: Promuovere nei luoghi di lavoro, tramite operatori della prevenzione, interventi di miglioramento globale del contesto lavorativo, coniugando l'ottica tradizionale di rispetto della normativa specifica di tutela della salute e sicurezza dei lavoratori con l'ottica di promozione della salute, con particolare riferimento ai temi del programma Guadagnare Salute (fumo, alcol, alimentazione, attività fisica).

#### **PP04 Dipendenze**

Il Programma Dipendenze si inserisce in un impianto di lavoro che il Dipartimento Tutela della Salute della Regione Calabria ha costruito negli anni adottando un sistema di intervento fondato sulla stretta connessione tra servizi pubblici e quelli erogati dal privato sociale accreditato. Infatti, sin dagli anni 90', le 17 Comunità Terapeutiche e altrettanti Servizi per le Dipendenze hanno realizzato , con i finanziamenti del FNLD, interventi e azioni di prevenzione e contrasto all'abuso di sostanze stupefacenti e alcol. Un sistema fortemente caratterizzato dalla pervasività e presenza sul territorio, e che oggi rappresenta nell'area sociosanitaria un presidio rilevante e ben strutturato. Il fenomeno delle dipendenze patologiche, impone oggi una nuova lettura e analisi del contesto, tenuto conto della emergenza Covid, relativamente alle diverse tipologie di addiction. La ricerca scientifica, è concorde nello stabilire che nell'ambito dell'uso/abuso di sostanze tabacco, alcol, droghe (comprese le Nuove sostanze psicoattive - NPS) e dell'approccio alle dipendenze comportamentali(gioco d'azzardo, cibo, internet e nuove tecnologie, doping) , l'adolescenza e la preadolescenza sono le fasi della vita più a rischio. Prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione nelle nuove emergenze cliniche delle addiction che purtroppo si sono affermate non solo nei giovani, ma negli anziani e nelle donne che induce, inoltre, alla formulazione di una strategia con un piano di comunicazione che abbia un approccio di popolazione mirato e specialistico e condiviso su tutto il territorio regionale. Se fino a qualche anno fa i Servizi per le dipendenze erano caratterizzati da una utenza tossicodipendente da eroina, cocaina e cannabis oggi esiste una libera circolazione, di fatto, di composti chimici stupefacenti e sconosciuti nella loro composizione oltre che sui loro effetti organici e psichici. L'alcol sempre più diventa la porta di accesso all'uso di altre sostanze così come la mortalità alcol correlata alle patologie, agli incidenti stradali, alla violenza intrafamiliare, alla perdita del lavoro etc. Non di meno il gioco d'azzardo patologico (GAP) sta

assumendo proporzioni devastanti con un grave impatto sulla salute fisica, mentale, emotiva ed economico-finanziaria delle persone, così come sulle loro famiglie e su tutto il contesto sociale. In tal senso si vuole affermare una politica pubblica per la salute che promuova delle azioni finalizzate a rendere le persone e le comunità consapevoli dei rischi e delle conseguenze legate alle dipendenze con e senza sostanza, dal gioco d'azzardo alle droghe, dalle dipendenze da internet all'alcol. Il progressivo abbassamento dell'età di prima assunzione confermato da tutte le ricerche epidemiologiche e avvalorate dalla due relazioni annuali del Ministro alla Salute al Parlamento, sulle dipendenze e alcol, associato sul lato dell'offerta ad un mercato che a prezzi sempre più bassi offre una gamma molto più ampia di principi attivi, fa sì che i fenomeni di consumo abbiano un impatto rilevante sulla salute pubblica già nelle fasi che precedono l'insorgere di una vera e propria patologia (incidenti stradali, Sindrome feto alcolica, HIV, HCV etc). In tal senso la diagnosi precoce, l'intervento breve è necessario vengano attivati attraverso la creazione di una rete di un linguaggio comune e che stabiliscano obiettivi, modalità e procedure specifiche. Nel rispetto delle linee guida generali del PNP si prevedono azioni sinergiche/intersectoriali e la conseguente promozione di interventi di prevenzione con piani di azione integrati tra i Dipartimenti di Prevenzione, in particolare le Unità Operative di Promozione della Salute, e i Dipartimenti di Dipendenze Patologiche in particolare i Serd e i Servizi Alcolologici, gli Enti Locali, le Scuole, le forze dell'ordine, le associazioni di categoria, il terzo settore, le associazioni di volontariato e di auto aiuto, società scientifiche.

Nel "Documento regionale di pratiche raccomandate", di cui al PP01 Scuole che promuovono salute, saranno descritti i programmi preventivi orientati alle life skills e le azioni/interventi per facilitare l'adozione competente e consapevole di comportamenti e stili di vita sani attraverso il cambiamento dell'ambiente scolastico, sul piano sociale, fisico e organizzativo.

Il Documento regionale, di cui al PP03 Luoghi di lavoro che promuovono salute e al PP05 Sicurezza negli ambienti di vita, descrive le Pratiche raccomandate e sostenibili che vengono proposte alle imprese-aziende/Pubbliche Amministrazioni/Aziende sanitarie e ospedaliere al fine di promuovere presso i luoghi di lavoro (pubblici e privati) l'adozione di interventi finalizzati a rendere gli ambienti di lavoro favorevoli alla adozione competente e consapevole di sani stili di vita e per promuovere la cultura della sicurezza, in ambito domestico e stradale, anche attraverso linee di indirizzo condivise e pianificazione di azioni specifiche.

#### **PP05 Sicurezza negli ambienti di vita**

Il Programma SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI VITA rappresenta uno strumento validissimo per la tutela della salute e della vita stessa della comunità calabrese. E' un'importante sfida per tutti gli attori coinvolti, sanitari e non, decisori e non a lavorare in sinergia ( Enti, Istituzioni, associazioni di categoria, privato sociale ecc) affinché si possa garantire al cittadino ed in particolare al più fragile una vita "serena e sicura", in ogni ambiente. Sarà fondamentale "advocare" e gestire la messa in rete di tutti gli attori coinvolti nelle tematiche di incidentalità specifiche (stradale e domestica) definendo ruoli e responsabilità nella misura in cui gli Enti, Istituzioni, associazioni e gruppi sociali impegnati possano e debbano rispondere con adeguatezza e specificità.

Al fine di ottenere informazioni che rendano possibile l'individuazione di gruppi di popolazione a rischio e la predisposizione di strumenti d'intervento preventivo per il controllo nonché, ove possibile, per la rimozione dei fattori di rischio, appare opportuno integrare le informazioni messe a disposizione dalle sorveglianze di popolazione (PASSI e PASSI d'Argento) con i dati dei registri di Pronto Soccorso. In Calabria, il flusso dei dati di accesso al Pronto Soccorso è parzialmente attivo nel territorio regionale e i dati rilevati consentono la raccolta di informazioni parziali riguardanti l'anagrafica, il tipo di incidente (domestico, stradale, sul lavoro ecc.), il livello del triage, il codice ICDIX CM della causa di accesso, l'esito, ma nessuna informazione circa il luogo e la modalità di accadimento e della dinamica. La

Regione Calabria ha realizzato il Centro Regionale di monitoraggio e governo degli Incidenti Stradali della regione Calabria( CRISC), a seguito della realizzazione della linea progettuale 2.1.1 “Sistema di sorveglianza degli incidenti stradali in Calabria” del Piano Regionale di Prevenzione 2010-2012, che prevede l’acquisizione dei dati ufficiali degli incidenti stradali, rilevati dalle forze dell’ordine su tutto il territorio regionale, e la loro integrazione con quelli provenienti dall’area sanitaria. Pertanto è necessario da un lato implementare il flusso dati di PS relativamente agli incidenti in generale ed in particolare a quelli domestici (incluso l’eventuale feedback al CAV coinvolto nella consulenza), dall’altro ottimizzare le sorveglianze PASSI e PASSI d’Argento, estendendole all’intero territorio regionale. E' necessario implementazione percorsi di interoperabilità fra i servizi coinvolti, occorre dare un sostegno ai flussi informativi correnti per migliorarne la funzionalità, la fruibilità, l’uso integrato e la comunicazione sistematica dei dati e sviluppare interventi strutturati di miglioramento del dato dei feriti gravi con un apposito record linkage. E' necessaria una programmazione condivisa che miri ad interventi di tipo educativo, formativo, informativo rivolto ai giovani all’interno del setting scolastico, per aumentare la percezione del rischio dell’uso di bevande alcoliche e guida, e la sicurezza all’interno delle mura domestiche. Anche in ambienti lavorativi sarà importante intervenire con incontri e percorsi di formazione rivolti agli operatori sociosanitari, ai MMG e PdL, al personale della scuola, alle associazioni di categoria, ai volontari ed in particolare ai caregiver. Una permanente campagna di comunicazione che si avvalga dell’affissione di materiale infografico, opuscoli tascabili, fumetti per i più piccoli, vademecum ed altro materiale, utilizzando linguaggi semplici e comprensibili a tutta la popolazione. Si utilizzeranno anche i social come strumento di comunicazione di informazione e di interazione tra cittadini e operatori nonché produzione di video e creazioni artistiche coinvolgendo i giovani ed i meno giovani in concorsi scolastici e comunali. Certamente in concomitanza degli interventi sui fattori di rischio fisici e sugli scorretti stili di vita sarà opportuno investire anche sui fattori ambientali come azioni preposte a migliorare la viabilità, riqualificare le strade, sanare gli ambienti domestici malsani e pericolanti, abbattere le barriere architettoniche che aumentano le diseguaglianze, sorvegliare sulla vendita delle sostanze psicotrope in particolare l’alcol e la cannabis e sul non uso o cattivo uso dei dispositivi di sicurezza. Corsi di formazione, a cura degli operatori sanitari e gli stakeholders rivolti alla popolazione potranno rappresentare un incentivo per aumentare l’empowerment e la capacità di diventare educatori tra pari e moltiplicatori di azioni di prevenzione agli incidenti stradali e domestici.

#### **PP06 Piano mirato di prevenzione**

Il Programma Predefinito 6 si sostanzia nella realizzazione di un Piano Mirato di Prevenzione. Il PMP rappresenta la modalità che meglio contemperi sia gli aspetti di ricerca sia gli aspetti relativi ai controlli e agli interventi preventivi che rappresentano l’obiettivo primario delle ASP.

L’azione dei Servizi Veterinari di Igiene degli Alimenti di Origine Animale, inseriti nell’ambito dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASP, permette un efficace e rapido censimento degli impianti presenti sul territorio utilizzando le banche dati regionali e provinciali, le banche dati e i flussi informativi di utilizzo corrente dei Servizi Veterinari, che consentiranno anche di poter disporre della potenzialità dell’impianto con conseguente stima della forza lavoro impiegata. Per l’individuazione delle aziende ci si riferisce alla classificazione delle attività economiche da parte dell’ISTAT (Istituto Nazionale di Statistica), utilizzando il codice ATECO 10.1 – Impianti di macellazione e sezionamento.

Gli accertamenti, in modalità PMP, consentono ai Servizi di Prevenzione di coinvolgere attivamente le Aziende, i MC, gli RSPP, gli RLS, nonché le rappresentanze datoriali e sindacali, informando e fornendo loro le indicazioni relative alle misure di prevenzione ritenute più efficaci nei singoli contesti produttivi.

Il PMP si prefigge di conseguire i seguenti obiettivi:

- sensibilizzare i datori di lavoro al rispetto e corretta applicazione delle misure anti-contagio;
- registrare in maniera standardizzata e confrontabile i dati relativi;
- approfondire le conoscenze sulle condizioni di rischio certe (sovraffollamento) o sospette (bassa temperatura, elevata umidità) per la diffusione del contagio;
- analizzare i fattori ambientali, gestionali e strutturali relativi ai focolai insorti all'interno degli stabilimenti.

La realizzazione del progetto, si articola sostanzialmente su quattro fasi:

- La prima fase consiste nella ricognizione degli impianti di macellazione e mattatoi;
- La seconda fase consiste nell'invio telematico della scheda di "AUTOCONTROLLO MATTATOI";
- La terza fase consiste nella individuazione delle aziende che eventualmente hanno avuto focolai Covid-19 e delle aziende che presentano, per situazione organizzativa e produttiva e per numero di addetti, una certa complessità. Queste aziende saranno oggetto di sopralluoghi per le quali è prevista la compilazione della scheda "VERIFICA MATTATOI" e, se del caso, la compilazione della scheda "GESTIONE FOCOLAI"
- La quarta fase consiste nella reportistica dei dati acquisiti. Le schede compilate, presso le aziende coinvolte a diverso titolo nel progetto, dovranno essere raccolte e trasmesse al Dipartimento regionale "Prevenzione e Sanità Pubblica".

Per la realizzazione delle attività, vengono messe a disposizione dei Servizi di prevenzione SPISAL e Veterinari Area B "Igiene degli Alimenti di Origine Animale" delle ASP, ognuna per la parte di propria competenza, ma che dovranno agire in azione congiunta, tre strumenti di lavoro per verificare le capacità di risposta e di prevenzione ai focolai Covid-19 e per la definizione delle misure anticontagio negli impianti di macellazione e nei laboratori di lavorazione carni. Le attività si inseriscono all'interno del Piano Nazionale Agricoltura.

