

ALLEGATO come parte integrante alla deliberazione n. **438** del **30 GIU 2016**
IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
Fabrizio Bernardini
M. Sudaile April



REGIONE ABRUZZO



ALLEGATO A

Progetto pilota per l'Ottimizzazione dell'Assistenza sanitaria nelle Isole minori e località caratterizzate da difficoltà di accesso (Rep. Atti 146/CSR del 30/07/2015)

PROGETTO REGIONALE

Sistema Informativo Sociale e Sanitario Territoriale (SISST) della Regione Abruzzo per le Aree Interne

Relazione di accompagnamento

Il Progetto regionale in intestazione si inserisce nell'ambito dell'assistenza sanitaria territoriale, quale ulteriore impulso all'integrazione fra prevenzione, assistenza territoriale ed assistenza ospedaliera supportato da sistemi di informatizzazione e di telemedicina.

Tali sistemi sono già previsti in due specifici interventi recentemente approvati con le Deliberazioni di Giunta Regionale n. 176 e n. 178 del 22/03/2016, rispettivamente rivolti agli anziani over 65 assistiti in ADI, ed ai pazienti in situazione di cronicità e/o fragilità che non usufruiscono di altre forme di assistenza residenziale, semiresidenziale e/o ADI.

Con il presente Progetto si vuole addivenire all'implementazione di un apposito sistema informatico e telematico di gestione dei pazienti fragili e/o affetti da patologie cronico-degenerative, residenti nelle quattro Aree "Basso Sangro-Trigno", "Val Fino-Vestina", "Valle del Giovenco-Roveto" e "ValleSubequana-Gran Sasso", come individuate con la Deliberazione di Giunta Regionale n. 290 del 14/04/2015 nell'ambito della Strategia nazionale Aree Interne.

I percorsi assistenziali di riferimento sono quelli di cui al documento "*Linee di indirizzo per la rete delle cure primarie*", curato dall'Agenzia Sanitaria Regionale ASR Abruzzo ed in fase di approvazione. Qui la principale innovazione è racchiusa nel *concetto di Fragilità assistenziale*, che definisce l'oggetto dell'attività proattiva in una dimensione non solo medica e patologia-centrica, ma anche di approccio bio-psico-sociale; la scelta strategica di fondo è quella di avviare la trasformazione del modello di erogazione dell'assistenza sanitaria e sociale territoriale, dal paradigma dell'offerta dietro domanda a quello della offerta attiva con un approccio di sanità pubblica.

Ciò necessita di un sistema informativo capace di captare gli aspetti misurabili del paziente nelle dimensioni sociali, psicologiche, dell'ambiente di vita e coping; inoltre è necessario dotarsi di un sistema di rilevazione dei bisogni prima che gli stessi si manifestino, facendo uso di un modello epidemiologico predittivo in grado di identificare il rischio di fragilità dei singoli individui.



REGIONE ABRUZZO



La sanità di iniziativa, intesa come modello assistenziale per la presa in carico, costituisce nell'ambito delle malattie croniche un nuovo approccio organizzativo, che affida alle cure primarie l'ambizioso compito di programmare e di coordinare gli interventi a favore dei malati cronici. Il modello operativo prescelto, il Chronic Care Model, è basato sulla interazione tra il paziente, reso esperto da opportuni interventi di formazione e di addestramento, ed il team multiprofessionale composto da operatori socio sanitari, infermieri e MMG.

Le evidenze scientifiche dimostrano che i malati cronici, quando ricevono un trattamento integrato e un supporto al self-management e al follow up, migliorano nelle condizioni cliniche e ricorrono meno frequentemente alle cure ospedaliere.

Si riporta di seguito l'analisi epidemiologica, a supporto della scelta progettuale.

Principali indicatori delle quattro Aree Interne della Regione Abruzzo a confronto con gli altri Comuni regionali e italiani

Indicatore	Basso Sangro-Trigno	Val Fino-Vestina	Valle Rovereto	Valle Subequana	Abruzzo Aree Interne	ITALIA Aree Interne	Abruzzo	ITALIA
Numero comuni	33	19	12	24	88	4.185	305	8.092
Popolazione residente al 2011	22.568	26.680	24.259	9.358	82.865	13.328.750	1.307.309	59.433.744
% Comuni in Aree Periferiche e ultraperiferiche	100%	42%	8%	58%	64%	44%	38%	23%
% Popolazione di età 65+ al 2011	32,0	26,3	23,8	32,5	23,4	21,2	21,7	20,8
Numero imprese per 1000 ab.	95,2	129,1	84,2	106,2	113,9	102,6	113,8	101,6
% di popolazione non raggiunta da banda larga	36,7	27,4	14,7	36,4	14,4	8,8	7,1	3,5
Tasso di ricettività - Posti letto per 1000 abitanti	70,2	49,7	35,9	95,0	89,4	163,8	85,3	79,8
Tasso di ospedalizzazione della popolazione ultra 75enne	370,3	418,3	336,5	366,0	359,1	391,4	385,5	381,7
Tasso di ospedalizzazione evitabile (composito) (LEA=570,0)	726,6	798,3	616,4	719,4	588,7	583,9	599,2	544,0
Tempo (in minuti) che intercorre tra l'inizio della chiamata telefonica alla Centrale Operativa e l'arrivo del primo mezzo di soccorso sul posto. (Intervallo Allarme - Target)	46,0	32,0	34,0	39,0	28,0	21,0	22,0	16,0
Distanza media in minuti dal polo più vicino	77,4	36,7	27,3	37,4	32,4	37,3	28,5	20,7
% pluriclassi su totale classi	32,7	19,4	5,2	82,4	9,5	5,8	4,2	2,1