Gli strumenti, che sono stati perfezionati da ISS in collaborazione con l'ASL di Bari ed il Gruppo Tecnico Interregionale Salute e Sicurezza, sono diretti all'attività di controllo, ed hanno mera finalità di prevenzione. Detti strumenti constano di:

- Una scheda, "AUTOCONTROLLO MATTATOI", allegata in copia, che gli Operatori dei Servizi di prevenzione SPISAL e dei Servizi Veterinari Area B "Igiene degli Alimenti di Origine Animale" delle ASP, devono inviare a tutti gli operatori riportati nell'anagrafe "mattatoi e laboratori carni" presenti in banca dati; la scheda riguarda una attività di accompagnamento verso misure ambientali, gestionali, e sanitarie preventive a livello del singolo stabilimento/impianto. La scheda potrà essere inviato tramite mail o per posta ordinaria a tutte le aziende.

- Una scheda, "VERIFICA MATTATOI", allegata in copia, rivolta alle ditte che gestiscono gli impianti di macellazione complessi per organizzazione, produzione e numero di addetti. Ha una funzione di sensibilizzazione e serve per aggiornare il documento di valutazione dei rischi in chiave Covid-19. Tale documento si propone di facilitare il dialogo tra i servizi di prevenzione ed i datori di lavoro nell'opera di accompagnamento per una prevenzione più efficace. La scheda, che dovranno somministrare gli operatori ASP, prevede una compilazione on-line, da recuperare al seguente link:

[https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScyITsoKu36VCUAidivd90pDV6h2cWC-4OakV\\_VwmEK2KH0Lw/viewform?usp=pp\\_url](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScyITsoKu36VCUAidivd90pDV6h2cWC-4OakV_VwmEK2KH0Lw/viewform?usp=pp_url)

- Una scheda, "GESTIONE FOCOLAI", allegata in copia, legata alla compilazione di un report aziendale nei casi in cui eventualmente si siano verificati focolai Covid-19 e sui fattori di rischio comuni e distintivi di ogni singolo focolaio (dal reclutamento della forza lavoro, alla tipologia di impianto e di macellazione di specie). La scheda, che dovranno somministrare gli operatori ASP, prevede una compilazione on-line, da recuperare al seguente link:

[https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdmg139OmBD3LB2jIdiwBugEVrjKNhaHJAjSiquW16xYixFfw/viewform?usp=pp\\_url](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdmg139OmBD3LB2jIdiwBugEVrjKNhaHJAjSiquW16xYixFfw/viewform?usp=pp_url)

#### Flusso di dati

Le schede, compilate per come sopra indicato, verranno catalogate per singola azienda, dagli operatori ASP e trasmesse al Dipartimento regionale "Tutela della Salute e Servizi Sociali e Socio Sanitari Settore 4 - Prevenzione e Sanità Pubblica" che avrà cura di condividerli con l'ASL di Bari, capofila del progetto, e l'INAIL per le opportune elaborazioni.

Si prevede che dalla registrazione standardizzata delle attività di autocontrollo e di verifica sul campo, si potranno ricavare informazioni utili alla individuazione delle più ricorrenti condizioni di diffusione del virus nei mattatoi e delle più opportune misure per il contenimento del rischio e per la gestione dei focolai, dalle quali far discendere la elaborazione di linee di indirizzo in merito al corretto assolvimento degli obblighi di prevenzione in capo ai Datori di Lavoro.

A conclusione delle attività di verifica, si provvederà ad elaborare un report del progetto in cui si darà atto in forma anonima ed aggregata dei seguenti dati:

- Strutture coinvolte (numero di DdP aderenti, stabilimenti contattati, schede di autocontrollo pervenute, schede di verifica pervenute, schede gestione focolai pervenute).
- Caratteristiche degli stabilimenti (numero e specie di capi macellati, numero di lavoratori, superficie aree di macellazione, presenza di ditte terze, ecc.).
- Osservanza delle misure anti contagio riferite ed accertate (numero di stabilimenti in regola/non in regola, tipologia delle irregolarità riscontrate, reparti ed ambienti interessati).
- Caratteristiche dei focolai (durata, numero di lavoratori coinvolti, distribuzione dei casi per reparto ed etnia, misure adottate per il contenimento).

Dall'analisi dei dati, saranno individuate le condizioni maggiormente correlabili alla riduzione del rischio di diffusione del virus nei mattatoi e saranno elaborate linee di indirizzo e opportune misure per il contenimento del rischio covid-19.

#### Risultati attesi

I risultati attesi si possono sintetizzare nei seguenti punti, secondo una successione logica fondata sui tre strumenti operativi:

- sensibilizzare i datori di lavoro al rispetto delle misure anti-contagio ed orientarli ad una corretta applicazione delle stesse;
- verificare il rispetto delle misure anti contagio e registrare in maniera standardizzata i dati relativi alle misure intraprese all'interno degli stabilimenti;
- approfondire le conoscenze sulle condizioni a rischio certe (sovraffollamento) o sospette (bassa temperatura, elevata umidità) per la entrata, permanenza e diffusione del virus nell'ambiente lavorativo;
- registrare in maniera standardizzata i dati relativi ai focolai insorti all'interno degli stabilimenti e le relative modalità di gestione da parte dei gestori e dei DdP;
- elaborare linee di indirizzo aggiornate sulle evidenze per datori di lavoro e per i lavoratori per la corretta attuazione delle misure anti contagio;
- elaborare linee di indirizzo per datori di lavoro ed operatori del DdP per la corretta gestione dei focolai di contagio.

#### **PP07 Prevenzione in edilizia e agricoltura**

Dal Rapporto Annuale Calabria 2019 (dati INAIL aprile 2020), in Calabria nel 2019 le denunce di infortunio sono state 9.916 (in occasione di lavoro n. 8614 ed in itinere n. 1302), di cui n. 2304 in Provincia di Catanzaro, n. 3645 in Provincia di Cosenza, n. 756 in Provincia di Crotona, n. 2422 in Provincia di Reggio Calabria e n. 789 in Provincia di Vibo Valentia (-3,81% rispetto al 2017, -2,12% rispetto al 2018). Gli infortuni con esito mortale sono stati 30 con esito mortale (4 casi in più rispetto al 2017 e 20 in meno rispetto al 2018), di cui n. 5 in Provincia di Catanzaro, n. 8 in Provincia di Cosenza, n. 4 in Provincia di Crotona, n. 9 in Provincia di Reggio Calabria e n. 4 in Provincia di Vibo Valentia. A livello nazionale le denunce nel complesso sono diminuite dello 0,33% rispetto al 2017 e sono rimaste

sostanzialmente stabili rispetto al 2018 (-0,09%), i casi con esito mortale sono stati 5 in meno rispetto al 2017 e 108 in meno rispetto al 2018.

Per quanto riguarda le malattie professionali nel 2019 sono state 2.599, in aumento rispetto al 2017 (+17,44%) e in diminuzione rispetto al 2018 (-1,14%). Le malattie professionali riconosciute sono state 550 (-37,92% rispetto al 2017, -36,19% rispetto al 2018). A livello nazionale rispetto a entrambi gli anni si è registrato un incremento delle denunce (+5,52%, +2,93%) e un calo dei riconoscimenti (-6,47%, -10,34%).

Come risulta dal profilo di salute e di equità e dall'analisi di contesto, i settori dell'edilizia e dell'agricoltura hanno da sempre richiesto una priorità di attenzione sia per la frequenza, sia per la gravità degli infortuni.

Nonostante si sia rilevato un trend decrescente di tali infortuni, anche grazie alle attività realizzate nei precedenti Piani Regionali di Prevenzione, permane, comunque, ancora significativo il numero di infortuni gravi nei suddetti settori e ciò evidenzia la necessità di intervenire prioritariamente sui determinanti di tali infortuni.

Dall'analisi dei dati relativi agli infortuni mortali e gravi notificati agli SPISAL dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie, risulta che le frequenze maggiori di infortuni si registrano per cadute dall'alto riguardanti soprattutto il settore edilizia e veicoli che escono dal percorso e/o si ribaltano, riguardanti soprattutto il settore agricoltura.

Gli obiettivi generali del presente Programma Predefinito 7 sono, quindi, quelli di ridurre la frequenza degli infortuni gravi nei settori agricoltura ed edilizia, agendo in particolare sui determinanti di tali infortuni.

Per raggiungere tali obiettivi generali, il Programma mira in particolare, in entrambi i settori edilizia e agricoltura, a:

- attuare specifici Piani Mirati di Prevenzione, per organizzare in modo sinergico le attività di assistenza al sistema impresa;
- promuovere, nell'ambito dei suddetti PMP, l'adozione di buone prassi/buone pratiche che hanno già dimostrato efficacia nella riduzione della frequenza e della gravità degli infortuni;
- promuovere l'aumento di conoscenze e competenze delle figure della prevenzione in relazione, in particolare, al consolidamento del sistema di prevenzione ed all'approccio sistemico del rischio;
- promuovere la qualità e l'efficacia della sorveglianza sanitaria;
- programmare le attività di vigilanza, controllo e assistenza, in sede di Ufficio Operativo ex art. 2 DPCM 21.12.2007 e di Comitato Regionale di Coordinamento ex art. 7 D.Lgs. 81/2008;
- rafforzare la collaborazione con gli Istituti Scolastici - prioritariamente Istituti Tecnici e Professionali ad indirizzo Agrario ed Istituti Tecnici ad indirizzo "Costruzioni";
- promuovere l'aumento delle competenze degli operatori dei Servizi di prevenzione e Sicurezza negli ambienti di lavoro delle ASP per il contrasto del fenomeno infortunistico e tecnopatico;
- predisporre un sistema di vigilanza mirata al rafforzamento del sistema di prevenzione aziendale
- 

#### **PP08 Prevenzione del rischio cancerogeno professionale, delle patologie professionali dell'apparato muscolo-scheletrico e del rischio stress correlato al lavoro**

Il lavoro e i luoghi di lavoro sono soggetti a continui cambiamenti dovuti all'introduzione di nuove tecnologie, sostanze e processi lavorativi, a modifiche della struttura della forza lavoro e del mercato del lavoro, nonché a nuove forme di occupazione e organizzazione del lavoro. Pur in tale contesto caratterizzato da un significativo grado di evoluzione, gli studi attuali confermano la necessità di focalizzare l'attenzione del sistema della prevenzione su tre aree di rischio per la salute ritenute particolarmente significative, ma che allo stesso tempo sono caratterizzati da un evidente livello di sottostima dei danni cronici da esposizioni professionali:

- prevenzione dei tumori di origine professionale
- prevenzione delle patologie dell'apparato muscolo-scheletrico di origine professionale
- prevenzione dello stress correlato al lavoro.

Il Piano di Prevenzione vuole, quindi costituire uno strumento di programmazione sociosanitaria che parte da un'analisi delle evidenze e delle iniquità esistenti nel territorio regionale per:

- orientare la pianificazione delle attività di prevenzione a sostegno dei Servizi
- identificare, in un quadro di equità, la distribuzione dei Servizi e delle risorse in relazione ai bisogni di salute di gruppi di popolazione o aree territoriali;
- individuare le azioni prioritarie da mettere in campo per la realizzazione degli obiettivi posti.

La prevenzione dei tumori di origine professionale

In particolare, con riferimento ai singoli rischi sopra descritti, l'International Labour Office (ILO) afferma che a livello mondiale, su 2.300.000 milioni di morti collegate al lavoro, l'80% è da attribuire a malattie, mentre il 20% ad infortuni. Tra le malattie da lavoro più gravi vi sono le neoplasie professionali, il cui numero conosciuto (in quanto oggetto di denunce o segnalazioni), tuttavia, in Italia come in altri Paesi, è fortemente più basso di quello atteso sulla base di stime scientificamente validate (Doll e Peto, Parkin, Hutchings). Su oltre 373.000 casi di tumore occorsi nel 2018 in Italia, a fronte di circa 15.000 casi attesi di neoplasie professionali (utilizzando una percentuale cautelativa del 4%), si registrano 2.000 casi denunciati (fonte INAIL). Ne consegue prima di tutto la necessità di migliorare la conoscenza del fenomeno dal punto di vista quali-quantitativo, in termini di diffusione dei principali agenti cancerogeni nelle imprese e nei comparti produttivi, al fine di programmare azioni di prevenzione mirate ed efficaci, consentirne l'emersione e il riconoscimento quali malattie professionali. Questa azione di emersione dei tumori professionali deve essere necessariamente sostenuta dal pieno funzionamento e dalla condivisione in rete dei sistemi istituzionali e delle banche dati già previste dal DLgs 81/2008, aumentandone l'utilizzo in ogni ambito territoriale. Inoltre, le attività di controllo, così come quelle di informazione ed assistenza, devono essere sufficientemente estese ed omogenee sul territorio nazionale per intervenire sulle principali situazioni di esposizione ad agenti cancerogeni, dotandosi di strumenti efficaci, ed essere monitorate, anche al fine di valutarne l'efficacia, in termini di esiti di processo. Anche al fine di migliorare la conformità dei destinatari delle azioni di controllo, è opportuno promuovere, ogni volta che è possibile, la partecipazione delle altre Istituzioni e del partenariato economico-sociale e tecnico-scientifico circa le scelte sugli ambiti e sugli strumenti di intervento preventivo. Per facilitare il complessivo miglioramento della sicurezza e salute nei luoghi di lavoro, occorre altresì condurre azioni locali, regionali e nazionali, tese ad aumentare la capacità delle imprese di svolgere un'appropriata valutazione e gestione del rischio. Tuttavia la crescente diffusione dei tumori professionali, impongono la necessità di definire strategie efficaci per eliminare, o ridurre ove non fosse possibile eliminarli, i rischi per la salute. Pertanto in piena continuità con le azioni già avviate con le attività del PNP 2014-2019, si prevede di realizzare i seguenti obiettivi:

- definire linee di indirizzo per la valutazione e gestione del rischio prevenzione dei tumori di origine professionale;
- definire programmi di formazione e aggiornamento degli operatori ASL;
- predisporre documenti di indirizzo inerente la sorveglianza sanitaria dei lavoratori esposti a rischi per la salute e per la valutazione del rischio per patologie correlate a rischi professionali;
- definire schede di lavoro per un modello partecipato di intervento tipico del piano mirato, basato su aspetti di condivisione tra attori coinvolti, su attività promozionali di assistenza alle imprese e, solo in seconda battuta, su interventi di vigilanza vera e propria;

Pertanto, i principali obiettivi del Programma sono:

- favorire la emersione delle patologie correlate a rischi professionali;

- implementare le capacità del sistema pubblico e privato di valutare e gestire le diffuse condizioni di rischio professionale specifico;
- migliorare il sistema di denuncia di malattie professionali.
- Le patologie professionali dell'apparato muscolo scheletrico (MSK)

Le patologie professionali dell'apparato muscolo scheletrico (MSK), per lo più connesse a condizioni di sovraccarico biomeccanico lavorativo, rappresentano, secondo i dati INAIL, la maggioranza assoluta delle patologie professionali denunciate e riconosciute in Italia (nel 2016, le patologie MSK, inclusive della STC, classificata tra le patologie del sistema nervoso rappresentavano circa il 75% di tutte le patologie professionali denunciate e il 78% di quelle riconosciute; nel 2018, in base ai dati INAIL si stima che le stesse patologie MSK abbiano rappresentato quasi l'80% delle patologie professionali denunciate). Tuttavia, nonostante la correlazione con i rischi lavorativi, numerose informazioni di contesto fanno ritenere che molte di queste patologie lavorative non siano oggetto di specifica notifica/denuncia agli organi della P.A. La crescente diffusione di queste patologie, sicuramente meno gravi rispetto ai tumori professionali, e la loro presunta sotto notifica, sono alla base del presente piano in piena continuità con le azioni già previste in una specifica linea di attività del PNP 2014-2018 (prorogato al 2019), che ha consentito già la realizzazione di attività significative in tale direzione, tra le quali:

- la creazione di un gruppo nazionale interistituzionale di coordinamento e supporto tecnico-scientifico della linea di lavoro;
- la definizione e diffusione di linee di indirizzo per la valutazione e gestione del rischio rispettivamente da Movimentazione Manuale dei Carichi e da Sovraccarico Biomeccanico degli arti superiori, approvati dal Coordinamento Interregionale Area Prevenzione e Sanità Pubblica;
- la definizione di programmi di formazione e aggiornamento degli operatori ASL;
- la stesura di procedure e specifiche schede di lavoro per un modello partecipato di intervento proprio del piano mirato, basato su aspetti di condivisione tra attori coinvolti, su attività promozionali di assistenza alle imprese e, solo in seconda battuta, su interventi di vigilanza vera e propria;
- la predisposizione, seppur ancora in corso, di documenti di indirizzo inerente la sorveglianza sanitaria dei lavoratori esposti a condizioni di sovraccarico biomeccanico, la valutazione del rischio da movimentazione dei carichi e dei malati non autosufficienti, etc.

Pertanto, i principali obiettivi del Programma sono:

- favorire la emersione delle patologie professionali muscolo-scheletriche;
- implementare le capacità del sistema pubblico e privato di valutare e gestire le diffuse condizioni di sovraccarico biomeccanico lavorativo per una adeguata prevenzione delle patologie professionali MSK e dei relativi esiti;
- implementare i flussi Ospedale-ASP per alcune patologie MSK (Ernia discale lombare e Sindrome del tunnel carpale) passibili di ricovero (ordinario o Day Hospital) con l'obiettivo di sviluppare iniziative di ricerca attiva delle malattie professionali MSK.

In particolare sarà consolidata una "nuova" modalità proattiva di intervento, tipica del Piano Mirato di Prevenzione che, pur coerente con i disposti normativi vigenti, rappresenta un'evoluzione del sistema di "controllo" nelle imprese, verso un'azione di assistenza coniugata con un sistema di vigilanza mirato alle problematiche correlate; infatti il dispositivo del Piano Mirato di Prevenzione vuole rappresentare uno strumento innovativo di controllo, fondato sulla conduzione di processi di prevenzione volti al miglioramento delle misure generali di tutela e non alla sola verifica dell'applicazione della norma. In esso, l'azione dei Servizi specifici delle ASL si orientano verso il supporto/assistenza al mondo del lavoro, facilitando l'accesso delle imprese alla conoscenza, ovvero valutazione e corretta gestione dei rischi: in questo quadro è di fondamentale importanza sostenere i datori di lavoro nel percorso di autovalutazione del livello di sicurezza nella gestione dei rischi e nell'organizzazione della sicurezza aziendale.

Lo stress lavoro-correlato (SLC)

Lo stress lavoro-correlato (SLC) rappresenta un problema di salute dovuto al lavoro che si è accentuato in questi anni per i notevoli cambiamenti dell'organizzazione del lavoro e dell'andamento del mercato del lavoro, con evidenti ripercussioni anche al livello di produttività delle aziende e al livello economico. Collegato a questo tema è sempre più necessario inquadrare nell'ambito delle attività di prevenzione dei rischi psicosociali le molestie, violenze, aggressioni nei luoghi di lavoro, con particolare riferimento alla sanità. Il Programma intende contribuire all'accrescimento ed al miglioramento complessivo del sistema di gestione dei cosiddetti rischi psicosociali, attraverso un piano di monitoraggio sullo stato di attuazione delle indicazioni normative e tecniche, definizione di standard per gli interventi formativi e la realizzazione di azioni mirate di prevenzione. Lo sviluppo del programma prevede:

- la verifica dell'efficacia dell'applicazione dell'obbligo di valutazione dello SLC a livello regionale attraverso il monitoraggio delle attività di vigilanza da parte dei Servizi delle ASL;
- l'empowerment, attraverso un'attività di informazione e formazione specifica, nell'ottica di un miglioramento continuo dell'approccio alla valutazione e gestione di tale rischio, del personale dei servizi delle ASL e delle figure aziendali del sistema di prevenzione, in particolare del Rappresentante di Lavoratori per la Sicurezza;
- la produzione di un report regionale;
- la diffusione di materiale informativo e divulgativo destinate alle aziende ed ai Servizi di Prevenzione e Protezione;
- la realizzazione di iniziative informative e formative nei confronti delle figure aziendali della prevenzione, delle associazioni, dei sindacati, dei consulenti della sicurezza, etc;
- la sottoscrizione di accordi intersettoriali con le parti Sociali, gestiti all'interno del Comitato ex art. 7 del D.Lgs 81/2008.

#### Il Piano Mirato di Prevenzione (PMP)

L'attuazione del Programma regionale dedicato alla "prevenzione dei tumori di origine professionale", alla "prevenzione delle patologie dell'apparato muscolo-scheletrico di origine professionale" e alla "prevenzione dello stress correlato al lavoro" è assicurato dai Piani Mirati di Prevenzione (PMP).

Il Piano Mirato di Prevenzione (PMP) è una nuova modalità proattiva di intervento che, pur coerente con i disposti normativi vigenti, rappresenta una evoluzione del controllo nelle imprese, finalizzata a migliorare l'efficienza della Pubblica Amministrazione essendo in grado di coniugare l'assistenza con la vigilanza. Questa modalità innovativa di controllo è fondata sulla conduzione di processi di prevenzione volti al miglioramento delle misure generali di tutela e non alla sola verifica dell'applicazione della norma.

In essa, l'azione degli SPISAL si orienta verso il supporto al mondo del lavoro attraverso un'azione di assistenza, facilitando l'accesso delle imprese (in particolare le microimprese) alla conoscenza, ovvero valutazione e corretta gestione dei rischi: in questo quadro è di fondamentale importanza sostenere i datori di lavoro nel percorso di autovalutazione del livello di sicurezza nella gestione dei rischi e nell'organizzazione della sicurezza aziendale.

Il Programma, in linea con principi e obiettivi del PNP, adotta le fasi dell'equità, secondo il modello operativo proposto dal PNP (HEA), che prevede le seguenti fasi:

- elaborazione del profilo di salute e di equità. I determinanti sociali di salute chiamano in causa la responsabilità, a tutti i livelli - nazionale, regionale e locale -, delle politiche non sanitarie (scuola, lavoro, ambiente, ecc.) e di quelle sanitarie nel loro duplice ruolo di promozione/erogazione di prevenzione/assistenza e di regia verso altri settori;
- identificazione di aree/gruppi a più alto rischio di esposizione o di vulnerabilità ai fattori di rischio;
- conseguente adeguamento/orientamento dell'intervento in termini di disegno e allocazione, valutazione di impatto al fine di garantire l'equità

nell'azione promossa.

### **PP09 Ambiente, clima e salute**

#### **REACH**

La Deliberazione della Giunta Regionale n. 26 del 28/01/2010, pubblicata sul BURC n. 4 del 01/03/2010 ha dato a suo tempo mandato al Dipartimento Regionale Tutela della Salute per la definizione dell'articolazione organizzativa dell'Autorità Regionale Competente. Tale organizzazione è stata definita con Decreto n. 10118 del 08/07/2010, modificato con i Decreti n. 15941 del 21/12/2012, n. 2012 del 18/03/2011. Successivamente il DCA n. 5/2016 ha, tra l'altro, specificato il ruolo delle Autorità Competenti in Calabria, in linea con i Piani Nazionali annuali di controllo, con il sistema della rete nazionale dei Laboratori di cui all'Accordo Stato-Regioni 88/csr del 07 maggio 2015 e con il Piano Regionale della Prevenzione (PRP) vigente.

Il DCA n. 74 del 05 aprile 2018 ha, tra l'altro, apportato parziali modifiche alla Deliberazione di Giunta Regionale n. 26/2010 e, conseguentemente, è stata formalizzata l'individuazione da parte del Dirigente Generale del Dipartimento Tutela della Salute, del Responsabile Delegato dell'Autorità Regionale Competente REACH-CLP-BPR (nomina prot.170640 del 15 maggio 2018) e del Referente Tecnico Regionale REACH-CLP-BPR ( nomina prot.170650 del 15 maggio 2018). Il recente decreto regionale n. 6480 del 21/06/2021 ha definito la programmazione regionale annuale del Piano nazionale delle attività di controllo sui prodotti chimici in applicazione dei Regolamenti (CE) 1907/2006 "REACH" e (CE) 1272/2008 "CLP", adottando le linee guida per detti controlli.

Nel presente programma, nella parte inerente la sicurezza chimica, si intende dare un forte impulso organizzativo alle attività integrate REACH-CLP-BPR al fine di garantire in ogni ambito territoriale provinciale la presenza di team che possano espletare le attività di controllo previste, anche attraverso il concetto di "operatore equivalente". Il personale dei team dovrà essere adeguatamente formato e aggiornato, partecipando ai training nazionali (anche a ricaduta) e alle attività formative promosse a livello regionale e con l'Università.

Parallelamente le AASSPP sono chiamate a interagire strettamente con i Laboratori ARPACal, per le attività analitiche connesse ai controlli, nell'ambito della Rete dei Laboratori definita a livello nazionale e, in prospettiva, al possibile coinvolgimento di laboratori di igiene industriale e ambientale nel contesto delle "autorizzazioni REACH".

Per tutta la vigenza del PRP dovrà essere comunque fortemente sostenuta presso le Aziende Sanitarie Provinciali, l'integrazione fra REACH e normativa ambientale.

#### **SALUTE-AMBIENTE**

In seguito all'ultimo aggiornamanto del rapporto Sentieri, la Regione Calabria e l'Istituto Superiore di Sanità hanno avviato i lavori di un tavolo finalizzato a progettare degli studi epidemiologici sulla aree di interesse del territorio regionale, al fine di verificare l'eventuale nesso di causalità e la correlazione tra le condizioni di salute della popolazione residente in determinati territori e i fattori di inquinamento ambientale di quegli stessi territori. In questo programma le specifiche azioni in questo ambito, sono in comune con il Programma libero "analisi dei siti a rischio di contaminazione ambientale" che mira a fornire gli strumenti ai Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie Provinciali Regionali, affinché, d'intesa con gli esperti dell'Istituto Superiore di Sanità, con i Responsabili dei Registri Tumori, con l'ARPACal e le altre Istituzioni a vario titolo interessate, sulla base degli indirizzi forniti dal tavolo regionale, siano progettati e si mettano in atto, studi epidemiologici mirati finalizzati ad acquisire dati circa l'eventuale nesso causale tra lo stato di salute della popolazione e l'inquinamento ambientale.

**MONITORAGGIO SULLA CONSERVAZIONE E INTEGRITÀ AMBIENTALE**  
Seguendo l'approccio One health, il programma mira a "mettere in atto indirizzi e

azioni, adottati con la Dichiarazione di Ostrava coniugati con gli obiettivi dell'Agenda 2030" prevedendo linee strategiche finalizzate ad "adottare interventi per la prevenzione e riduzione delle esposizioni ambientali (indoor e outdoor) e antropiche dannose per la salute". La prevenzione e controllo delle zoonosi, il controllo delle popolazioni selvatiche ai fini della tutela della salute umana e dell'equilibrio fra uomo, animale e ambiente diventa così un obiettivo da perseguire. In tale ottica, in una regione come la Calabria con un patrimonio faunistico significativo, il monitoraggio sanitario delle popolazioni animali selvatiche che lo costituiscono rappresenta un indispensabile bioindicatore che consente di ottenere rilevanti informazioni utili al controllo della diffusione di malattie infettive tra gli animali selvatici e da questi agli animali domestici o da allevamento, con potenziali gravi ripercussioni al settore produttivo degli alimenti, nonché per il controllo delle zoonosi trasmissibili all'uomo attraverso gli alimenti o per altre vie di contagio. In particolare la popolazione di cinghiali che negli ultimi anni sta crescendo in maniera esponenziale nel territorio regionale, rappresenta un potenziale pericolo per la diffusione di malattie infettive quali peste suina africana, peste suina classica, malattia di Aujeszky, tubercolosi, paratubercolosi, toxoplasmosi, leptospirosi e altre, nonché per la diffusione di malattie trasmesse da zecche (artropodi di cui il cinghiale è uno dei principali serbatoi in natura) quali la TBE o Encefalite trasmessa da zecca e la malattia di Lyme già più volte segnalata sul nostro territorio. Allo stesso modo riveste particolare significato ai fini della tutela sanitaria anche il monitoraggio sulla conservazione e integrità ambientale che può essere svolto attraverso il monitoraggio delle popolazioni selvatiche. Nel periodo 2014-2015 le popolazioni di cinghiali presenti nel territorio della Provincia di Cosenza, sono state oggetto di uno studio, condotto da ARPACAL, ASP Cosenza e Rete RESORAD, (rete di sorveglianza, sita presso l'ISPRA, che monitora la radioattività nell'ambiente e in alimenti per valutarne il trasferimento all'uomo). Lo studio, grazie anche alla collaborazione delle organizzazioni venatorie locali, ha utilizzando le carni di cinghiali abbattuti sul territorio durante la stagione di caccia e destinate all'autoconsumo, quali matrici per la ricerca di contaminazione ambientale da radionuclidi analizzando, nel contempo, anche campioni di terreno prelevato nelle aree presso cui si presumeva avessero pascolato gli animali. L'indagine, se pur ha evidenziato la presenza dei radionuclidi ricercati nei campioni controllati che rappresenta un indice di contaminazione ambientale, ha però consentito di verificare che la presenza nell'alimento era significativamente al di sotto dei limiti consentiti fornendo così un duplice indicatore favorevole sia di sicurezza alimentare che di valutazione ambientale. L'indagine è un esempio di un approccio sinergico multidisciplinare che coinvolgendo anche categorie di cittadini interessati, riesce a fornire elementi utili di nella visione olistica "One health": una sola salute uomo-animale-ambiente.

#### PREVENZIONE RISCHIO RADON

Il radon è un gas radioattivo presente nella crosta terrestre e deriva dal decadimento delle catene dell'Uranio (238U). Il radon essendo emanato dalle rocce e dai suoli, attraverso vie di comunicazione tra il sottosuolo e la superficie (faglie e fratture) può raggiungere i piani interrati e seminterrati degli ambienti di vita, dove si accumula nel tempo aumentando le sue concentrazioni di attività volumetrica con incremento del rischio di esposizione a tale gas. Il radon è dunque presente nell'aria, ma si concentra maggiormente nei luoghi confinati dei comuni ambienti di vita e di lavoro e rappresenta la principale fonte di esposizione alla radioattività per la popolazione generale. I risultati dell'indagine nazionale sulla concentrazione di radon nelle abitazioni condotta nel precedente decennio ha rilevato per il nostro Paese una concentrazione media di radon con error standard pari a  $70 \pm 1$  Bqm-3, mentre per il nostro territorio regionale i valori si sono attestati a valori molto inferiori e pari a  $25 \pm 2$  Bqm-3 (ISIN,ISS,ARPA-APPA 1989-1998).

Il grado di esposizione a questo pericoloso inquinante dipende da diversi fattori, tra i quali figurano l'intensità di emissione della sorgente, i fattori meteorologici, l'area geografica, le caratteristiche del territorio, le modalità di costruzione degli edifici, a

cui si aggiungono altre fonti secondarie, come alcuni materiali da costruzione e l'acqua. Tali elementi determinano una distribuzione della concentrazione di radon indoor fortemente diversificata sul territorio.

L'Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro (WHO-IARC,2008) ha classificato il radon come agente cancerogeno di Gruppo 1 e alcune stime consolidate da decenni attribuiscono al radon la seconda causa di morte per tumore al polmone dopo il fumo di tabacco. In Italia si stima che, su circa 30.000 casi di tumore polmonare che si registrano ogni anno, oltre 3.000 siano da attribuire al radon.

In Italia è entrato in vigore il 27 agosto 2020 il Decreto Legislativo n. 101 del 31 luglio 2020 che recepisce la Direttiva Europea 2013/59/EURATOM "Attuazione della direttiva 2013/59/Euratom, che stabilisce norme fondamentali di sicurezza relative alla protezione contro i pericoli derivanti dall'esposizione alle radiazioni ionizzanti, e che abroga le direttive 89/618/Euratom, 90/641/Euratom, 96/29/Euratom, 97/43/Euratom e 2003/122/Euratom e riordino della normativa di settore in attuazione dell'articolo 20, comma 1, lettera a), della legge 4 ottobre 2019, n. 117". Il decreto legislativo 101/2020, che abroga il D.Lgs. 230/1995, regola tutti i diversi campi di applicazione delle radiazioni ionizzanti, all'art. 12 stabilisce nuovi livelli di riferimento per le concentrazioni di radon espressi in termini di valore medio annuo della concentrazione di attività di radon in aria sia per i luoghi di lavoro sia per le abitazioni esistenti e sia per le abitazioni di nuova costruzione. Relativamente alle sostanze radioattive presenti nelle acque destinate al consumo umano la direttiva 2013/51/EURATOM del Consiglio Europeo, recepita nel nostro paese con il D.lgs. n.28/16, ha stabilito i requisiti per la tutela della salute umana fissando per il radon un parametro in termini di concentrazione espressa in Bq/l e stabilendo un valore soglia capace di garantire un buon livello di protezione della salute umana pari a 100 Bq/l. In essa sono stati stabiliti inoltre la frequenza dei campionamenti ed i metodi per il controllo delle sostanze radioattive.

Il laboratorio Fisico "Ettore Majorana" dell'Arpacal di Catanzaro, riferimento regionale per la misura del radon in tutte le matrici ambientali, nel triennio scorso, in collaborazione con alcune Aziende Sanitarie Provinciali ha promosso e sostenuto una campagna di misurazione della concentrazione di attività di radon nelle acque destinate al consumo umano. La campagna è stata condotta su tutto il territorio calabrese, in diversi punti di approvvigionamento e consumo di acque provenienti da acquedotti comunali o direttamente da sorgenti naturali, con una frequenza almeno annuale, per un totale di 420 prelievi, con l'obiettivo di contenere il rischio di esposizione della popolazione e di fornire informazioni circa la qualità delle acque destinate al consumo. I risultati di tale studio hanno individuato nel territorio calabrese quattro punti di prelievo di notevole importanza per la presenza di radon, mentre nei restanti punti i valori sono risultati inferiori al valore soglia, con una media aritmetica della concentrazione di radon pari a  $48 \pm 11$  Bq/l (Arpacal "La misurazione del gas radon nelle acque calabresi" – febbraio 2018).

Nell'ambito delle attività di prevenzione sul radon, previste nei precedenti PRP, sono state condotte attività di monitoraggio di tale inquinante nei luoghi di lavoro dal Servizio SPISAL dell'ASP di Catanzaro in collaborazione con il Laboratorio Fisico del Dipartimento provinciale di Catanzaro dell'Arpacal, che a partire dal 2010 cura la campagna regionale di monitoraggio del gas radon e che finora ha interessato circa 150 comuni su di un totale di 404 comuni presenti sull'intero territorio regionale. Nel febbraio 2020 anche l'Asp di Crotone ha avviato nel proprio territorio la prima campagna di misurazione con il supporto tecnico del suddetto Dipartimento di Arpacal.

Nel presente programma si propone di rafforzare le attività di monitoraggio del radon già intraprese, con l'intento di estenderle su tutto il territorio regionale attraverso la partecipazione attiva di tutte le AASSPP. I dati derivanti da tale attività verranno inseriti nel data base di Arpacal e contribuiranno ad implementare la mappa regionale della presenza del radon sull'intero territorio regionale.

#### **PP10 Misure per il contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza**

La Regione Calabria con il DCA n. 77, del 05/04/2018, ha recepito il Piano Nazionale di Contrasto all'Antimicrobico resistenza e con DDG n.15638, del 19/12/2018, ha istituito un Gruppo di lavoro multidisciplinare, per coordinare l'implementazione e il monitoraggio del PNCAR nel Sistema Sanitario calabrese.

Fra le principali competenze del gruppo rientrano:

- La sorveglianza microbiologica e delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) inizialmente negli ospedali hub e, successivamente in tutti i Presidi Ospedalieri della regione;
- Il monitoraggio e l'elaborazione dei dati relativi al consumo di antibiotici utilizzati in ambito ospedaliero e, successivamente, sul territorio;
- Il supporto alle attività degli operatori sanitari svolto in osservanza di quanto previsto dal PNCAR 2017-2020

L'attività del Gruppo, ha avuto inizio con l'analisi delle curve di consumo degli antibiotici nei principali Ospedali Calabresi, inoltre ha:

- effettuato l'analisi delle curve di consumo degli antibiotici nei principali Ospedali calabresi;
- esaminato i report microbiologici degli stessi Ospedali, per l'analisi degli isolati e delle resistenze;
- utilizzato i dati relativi alle infezioni correlate all'assistenza;
- redatto il documento "Linee di indirizzo per l'uso appropriato della terapia antibiotica empirica in ambito ospedaliero e per l'implementazione regionale dei protocolli terapeutici".

Le linee di indirizzo hanno le seguenti finalità:

- invertire la tendenza rispetto agli abnormi consumi di antibiotici (es. cefalosporine, chinoloni e carbapenemici, ma anche di antibiotici di nuova classe e di ultima generazione);
- migliorare l'appropriatezza nell'uso degli antibiotici;
- ridurre la diffusione di microrganismi multi-resistenti;
- ridurre l'incidenza delle Infezioni Ospedaliere;
- informare e formare gli operatori sanitari

Con il seguente programma s'intende migliorare la sorveglianza e il monitoraggio dell'uso appropriato degli antibiotici e favorire la riduzione delle infezioni correlate all'assistenza sostenute da microrganismi antibiotico resistenti, attraverso le seguenti azioni a livello regionale:

- ricognizione dei CIO di tutte le AA.OO. e AA.SS.PP. del territorio regionale
- implementazione dei sistemi di sorveglianza attiva anche mediante una riorganizzazione dei CIO in tutte le strutture sanitarie;
- individuazione all'interno di ogni CIO di un gruppo operativo dedicato all'AMR;
- provvedere alla nomina dell'Infermiere addetto al controllo delle infezioni specialista nel rischio infettivo;
- implementare il nuovo sistema informativo regionale SIR-AP per la raccolta ed elaborazione dei dati di sorveglianza microbiologica;
- formazione in ogni AA.OO. e AA.SS.PP. di un gruppo di operatori sanitari esperti nel settore dell'antimicrobico resistenza (AMR) e degli interventi di prevenzione e controllo delle infezioni;
- potenziare i servizi diagnostici mediante la creazione di una rete dei laboratori di Microbiologia e Virologia con i Laboratori di Analisi chimico-cliniche e microbiologiche;
- implementare percorsi diagnostici appropriati per consentire una tempistica più rapida per l'identificazione dei portatori sani colonizzati, dei patogeni e delle resistenze;
- garantire la disponibilità di test diagnostici basati sulle migliori pratiche per la diagnosi delle infezioni, compresi i relativi test rapidi per la ricerca di agenti patogeni e dei determinanti di resistenza;
- individuare un referente Microbiologo Regionale e 3 Referenti Microbiologi per area territoriale (Nord, Centro e Sud);

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• elaborare linee d'indirizzo regionali per la refertazione dell'antibiogramma volte a contenere l'utilizzo inappropriato degli antibiotici;</li> <li>• realizzare programmi di controllo di qualità interlaboratorio specifico per la diagnosi molecolare microbiologica;</li> <li>• implementare le basilari strategie restrittive quali limitazione dell'uso degli antibiotici critici (ad ampio spettro e/o ad alto costo);</li> <li>• estendere gli interventi per la prevenzione ed il controllo delle infezioni e dell'antimicrobico-resistenza anche agli ospedali privati accreditati e, con modalità differenziate, alle strutture private accreditate extraospedaliere che erogano cure intermedie, riabilitazione residenziale e alle RSA;</li> <li>• implementare le basilari strategie persuasive (diffusione delle linee guida per la profilassi chirurgica e terapia empirica delle principali infezioni).</li> </ul>
--	--	--

7	<b>PIANIFICAZIONE DEL PRP 2020-2025</b>	La Regione Calabria entro il 31.08.2021 ha presentato sulla piattaforma per la pianificazione, il monitoraggio e la valutazione dei piani regionali di prevenzione 2020-2025 il Piano regionale di prevenzione. L'approvazione è prevista, dopo le interlocuzioni istituzionali con il Ministero della Salute, entro il 31.12.2021.
---	---	---

8	<b>DOCUMENTI ALLEGATI</b>	<b>ALLEGATO 1.</b> Programmi predefiniti Piano Regionale di Prevenzione 2020-2025
---	---------------------------	---

<b>SCHEDA PROGETTO</b>		
<b>1</b>	<b>LINEA PROGETTUALE 4</b>	<b>4 - Piano Nazionale della Prevenzione e supporto al Piano Nazionale della Prevenzione</b>
	<b>TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO</b>	Azioni di Supporto al Piano Nazionale Prevenzione i Network Nazionali: 1. Osservatorio Nazionale Screening (ONS) 2. Evidence Based Prevention (NIEBP) 3. Associazione Italiana Registri Tumori (AIRTUM)
	<b>AREA DI INTERVENTO</b>	Territorio regionale

<b>2</b>	<b>RESPONSABILE REGIONALE DELLA LINEA</b>		
		<i>Responsabile regionale</i>	Dirigente del Settore 4 Prevenzione e Sanita' PubblicaDott.ssa Francesca Fratto
		<i>Recapiti telefonici e- mail</i>	0961 856597 – f.fratto@regione.calabria.it

<b>3</b>	<b>RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO - MODALITÀ DI REPERIMENTO RISORSE</b>			
		<i>Finanziamento</i>	<i>Riferimento (Delibera, atto ecc.)</i>	<i>Importo</i>
		<i>Risorse vincolate degli obiettivi del PSN</i>	Accordo Stato/regioni n. 150 del 4 agosto 2021 – Intesa n. 153 del 4 agosto 2021	€ 42.793,00
		<i>Eventuali Risorse regionali</i>		

<b>4</b>	<b>ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO</b>			
		Tipologia di costi	Importo in euro	Note
		Costi gestione e funzionalità del progetto	8.558,60	Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza
			8.558,60	Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone
			8.558,60	Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro
			8.558,60	Azienda Sanitaria Provinciale di Vibo Valentia
	8.558,60		Azienda Sanitaria Provinciale di Reggio Calabria	
	Importo di € 42.793,00 è assegnato alle ASP a valere su quota vincolata FSN 2021, da suddividere ai tre Network nazionali.			
	La ripartizione del finanziamento è effettuata in pari misura a tutte le Aziende Sanitarie Provinciali			

Aziende	Osservatorio Nazionale Screening (ONS)	Evidence Based Prevention (NIEBP)	Associazione Italiana Registri Tumori (AIRTUM)	<b>totale</b>
Azienda sanitaria Provinciale Cosenza	€ 2.852,86	€ 2.852,86	€ 2.852,86	€ 8.558,60
Azienda sanitaria Provinciale di Crotona	€ 2.852,86	€ 2.852,86	€ 2.852,86	€ 8.558,60
Azienda sanitaria Provinciale di Catanzaro	€ 2.852,86	€ 2.852,86	€ 2.852,86	€ 8.558,60
Azienda sanitaria Provinciale Vibo Valentia	€ 2.852,86	€ 2.852,86	€ 2.852,86	€ 8.558,60
Azienda sanitaria Provinciale di Reggio Calabria	€ 2.852,86	€ 2.852,86	€ 2.852,86	€ 8.558,60
<b>totale</b>	<b>€ 14.264,33</b>	<b>€ 14.264,33</b>	<b>€ 14.264,33</b>	<b>€ 42.793,00</b>

5	<b>RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO</b>		
	<i>Risorse Necessarie</i>	<i>N. Risorse</i>	<i>Note</i>
	o Disponibili	€ 42.793,00	Da suddividere ai tre Network nazionali.
	o Da acquisire		

<b>6</b>	<b>ANALISI DEL CONTESTO/ SCENARIO DI RIFERIMENTO</b>	<p>Il Piano Nazionale di Prevenzione 2020-2025 di cui all'Intesa Stato Regioni Repertorio atto n. 127/CSR del 6/8/2020, si inseriscono in un processo già consolidato di definizione degli aspetti operativi connessi alla funzione di "supporto" al Piano medesimo, sia dal punto di vista del livello centrale sia da quello delle Regioni. Con il DM del 25 gennaio 2016 sono stati declinati gli indirizzi per l'attuazione delle linee di supporto centrali al Piano Nazionale della Prevenzione, per rafforzare le capacità del SSR di erogare e promuovere interventi di prevenzione.</p> <p>Nelle Intese Stato-Regioni per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, un ruolo determinante nel supporto al Piano della Prevenzione è affidato ai tre network: Osservatorio Nazionale Screening (ONS), Network Italiano Evidence-based Prevention (NIEBP), Associazione italiana dei registri tumori (AIRTUM).</p> <p>Per quanto riguarda il Network ONS, si ricorda che è attivo da quasi 20 anni come Rete dei centri regionali di eccellenza nel campo degli screening oncologici. Il coordinamento del network ha sede presso l'Istituto per lo Studio, la Prevenzione e la Rete Oncologica (ISPRO) di Firenze. Già il decreto del Ministro della Salute del 25 novembre 2004 (articolo 2 bis della legge 138 del 2004) individuava l'ONS come strumento tecnico a supporto sia delle Regioni, per l'attuazione dei programmi di screening, sia del Ministero della Salute, per la definizione delle modalità operative, il monitoraggio e la valutazione dei programmi.</p> <p>La Regione Calabria ha avviato un processo di riorganizzazione degli screening oncologici, al fine di raggiungere gli obiettivi necessari a pervenire alla soglia ministeriale di accettabilità.</p> <p>Per tale ragione una puntuale analisi del contesto può fornire indicazioni valide per incrementare i dati di adesione e per ridurre quanto più possibile il dato dello screening opportunistico.</p> <p>La collaborazione con l'Osservatorio Nazionale Screening per l'adozione del modello "PRECEDE- PROCEED rappresenta uno strumento efficace per la garanzia di qualità dei programmi di screening nella regione Calabria.</p>
----------	--	---

		<p>E' inoltre necessaria la produzione di materiali e strumenti informativi per una comunicazione efficace, orientata all'empowerment del cittadino a scelte informate e consapevoli.</p> <p>Il miglioramento qualitativo continuo delle attività di screening oncologico trova la completa attuazione attraverso la costituzione di una banca dati di buone pratiche, sostenibili e trasferibili, con l'obiettivo di supportare le attività di operatori, decisori e stakeholders, al fine di promuovere comportamenti che favoriscano le attività di prevenzione oncologica e di promozione della salute.</p> <p>Recentemente l'ONS ha definito un suo regolamento, che ha posto all'attenzione del Ministero e del CIP per una definitiva approvazione. Lo scopo di tale regolamento è quello di potenziare il coinvolgimento di tutte le Regioni nelle attività di miglioramento dei programmi di screening.</p> <p>Il Network NIEBP, la cui struttura di coordinamento centrale è attualmente presso l'ARS della Regione Toscana, ha lo scopo di sviluppare metodologie dirette al costante miglioramento nella valutazione dell'efficacia degli interventi di Sanità Pubblica e a fornire strumenti (revisioni sistematiche, studi ad hoc, ecc.) per ottenere prove di efficacia e di impatto in merito agli interventi e ai programmi di prevenzione.</p> <p>Nel febbraio 2020 è stato promosso un questionario, in collaborazione con il CIP interregionale, con l'obiettivo di identificare le attività, che le Regioni desidererebbero che il NIEBP svolgesse, per il supporto all'elaborazione dei propri Piani Regionali di Prevenzione.</p> <p>La collaborazione con AIRTUM è prevista dalla legge regionale 2 del 12/02/2016, istitutiva della rete dei Registri tumori (RT) calabresi, con la presenza del Presidente AIRTUM, o di un suo delegato, nel Centro di riferimento Regionale.</p> <p>Ad oggi risultano accreditati AIRTUM i Registri Tumori di: Catanzaro, Cosenza, Crotona e Reggio Calabria. Il Registro Tumori di Vibo Valentia è in fase di registrazione oncologica, finalizzata all'accreditamento.</p> <p>I Registri Tumori sono stati accreditati in tempi diversi tra loro e, pertanto, gli anni di rilevazione registrati non sono coincidenti.</p> <p>Per valutare l'andamento della patologia neoplastica e l'impatto degli screening oncologici nel territorio calabrese, Registri Tumori accreditati devono poter elaborare gli stessi periodi di rilevazione.</p> <p>La "normalizzazione" delle procedure e degli anni di rilevazione costituisce un mezzo di promozione della qualità dei dati registrati e, nel contempo, assicurano l'elaborazione omogenea dei dati stessi, utile per gli scopi del progetto. Per tale ragione si rende necessaria una stretta collaborazione dei RT con AIRTUM, che può assicurare le necessarie competenze, utili per una uniformità ed omogeneità di registrazione, validazione e valutazione dei dati</p>
--	--	--

<b>7</b>	<b>DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO</b>	Data inizio prevista	Data termine prevista	Possibile ulteriore proseguimento per anno successivo
		01.01.2021	31.12.2021	31.12.2025

<b>8</b>	<b>DOCUMENTI ALLEGATI</b>	<p><b>ALLEGATO 2.</b> Schema accordo tra Regione ed Osservatorio Nazionale Screening (ONS) con relativo progetto;</p> <p><b>ALLEGATO 3.</b> Schema accordo tra Regione ed Evidence Based Prevention (NIEBP) con relativo progetto;</p>
----------	---------------------------	--

<b>SCHEDA PROGETTO</b>		
<b>1</b>	<b>LINEA PROGETTUALE</b>	<b>5. La tecnologia sanitaria come strumento di integrazione ospedale – territorio anche in relazione all'emergenza Covid-19</b>
	<b>AREA DI INTERVENTO</b>	Territorio regionale

<b>RESPONSABILE REGIONALE DELLA LINEA</b>		
<b>2</b>	Referente Regionale	- Dirigente del Settore 4 Prevenzione e Sanita' Pubblica - Dirigente del Settore 9- Assistenza Territoriale – Sistemi Alternativi al Ricovero e Gestione Territoriale delle Epidemie
	<i>Recapiti telefonici e- mail</i>	0961 856597 prevenzione.salute@pec.regione.calabria.it; 0961 852112 serviziterritorio.salute@pec.regione.calabria.it;

La linea progettuale n. 5 nella programmazione regionale è strettamente collegata alla linea progettuale n. 1 “Percorso diagnostico terapeutico condiviso e personalizzato per i pazienti con multicronicità – anche in relazione all'emergenza Covid-19”.

L'emergenza pandemica ha portato ad alcune riflessioni nell'ambito dell'organizzazione dei diversi sistemi sanitari. Nel nostro paese *sono stati adottati diversi* provvedimenti il cui obiettivo *comune* è quello di potenziare, fra l'altro, l'assistenza territoriale che deve fungere da *filtro* per le attività ospedaliere.

L'obbligo di distanziamento sociale, *fondamentale* per il contenimento del contagio, ha portato ad accelerare i processi di diffusione di tecnologie innovative e della telemedicina.

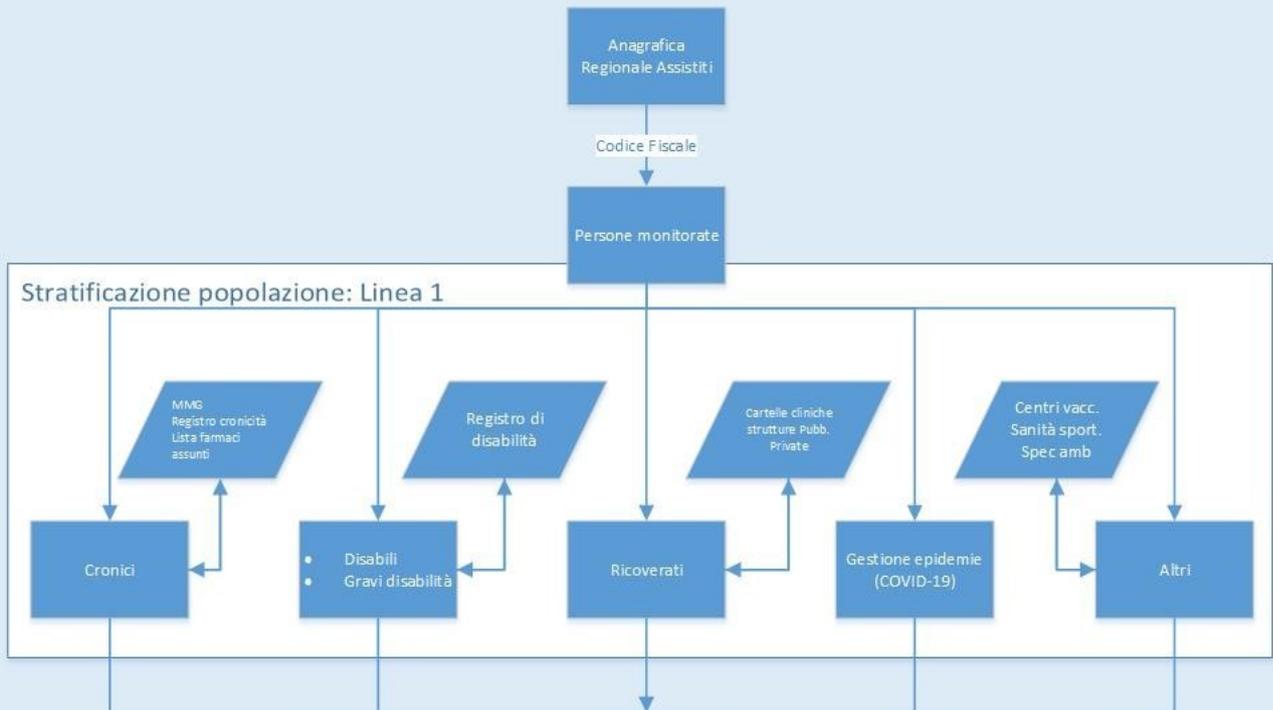
La regione Calabria con DCA 79 del 18 maggio 2021 ha recepito integralmente l'Accordo Stato-Regioni Rep. Atti n. 215/CSR del 17/12/2020 sul documento recante “Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina”.

Negli ultimi anni l'utilizzo delle tecnologie sanitarie si è sviluppato prevalentemente a livello ospedaliero, ma l'estensione del loro impiego a livello territoriale è fondamentale per garantire la continuità delle cure. La promozione della sanità digitale rafforza il processo di continuità ospedale-territorio con conseguente ottimizzazione della gestione delle patologie croniche e diminuzione dei ricoveri ospedalieri dovuti alle riacutizzazioni delle malattie croniche.

La scelta della Regione Calabria di individuare le Aziende Sanitarie Provinciali come coordinamento territoriale delle attività di sviluppo delle tecnologie sanitarie punta a colmare il divario tecnologico tra ospedale e territorio. Inoltre, grazie agli investimenti in tecnologia, punta a definire un modello di presa in carico del paziente che prevede l'accesso in ospedale solo per le urgenze e per l'erogazione di prestazioni particolarmente complesse.

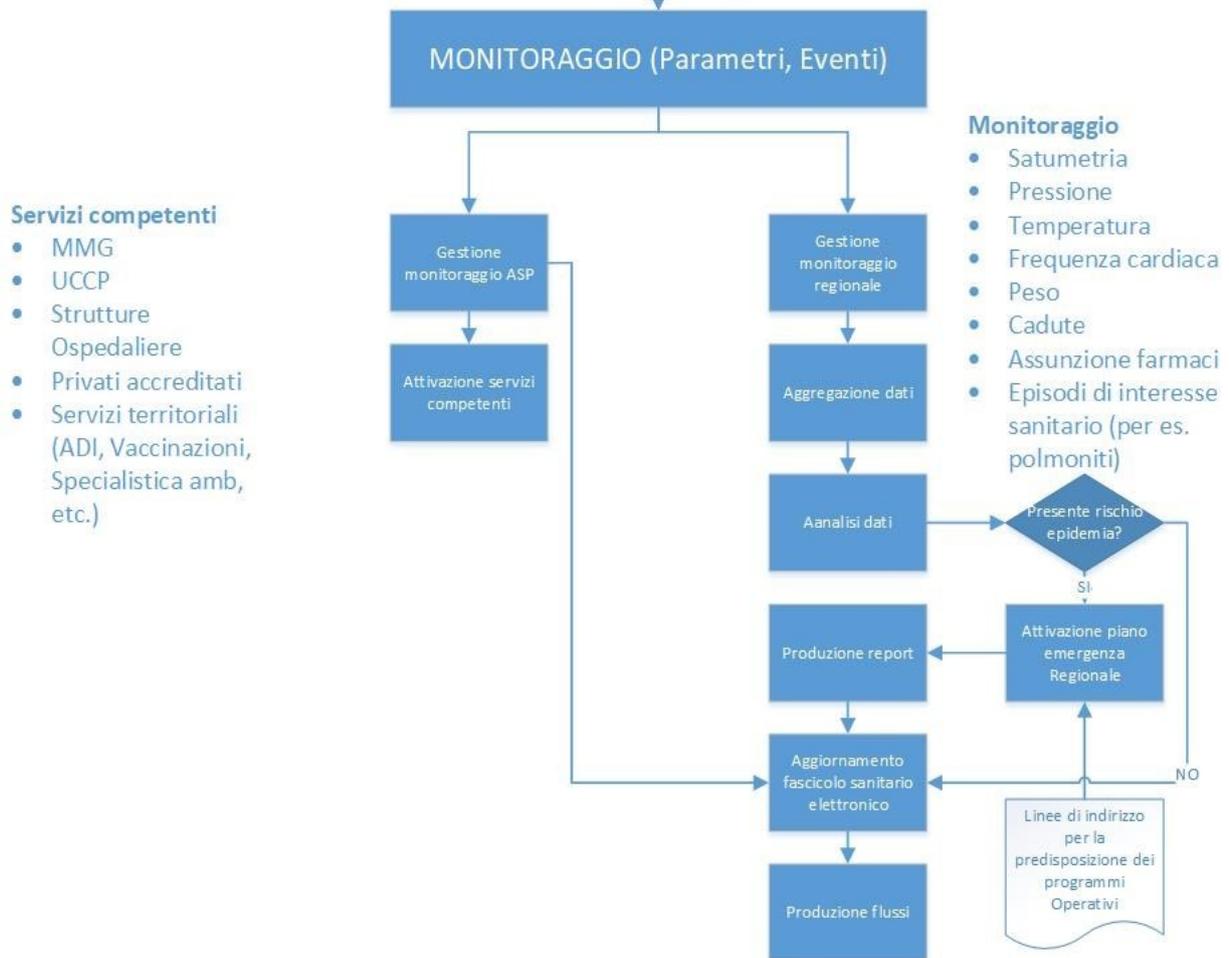
Di seguito si riporta lo schema logico seguito dal 2019 ad oggi nella elaborazione dei progetti:

Obiettivi di Piano 2020 – Linea 1 e linea 5 -  
REGIONE CALABRIA



TELEMEDICINA

Linea 5



Di seguito si riportano i progetti elaborati che, in continuità con la programmazione dell'anno precedente, mirano a potenziare i modelli già validati a livello regionale e al contempo a realizzare i presupposti per una diffusione codificata e sicura di sistemi di telemedicina nell'ambito del potenziamento del settore territoriale.

<b>SCHEDA PROGETTO</b>		
<b>1</b>	<b>LINEA PROGETTUALE</b>	<b>5. La tecnologia sanitaria come strumento di integrazione ospedale – territorio, anche in relazione all'emergenza Covid-19</b>
	<b>TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO</b>	<b>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</b>
	<b>AREA DI INTERVENTO</b>	Territorio regionale

<b>2</b>	<b>RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO -MODALITÀ DI REPERIMENTO RISORSE</b>		
	<i>Finanziamento</i>	<i>Riferimento (Delibera, atto ecc.)</i>	<i>Importo</i>
	<i>Risorse vincolate degli obiettivi del PSN</i>	Accordo Stato/regioni n. 150 del 4 agosto 2021 – Intesa n. 153 del 4 agosto 2021	<b>Progetto 1: € 1.088.257,94</b> Progetto 2: € 3.529.485,21 Totale linea: € € 4.617.743,15
	<i>Eventuali Risorse regionali</i>		

<b>3</b>	<b>ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO 5.1</b>		
	<i>Tipologia di costi</i>	<i>Importo in euro</i>	<i>Note</i>
	Costi gestione progetto	764.721,80	Azienda Sanitaria Provinciale di Crotona
	Costi acquisizione beni e servizi	235.299,01	
	Costi per la formazione e comunicazione	88.237,13	
<b>TOTALE</b>	<b>1.088.257,94</b>		

<b>4</b>	<b>RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO 5.1</b>		
	<i>RISORSE NECESSARIE</i>	<i>N. RISORSE</i>	<i>NOTE</i>
	a) Disponibili	<b>1.088.257,94</b>	Accordo Stato/regioni n. 150 del 4 agosto 2021 – Intesa n. 153 del 4 agosto 2021
o Da acquisire			

**ANALISI DEL  
CONTESTO /  
SCENARIO DI  
RIFERIMENTO**

Già il Piano Nazionale cronicità (Accordo Stato Regioni del 16/09/2016 n. 160) ha fissato 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”*.

Nel congresso della SIRN (Società Italiana di riabilitazione neurologica) del 2017 è emerso che ogni anno, nel nostro Paese, 250.000 persone entrano in coma; di queste circa un terzo di ne esce indenne, ma per molti il coma evolve in stato vegetativo, che diventa persistente dopo i 3 mesi.

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.

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 potrebbero rappresentare 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.

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.

La telemedicina consente la contemporanea disponibilità di tutte le componenti specialistiche, in luoghi scarsamente forniti di servizi sanitari o in situazioni di emergenza e il miglioramento in termini di efficacia e tempestività degli interventi diagnostici e/o terapeutici in situazioni di urgenza.

Lo sviluppo della tecnologia con specifici dispositivi medici consente oggi la videocomunicazione bidirezionale e interattiva di dati numerici, segnali acustici, immagini e segnali biomedici a distanza, in tempo reale.

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 in ambienti ospedalieri al minimo indispensabile, riduce i costi sia pubblici che privati ed aumenta la produttività mantenendo l’efficacia e l’efficienza a livelli elevati.

Oggi le considerazioni fin qui esposte risultano ancora più convincenti, vista la situazione pandemica che sta attraversando il sistema sanitario.

L’Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone, attraverso L’Istituto Sant’Anna di Crotone 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. Nella realizzazione del progetto sono state coinvolte tutte le Aziende Sanitarie Provinciali della Regione: Catanzaro, Cosenza, Reggio Calabria, Vibo Valentia e Crotone che ha svolto le funzioni di soggetto capofila.

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 equipe multidisciplinare opportunamente formata.

6	<b>DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO</b>	Data inizio prevista	Data termine prevista	Possibile ulteriore proseguimento per anno successivo
		1.1.2021	31.12.2021	31.12.2022

7	<b>OBIETTIVO GENERALE</b>	<p>L'obiettivo principale è quello di <i>un</i> continuo miglioramento del modello assistenziale, per garantire la continuità dell'assistenza ai pazienti con disordini di coscienza, in condizioni di uniformità in tutto il territorio regionale. La sperimentazione <i>del modello validato</i> nell'ambito delle cerebrolesioni e delle malattie neurodegenerative potrà portare ulteriori benefici alla attuale assistenza regionale. Inoltre l'attività di sperimentazione della tele riabilitazione avviata nel 2019 - 2020, visti i primi risultati raggiunti, mette in rilievo l'opportunità di validare modelli innovativi con ovvi vantaggi in merito alla accessibilità e continuità delle cure, all'oggettività dei risultati riabilitativi, alla economicità senza dover rinunciare alla qualità delle prestazioni erogate. La Regione, in linea con quanto previsto dalle osservazioni epidemiologiche, con il progetto intende coprire il 100% del fabbisogno previsto attraverso un'area di assistenza domiciliare distribuita in tutto il territorio regionale.</p> <p>Si potrà, altresì, confermare e 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>
---	---------------------------	--

8	<b>OBIETTIVI SPECIFICI</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Obiettivo - Garanzia della continuità assistenziale dei pazienti in trattamento in condizioni di uniformità in tutto il territorio regionale con particolare riferimento alla presa in carico globale dell'assistenza anche in termini di prestazioni fisioterapiche, infermieristiche e di operatori socio- sanitari sulla base dell'esperienza maturata nell'anno 2019 – 2020 seguendo le indicazioni fornite dalla UVM distrettuali mediante la definizione di PAI omogenei su tutto il territorio regionale</li> <li>2. Obiettivo – Continuare a garantire la continuità assistenziale attraverso una effettiva integrazione Ospedale-Territorio</li> <li>3. Obiettivo – Tenendo in considerazione le attività portate avanti nel 2019 - 2020 definizione e consolidamento delle modalità di remunerazione di prestazioni con sistemi innovativi di telemedicina e teleassistenza nell'ambito dell'assistenza domiciliare</li> <li>4. Obiettivo – Valutazione degli aspetti organizzativi e del modello sperimentato nell'anno 2019 - 2020 relativi agli operatori coinvolti nell'assistenza domiciliare e validazione del nuovo modello assistenziale regionale per persone con disordini di coscienza</li> <li>5. Obiettivo - Riduzione dei costi di assistenza per questa tipologia di pazienti attraverso la riduzione dei ricoveri nelle strutture sanitarie esocliniche (riabilitazione, lungodegenza, reparti di area medica e RSA medicalizzate)</li> <li>6. Obiettivo – Proseguire con la sperimentazione dell'utilizzo della tele riabilitazione finalizzata alla deospedalizzazione precoce di pazienti cerebrolesi o con malattie neurodegenerative</li> <li>7. Obiettivo – Migliorare l'incremento delle competenze professionali del personale medico, degli assistenti sociali, degli infermieri, <i>dei caregiver</i> anche attraverso attività formative mirate</li> <li>8. Obiettivo - Miglioramento delle condizioni di vita dei pazienti</li> <li>9. Obiettivo - Riduzione dei disagi per le famiglie</li> <li>10. Obiettivo – Visti i risultati raggiunti nell'anno 2019 - 2020, sperimentare il trasferimento della metodologia adottata per l'assistenza ai Pazienti in SVo SMC a pazienti affetti da altre patologie multicroniche con relativa assistenza</li> <li>11. Obiettivo Individuazione e sperimentazione di nuovi strumenti, nuove</li> </ol>
---	----------------------------	---

RISULTATI ATTESI	
<p>A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati dal progetto</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Miglioramento dei trattamenti individuali per i pazienti in SV e SMC, cerebrolesi e con malattie neurodegenerative</li> <li>- Facilitazione e diffusione della pratica di ricoveri a domicilio in condizioni di sicurezza, con grande sollievo delle famiglie</li> <li>- Incremento della professionalità del personale medico, degli assistenti sociali, degli infermieri, dei caregiver e, in generale, delle persone che per motivi professionali vengono a contratto con i pazienti presso il loro domicilio</li> <li>- Miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza del servizio sanitario per la cura di questa tipologia di pazienti</li> <li>- Miglioramento dell'aderenza al trattamento farmacologico/riabilitativo</li> <li>- Efficace stratificazione dei pazienti pluripatologici con disabilità neurologiche</li> </ul>
<p>9</p> <p>A lungo periodo, a cui tendere, non direttamente raggiungibili al termine del progetto</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- 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.</li> <li>- 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.</li> <li>- 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</li> <li>- 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.</li> <li>- 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.</li> <li>- minimizzare gli spostamenti, massimizzando, al contempo, il trasferimento delle informazioni, in una competizione che è possibile vincere mettendo la tecnologia al servizio della medicina.</li> <li>- 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.</li> <li>- 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</li> <li>- Valutare prontamente il rischio iatrogeno attraverso un costante monitoraggio della terapia e la supervisione del MMG</li> <li>- creare reti e strumenti di condivisione delle informazioni e delle buone pratiche a livello nazionale e internazionale</li> </ul>

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

11	<b>PUNTI DI DEBOLEZZA</b>	
	Indicare i punti di <i>debolezza</i>	Indicare le strategie/azioni per la riduzione
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Difficoltà per assicurare l'assistenza fisioterapica ed infermieristica da parte delle strutture pubbliche</li> <li>- Rapporto con i medici di famiglia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mettere in capo al soggetto di riferimento regionale accreditato per l'erogazione di tali prestazioni l'assistenza sanitaria (fisioterapisti, infermieri, operatori sociosanitari, etc.)</li> <li>- Costante e periodica attività formative di tutti gli operatori coinvolti nel processo assistenziale.</li> </ul>

	<b>DIAGRAMMA DI GANT</b>				
	Descrizioni delle azioni relative a ogni fase	Mesi			
		1-2-3	4-5-6	7-8-9	10-11-12
12	Continuità assistenziale domiciliare dei pazienti con disordini di coscienza				
	Verifica procedure sviluppate nell'annualità 2019 - 2020 e sviluppo nuove procedure assistenziali				
	Analisi e revisione del modello organizzativo sviluppato nel 2019 - 2020 e proposta di nuovi asset assistenziali specifici per le diverse esigenze dei pazienti in carico				
	Prosecuzione della sperimentazione del un modello di tele riabilitazione per pazienti cerebrolesi o con malattie neurodegenerative definito nell'anno 2019 - 2020				
	Consolidamento delle modalità di remunerazione di prestazioni con sistemi innovativi nell'ambito della telemedicina (teleassistenza, tele riabilitazione) e proposta di tariffa per la teleriabilitazione				
	Aggiornamento, definizione e attuazione di nuovi programmi formativi per gli operatori coinvolti nell'assistenza (medici, infermieri, terapisti, caregiver)				
	Rilevazione soddisfazione del servizio di assistenza				
	Rilevazione miglioramento condizioni di vita				
	Sulla base delle indicazioni inerenti l'attività svolta nel 2019 - 2020 individuazione di altre condizioni patologiche croniche idonee al modello assistenziale				
	Aggiornamento e definizione di nuove procedure assistenziali specifiche per altre patologie				

Individuazione e sperimentazione di nuovi strumenti, nuove tecnologie e metodologie assistenziali				
---	--	--	--	--

<b>DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO</b>				
Fase	Azioni	Breve descrizione dei contenuti	Indicatori di verifica	
13	1	Continuità assistenziale domiciliare dei pazienti con disordini di coscienza	Prosecuzione delle attività di assistenza domiciliare per persone con disordini di coscienza con diverse eziologie (tele monitoraggio, tele assistenza, tele consulto e visite periodiche di un equipe formata da medico, infermiere, terapeuta, oss) e soddisfazione delle esigenze assistenziali per come definito dai PAI approvati dalle UVM distrettuali	Rapporto su assistenza per soddisfazione del fabbisogno regionale
		Verifica procedure sviluppate nell'annualità 2019 - 2020 e sviluppo nuove procedure assistenziali	Analisi delle procedure sviluppate nel 2019 - 2020 attualmente utilizzate per questo setting assistenziale, 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	Analisi e revisione del modello organizzativo sviluppato nel 2019-2020 e proposta di nuovi asset assistenziali specifici per le diverse esigenze dei pazienti in carico	Analisi e revisione del modello organizzativo sperimentato nell'anno 2019 - 2020 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. Inoltre devono essere strutturati piani assistenziali individualizzati che consentano di variare, sempre nel limite massimo di ore di assistenza settimanali, gli accessi dei fisioterapisti o degli infermieri a seconda delle specifiche esigenze assistenziali.	Aggiornamento modello assistenziale
	3	Prosecuzione della sperimentazione del modello di tele riabilitazione per pazienti cerebrolesivi o con malattie neurodegenerative sviluppato nell'anno 2019 - 2020	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 cerebro lesioni o con malattie neurodegenerative. La sperimentazione avviata nel 2019 - 2020 ha portato risultati molto promettenti, pertanto nell'anno 2021 si vuole potenziare l'esperienza maturata sempre perseguendo l'obiettivo di validare a livello regionale un modello assistenziale.	Adempimento obiettivo ed aggiornamento modello assistenziale

	Consolidamento delle modalità di Remunerazione di prestazioni con sistemi innovativi nell'ambito della telemedicina (teleassistenza, tele riabilitazione) e proposta di tariffa per la teleriabilitazione	Studio e proposta della modalità di remunerazione dell'attività di tele riabilitazione.	Adempimento obiettivo
4	Aggiornamento, definizione e attuazione di nuovi programmi formativi per gli operatori coinvolti nell'assistenza (medici, infermieri, terapisti, caregiver)	Aggiornamento, definizione e attuazione di nuovi 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	Sulla base delle indicazioni inerenti l'attività svolta nel 2019 - 2020 individuazione di altre condizioni patologiche croniche idonee al modello assistenziale	Analisi e individuazione di situazioni di grave disabilità cronica che possano essere assistite in ospedalizzazione domiciliare attraverso il modello innovativo proposto nel 2019 - 2020, con relativa sperimentazione assistenziale su tutto il territorio Regionale.	Avvio sperimentazione e per altre patologie
	Aggiornamento e definizione di nuove 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, test di verifica e sperimentazione di strumenti tecnologici innovativi per il miglioramento del modello di assistenza proposto.	Adempimento obiettivo

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

<b>SCHEDA PROGETTO</b>		
<b>1</b>	<b>LINEA PROGETTUALE</b>	5. La tecnologia sanitaria come strumento di integrazione ospedale – territorio
	<b>TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO</b>	<p><b>Modelli di assistenza Ospedale-Territorio:</b></p> <p>5.1 Implementazione del modello assistenziale di telesalute integrata ospedale-territorio-domicilio e sperimentazione <i>della</i> tele riabilitazione per pazienti cerebrolesi o con malattie neurodegenerative</p> <p><b>5.2 Sperimentazione e implementazione di nuove tecnologie a supporto della presa in carico delle multicronicità anche in relazione all'emergenza Covid-19</b></p>
	<b>AREA DI INTERVENTO</b>	Territorio regionale

<b>2</b>	<b>RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO - MODALITÀ DI REPERIMENTO RISORSE</b>		
	Finanziamento	Riferimento (Delibera, atto ecc.)	Importo
	<i>Risorse vincolate degli obiettivi del PSN</i>	Accordo Stato/regioni n. 150 del 4 agosto 2021 – Intesa n. 153 del 4 agosto 2021	Progetto 1: € € 1.088.257,94 <b>Progetto 2: € 3.529.485,21</b> <b>Totale linea: € 4.617.743,15</b>
	<i>Eventuali Risorse regionali</i>		

<b>3</b>	<b>ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO 5.2 “Sperimentazione e implementazione di nuove tecnologie a supporto della presa in carico delle multicronicità anche in relazione all'emergenza Covid-19”</b>		
	<i>Tipologia di costi</i>	<i>Importo in euro</i>	<i>Note</i>
	Costi gestione e monitoraggio progetto	794.134,17	I <i>fondi</i> saranno suddivisi fra le 5 aziendesanitarie provinciali, <i>in maniera proporzionale</i> , in base alla popolazione residente.
	Costo gestione procedure	88.237,13	Asp Capofila: Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone
	Costi acquisizione beni e servizi	2.352.990,14	I <i>fondi</i> saranno suddivisi fra le 5 aziende sanitarie provinciali, <i>in maniera proporzionale</i> , in base alla popolazione residente di cui quota parte da destinare alla raccolta dati delle vaccinazioni antinfluenzali per pazienti cronici e fragili.

Costi per la formazione e comunicazione	294.123,77	<i>I fondi saranno suddivisi fra le 5 aziende sanitarie provinciali, in maniera proporzionale, in base alla popolazione residente</i>
<b>TOTALE</b>	<b>3.529.485,21</b>	

<i>Aziende</i>	<i>Costi gestione e monitoraggio progetto</i>	<i>Costo gestione procedure</i>	<i>Costi acquisizione beni e servizi</i>	<i>Costi per la formazione e comunicazione</i>	<i>totale</i>
Azienda sanitaria Provinciale Cosenza	€ 287.840,20		€ 852.859,85	€ 106.607,48	<b>€ 1.247.307,53</b>
Azienda sanitaria Provinciale di Crotone	€ 71.365,30	€ 88.237,13	€ 211.452,75	€ 26.431,60	<b>€ 397.486,78</b>
Azienda sanitaria Provinciale di Catanzaro	€ 146.138,59		€ 433.003,23	€ 54.125,40	<b>€ 633.267,22</b>
Azienda sanitaria Provinciale Vibo Valentia	€ 65.285,51		€ 193.438,55	€ 24.179,82	<b>€ 282.903,88</b>
Azienda sanitaria Provinciale di Reggio Calabria	€ 223.504,57		€ 662.235,76	€ 82.779,47	<b>€ 968.519,80</b>
<b>totale</b>	<b>€ 794.134,17</b>	<b>€ 88.237,13</b>	<b>€ 2.352.990,14</b>	<b>€ 294.123,77</b>	<b>€ 3.529.485,21</b>

<b>4</b>	<b>RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO 5.2</b> <b>“Sperimentazione e implementazione di nuove tecnologie a supporto della presa in carico delle multicronicità”</b>		
	<i>RISORSE NECESSARIE</i>	<i>N. RISORSE</i>	<i>NOTE</i>
	a) Disponibili	€ 3.529.485,21	Accordo Stato/regioni n. 150 del 4 agosto 2021 – Intesa n. 153 del 4 agosto 2021
	o Da acquisire		

5

**ANALISI DEL  
CONTESTO/  
SCENARIODI  
RIFERIMENTO**

La telemedicina è uno strumento che può essere utilizzato per implementare e rendere più efficiente la tradizionale attività sanitaria in quanto permette di collegare virtualmente setting assistenziali distanti tra loro.

La pandemia da SARS-CoV-2 ha evidenziato come sia importante monitorare anche con forme di teleassistenza, i casi contagiati e i decessi, avere a disposizione metodologie e strumentazioni di laboratorio per la diagnosi precose, per effettuare un appropriato monitoraggio dei malati. L'immediata disponibilità della teleassistenza, per i pazienti ricoverati a casa, in caso di emergenza globale, potrebbe facilitare non solo l'assistenza ma anche la riduzione dei contagi/contatti.

Andando oltre l'emergenza in corso, l'evoluzione in atto della dinamica demografica, con la conseguente modificazione dei bisogni di salute della popolazione, con una quota crescente di anziani e patologie croniche, rende necessario un "ridisegno" strutturale ed organizzativo della rete dei servizi, soprattutto nell'ottica di rafforzare l'ambito territoriale di assistenza. A tal proposito la Regione Calabria ha approvato la nuova rete territoriale regionale, tenendo in considerazione tutti questi aspetti demografici che di fatto esprimono esigenze differenziate rispetto a qualunque altro territorio nazionale. 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

Con DCA n°93 del 18.06.2019, è stato recepito il Piano Nazionale della 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"

Inoltre con DCA 79 del 18 maggio 2021 ha recepito integralmente l'Accordo Stato-Regioni Rep. Atti n. 215/CSR del 17/12/2020 sul documento recante "Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina".

Dal 2019 la Regione Calabria, con le risorse individuate dagli Obiettivi di Piano Sanitario Nazionale, ha l'obiettivo di creare un modello di presa in carico innovativo, con particolare riferimento ai pazienti cronici e multicronici, estendibile a regime a tutti i pazienti.

L'idea di fondo è quella di stratificare la popolazione in base al rischio ed alla necessità, anche potenziale, di ricevere delle cure di diversa intensità.

Questa attività, prevalentemente svolta attraverso le azioni della linea progettuale 1 dal 2019 ad oggi, consente di individuare i pazienti e collocarli nel corretto setting assistenziale. La stratificazione della popolazione avviene attraverso un processo complesso che tiene in considerazione i dati epidemiologici, i dati demografici ed i dati sanitari che dimostrano l'effettivo consumo di salute. Identificare univocamente il paziente consente, seguendo PDTA definiti, di prendere in carico il paziente in base alle reali esigenze di salute. La diagnosi precoce, la tempestiva terapia e la giusta assistenza consente al paziente di affrontare le patologie tra le mura domestiche o comunque nel luogo più prossimo all'abitazione. Inoltre consente alle varie strutture sanitarie di erogare cure appropriate nel rispetto al ruolo esercitato all'interno del SSR.

Il modello di presa in carico del paziente deve consentire ai sanitari di effettuare valutazioni multidisciplinari, anche in remoto, e seguire il paziente in ogni fase della patologia con adeguata risposta assistenziale.

Infine il modello in via di definizione ha l'obiettivo di essere riferimento unico regionale per la telemedicina. Deve creare un network di tutte le iniziative in essere.

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.

	<p>Le modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie e socio- sanitarie svolgono un ruolo fondamentale, insieme alle tecniche assicurate dalla telemedicina. Tutto ciò contribuisce a garantire:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) equità nell'accesso alle cure nei territori remoti; <ul style="list-style-type: none"> <li>• un supporto alla gestione delle cronicità;</li> <li>• un canale di accesso all'alta specializzazione;</li> <li>• una migliore continuità della cura attraverso il confronto multidisciplinare;</li> <li>• un fondamentale ausilio per i servizi di emergenza-urgenza.</li> </ul> </li> </ul> <p>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.</p> <p>Sulla base di questi principi di carattere generale, attraverso questo progetto, si <i>vogliono</i> 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. <i>In soggetti fragili</i> la comparsa di sintomi da COVID-19, anche lievi o moderati, deve determinare una risposta sanitaria quanto mai celere e mirata, per cercare di prevenire il possibile aggravamento complessivo del quadro clinico oppure per limitare eventuali difficoltà che insistano negativamente sulla situazione dell'individuo. In questo senso, durante tutto il periodo dell'emergenza sanitaria per COVID-19, è prudente erogare i servizi in telemedicina, per quanto oggettivamente possibile, a tutte le persone che rientrano in questa situazione.</p> <p>Per queste persone le esigenze principali che si possono soddisfare a distanza sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• la verifica quotidiana della comparsa ed eventualmente dell'evoluzione dei sintomi legati a COVID-19,</li> <li>• la sorveglianza personalizzata delle condizioni cliniche di base, per tutto il periodo necessario;</li> <li>• l'erogazione di controlli specialistici attraverso videochiamate, eventualmente eseguendo in tal modo anche quelli già programmati prima dell'inizio del periodo di isolamento;</li> </ul> <p>Occorre precisare, riguardo alla sorveglianza personalizzata del quadro clinico in queste persone, che la scelta dei segni e sintomi da tenere sotto controllo può essere organizzata in schede digitalizzate precostituite, in modo idoneo a seconda delle patologie prese in carico e avendo cura di lasciare al medico sempre la possibilità di modificarle. Si rende opportuno creare una serie di format da integrare nelle piattaforme di raccolta dati e nei gestionali dei MMG e degli specialisti.</p> <p>Per l'espletamento di procedure di gara centralizzate, si individua, a seguito di una analisi di contesto, tenendo conto delle dimensioni aziendali e per la esperienza nel campo della telemedicina, l'azienda sanitaria provinciale di Crotone.</p>
--	---

<b>6</b>	<b>DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO</b>	Data inizio prevista	Data termine prevista	Possibile ulteriore proseguimento per anno successivo
		1.1.2021	31.12.2021	31.12.2022

7	<b>OBIETTIVO GENERALE</b>	<p>Definire una strategia regionale di implementazione della telemedicina quale strumento essenziale per il potenziamento dell'intero sistema territoriale e quale strumento di integrazione ospedale-territorio.</p> <p>Approvare nuovi modelli assistenziali con il supporto delle nuove tecnologie per la presa in carico globale del paziente con multicronicità anche nella logica di prevenzione e tutela per le fragilità rispetto alla emergenza sanitaria Covid-19.</p>
8	<b>OBIETTIVI SPECIFICI</b>	<p>1° Obiettivo: Recepire "Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina;</p> <p>2° Obiettivo: Aggiornare la mappatura di tutte le attività erogabili attraverso l'utilizzo della telemedicina da implementare nei diversi contesti assistenziali.</p> <p>3° Obiettivo: Aggiornare e definire nuove procedure assistenziali condivise ed integrazione <i>dei</i> registri unici regionali per patologia, disabilità, epidemie, tenendo conto delle pratiche della telemedicina, anche in considerazione delle attività sviluppate negli anni 2019-2020 anche in considerazione dell'emergenza pandemica;</p> <p>4° Obiettivo: Progettare e realizzare nuove soluzioni tecnologiche innovative per la gestione delle procedure assistenziali individuate che consentono di gestire le richieste di presa in carico con profili differenziati per pazienti ed operatori, con soluzioni sovra aziendali che consentano l'integrazione con i sistemi già presenti nelle diverse realtà.</p> <p>5° Obiettivo: Verificare lo stato di attuazione del programma di adeguamento dei sistemi informativi predisposti nell'ambito della linea di intervento sulla multicronicità negli anni 2019-2020, integrando eventuali carenze, e strutturare meccanismi di centralizzazione delle informazioni a livello delle singole ASP e della Regione per il monitoraggio attraverso una piattaforma regionale.</p> <p>6° Obiettivo: Verificare i percorsi formativi messi a punto nel 2019 e strutturare nuovi percorsi innovativi, connessi alle nuove tecnologie sanitarie, anche in considerazione della emergenza pandemica per la diffusione del Covid_19</p> <p>7° Obiettivo: Continuare nell'opera di intensificazione dei rapporti di collaborazione tra i vari professionisti che operano sul territorio (MMG, MCA, UCCP e AFT) attraverso l'uso della telemedicina in prosecuzione a quanto realizzato negli anni 2019-2020</p> <p>8° Obiettivo: Implementare in funzione della pandemia Covid 19 i sistemi e le azioni per la raccolta dati delle vaccinazioni antinfluenzali per pazienti cronici e fragili.</p>

<b>RISULTATI ATTESI</b>	
9	<p><i>A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati dal progetto</i></p> <p>Il sistema che si intende realizzare con la presente attività progettuale, mira a portare innovazione all'intero sistema assistenziale. La diffusione della metodica della telemedicina e la centralizzazione delle informazioni porterà ad uniformare i servizi e al contempo, avendo dati aggregati, ad individuare precocemente eventuali eventi sentinella di interesse sanitario collettivo. Per fare ciò risulta strategica l'individuazione di una task force regionale, con comprovata esperienza pratica e scientifica, con il compito di studiare e attuare l'implementazione della telemedicina come strumento di erogazione di servizi essenziali. Le nuove tecnologie, così implementate all'interno del sistema assistenziale, supporteranno l'attività attualmente erogata 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>

<p><i>A lungo periodo, a cui tendere, non direttamente raggiungibili al termine del progetto</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diffondere e standardizzare modelli di cura alternativi all'ospedalizzazione, quale l'assistenza ai multi cronici e l'assistenza domiciliare, favorendo una gestione integrata del paziente entro una rete orizzontale che colleghi l'ospedale al territorio.</li> <li>- 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.</li> <li>- 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.</li> <li>- attivare percorsi clinico-assistenziali continui e integrati per la gestione dei malati multicronici per il monitoraggio dello stato di salute e dell'aderenza terapeutica, riducendo le riacutizzazioni e le ospedalizzazioni, con conseguenti vantaggi in termini di economie di scala sui costi della sanità pubblica</li> <li>- mettere in contatto pazienti con le competenze specialistiche attraverso i sistemi di televisita e teleconsulto, realizzando una sorta di "ricovero virtuale" a domicilio del paziente con la partecipazione attiva degli MMG.</li> <li>- valorizzare la medicina d'iniziativa erogata dalle aggregazioni mediche territoriali (UCCP e AFT) attraverso le dotazioni tecnologiche e i modelli organizzativi innovativi.</li> <li>- minimizzare gli spostamenti, massimizzando, al contempo, il trasferimento delle informazioni in un circolo virtuoso della "logistica delle informazioni" mettendo la tecnologia al servizio della medicina.</li> <li>- Incrementare l'assistenza a domicilio spiccatamente supportata dalla tecnologia che, specie per le forme di cronicità, sia alternativa ai ricoveri ospedalieri inappropriati e che sia una forma assistenziale parimenti qualitativa, 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.</li> <li>- Rendere condivisi i 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, per ottenere miglioramenti del quadro funzionale del paziente e nel ridurre le ospedalizzazioni, con effetti favorevoli sulle spese sanitarie</li> <li>- creare reti e strumenti di condivisione delle informazioni e delle buone pratiche a livello nazionale e internazionale</li> <li>- Acquisizione nuovi strumenti e software di telemedicina e teleconsulto</li> </ul>
--	---

<b>11</b>	<b>PUNTI DI FORZA</b>	
	<i>Indicare i punti di forza</i>	<i>Indicare le strategie/azioni per l'implementazione</i>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Stesura di procedure condivise a vari livelli (regione, asp, Ao)</li> <li>- Individuazione di modelli assistenziali per diverse intensità di cura con l'utilizzodella telemedicina</li> <li>- Diffusione di modelli assistenziali</li> <li>- Implementazione e diffusione di nuove tecnologie e metodiche assistenziali</li> <li>- Data base unici regionali</li> <li>- Attivazione di centrali di monitoraggio per asp e regionale</li> <li>- Continuità con la linea progettuale sulla presa in carico delle multicronicità</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recepire linee guida nazionali telemedicina</li> <li>- Creazioni di gruppi di lavoro a vari livelli</li> <li>- Stratificazione della popolazione ed appropriatezza delle risposte assistenziali</li> <li>- Coinvolgimento attivo di tutte le professionalità chepartecipano al processo/percorso</li> <li>- Implementazione di strumenti per l'acquisizione deidati</li> <li>- Progettazione e realizzazione di strumenti innovativiper la gestione e la presa in carico del paziente</li> </ul>

<b>12</b>	<b>PUNTI DI DEBOLEZZA</b>	
	<i>Indicare i punti di debolezza</i>	<i>Indicare le strategie/azioni per la riduzione</i>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Necessità di far fronte alla emergenza della pandemia da SARS-CoV-19</li> <li>- Difficoltà connesse ai cambiamenti organizzativi</li> <li>- Problematiche connesse alla disponibilità di personale</li> <li>- Assenza di leve dirette per incentivare l'adesione degli operatori al programma</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Costante e periodica attività formativa di tutti gli operatori coinvolti nel processo assistenziale</li> </ul>
---	---

<b>DIAGRAMMA DI GANT</b>					
	<i>Descrizioni delle azioni relative a ogni fase</i>	<i>Mesi</i>			
		1-2-3	4-5-6	7-8-9	10-11-12
<b>13</b>	Costituzione di gruppi di lavoro aziendali per la diffusione e il governo della telemedicina				
	Identificazione di tutte le attività sanitarie erogabili attraverso strumenti di telemedicina				
	Verifica e aggiornamento del registro unico regionale sulle buone pratiche nell'ambito della telemedicina				
	Aggiornamento e definizione di nuove procedure e Modelli assistenziali con definizione e Implementazione di soluzioni tecnologiche innovative				
	Recepimento Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina				
	Verifica dello stato di attuazione del programma di adeguamento dei sistemi informativi				
	Individuazione di nuovi strumenti per la formazione sulla base delle attività sviluppate nel 2019-2020 e applicazione nelle diverse realtà aziendali				
	Verifica ed integrazione e sviluppo di nuovi strumenti informatici legati alla presa in carico delle Multicronicità in considerazione delle attività sviluppate nell'anno 2019 -2020				
	Acquisizione e/o realizzazione di nuovi strumenti Informatici legati alla presa in carico delle multicronicità				
	Implementare in funzione della pandemia Covid 19i sistemi e le azioni per la raccolta dati delle vaccinazioni antinfluenzali per pazienti cronici e fragili.				
	Attivazione di centrali di monitoraggio nelle asp e centrale di monitoraggio regionale				

DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO				
Fase	Azioni	Breve descrizione dei contenuti	Indicatori di verifica	
14	1	Formalizzazione gruppi di lavoro aziendali	La esigenza assistenziale in seguito alla emergenza sanitaria impone scelte rapide che portino soluzioni di facile e veloce implementazione. Pertanto si ritiene opportuno la formalizzazione di una task force regionale che abbia il compito di individuare e governare la implementazione della metodica della telemedicina uniformemente su tutto il territorio regionale e che sia interfacciata con i tavoli ministeriali e i settori specifici dell'ISS	Relazione aziendale Si/No
	2	Aggiornamento registro unico delle best practice nell'ambito telemedicina	Nell'ambito dei gruppi su individuati, proseguirà l'attività di censimento che aggiornerà il registro unico regionale sulle buone pratiche, nell'ambito della telemedicina, che servirà per l'individuazione di modelli assistenziali regionali da applicare per le diverse intensità assistenziali <i>rilevate</i> , riconducibili alla stratificazione delle patologie, definita nell'ambito dell'attività progettuale sulla multicronicità	Relazione aziendale Si/No
		Aggiornamento e definizione di nuove procedure e modelli assistenziali con definizione e implementazione di soluzioni tecnologiche innovative	Aggiornare e definire nuove procedure assistenziali condivise e integrazione con i registri regionali per patologia, disabilità, epidemie, <i>tenendo</i> conto delle pratiche della telemedicina, anche in considerazione delle attività sviluppate nell'anno 2019 - 2020. <i>Definizione</i> ed implementazione di soluzioni tecnologiche innovative	Atti di formalizzazione presso le Aziende SI/NO
		Verifica dello stato di attuazione del programma di adeguamento dei sistemi informativi	Verificare lo stato di attuazione del programma di adeguamento dei sistemi informativi, predisposti nell'ambito della linea di intervento sulla multicronicità negli anni 2019 e nella nuova annualità 2020, integrando eventuali carenze. Strutturare meccanismi di centralizzazione delle informazioni a livello ASP e Regione per <i>favorire</i> il monitoraggio.	Relazioni Aziendali SI/NO
	3	Individuazione di nuovi strumenti per la formazione sulla base delle attività sviluppate nel 2019-2020	Verificare i percorsi formativi messi a punto nel 2019-2020 e strutturare nuovi percorsi formativi innovativi, connessi all'utilizzo delle nuove tecnologie sanitarie, anche in considerazione alla emergenza pandemica per la diffusione del Covid_19	Relazioni Aziendali SI/NO

4	Verifica e nuova progettazione/adeguamento e realizzazione dei sistemi informativi, comprensiva dei sistemi di raccolta dati. Acquisizione e/o realizzazione di nuovi strumenti informatici legati alla presa in carico delle multicronicità	Predisposizione atti per l'adeguamento dei sistemi	Atti di formalizzazione presso le Aziende
5	Approvazione progetto "E-Health care- rete assistenziali per la telemedicina e la gestione integrata delle persone fragili affette da patologie croniche nella regione Calabria"	Approvazione proposta da parte delle aziende per il modello di stratificazione e presa in carico dei pazienti cronici e multicronicità	Atti di formalizzazione presso le Aziende

15	<b>TRASFERIBILITA'</b>	
	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