REGIONE ABRUZZO



**Mortalità (casi x 100) per classi di età della popolazione
abruzzese per anno**

Maschi	2009	2010	2011
0-14	6,13	4,01	3,16
15-24	7,66	6,49	4,64
25-34	7,72	6,15	5,43
35-44	12,06	10,4	13,08
45-54	29,65	27,59	25,78
55-64	73,23	70,04	70,85
65-74	189,76	190,7	180,56
75+	801,97	805,68	828,56
Totale Casi	6970	6989	7094
Casi x 1000 totale	107,31	107,44	110,37

Mortalità (casi x 100) per classi di età della popolazione

Femmine	2009	2010	2011
0-14	3,78	3,18	2,63
15-24	5,6	1,34	1,99
25-34	3,91	1,64	3,05
35-44	6,06	6,38	6,46
45-54	16,48	16,29	16,6
55-64	35,99	34,37	34,72
65-74	94,46	89,26	91,64
75+	643,94	633,91	627,71
Totale Casi	7105	6976	7014
Casi x 1000 totale	103,82	101,91	103,00

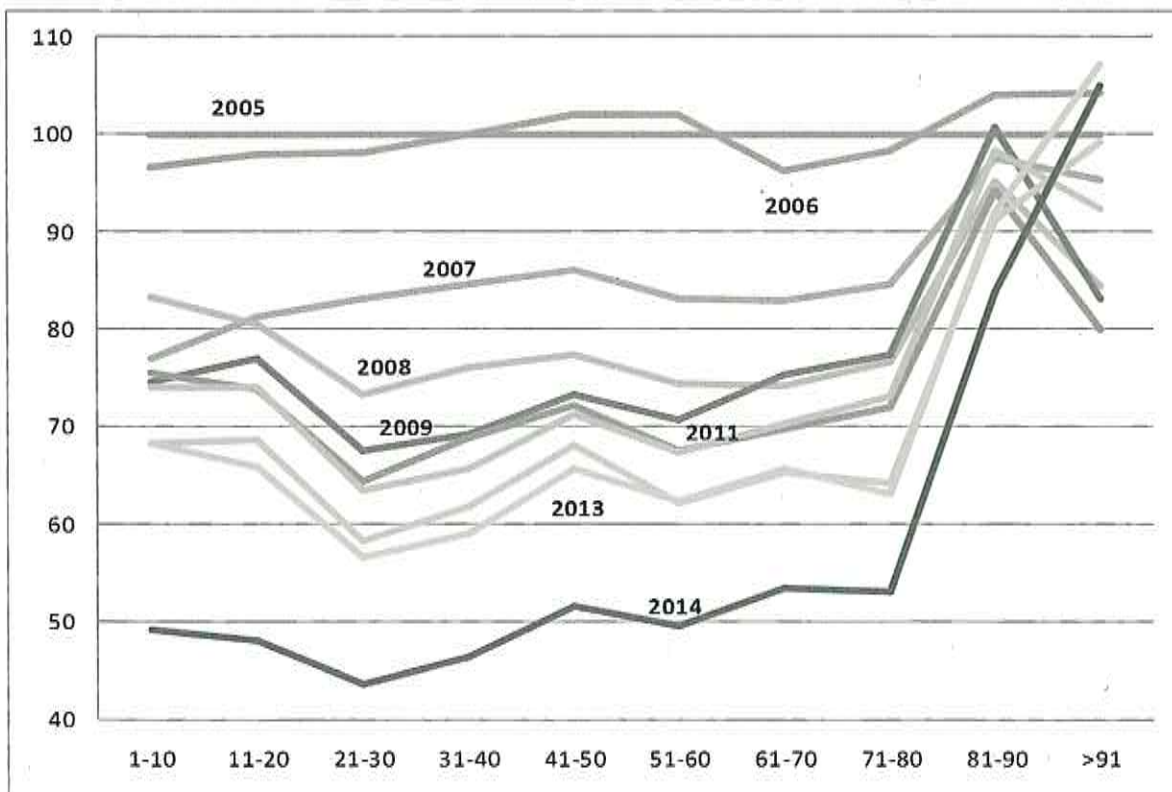


REGIONE ABRUZZO



Tasso annuo di mortalità per causa Regione Abruzzo			
Anni	2009	2010	2011
Tasso mortalità std tumori maligni stomaco M	1,83	1,9	1,93
Tasso mortalità std tumori maligni stomaco F	0,9	0,89	1,15
Tasso mortalità std tumori maligni trachea,bronchi,polmoni M	7,06	7,35	6,68
Tasso mortalità std tumori maligni trachea,bronchi,polmoni F	1,05	1,47	1,3
Tasso mortalità std tumori maligni mammella F	2,45	2,73	2,45
Tasso mortalità std diabete mellito M	3,27	3,12	3,24
Tasso mortalità std diabete mellito F	2,52	2,73	2,94
Tasso mortalità std malattie ischemiche cuore M	15,02	14,28	15,23
Tasso mortalità std malattie ischemiche cuore F	8,45	8,07	8,33
Tasso mortalità std malattie polmonari croniche ostruttive M	5,39	4,98	5,31
Tasso mortalità std malattie polmonari croniche ostruttive F	1,53	1,37	1,48

Ospedalizzazione Regione Abruzzo – 3 milioni di ricoveri ospedalieri dal 2005 al 2014 per classi di età (2005=100)

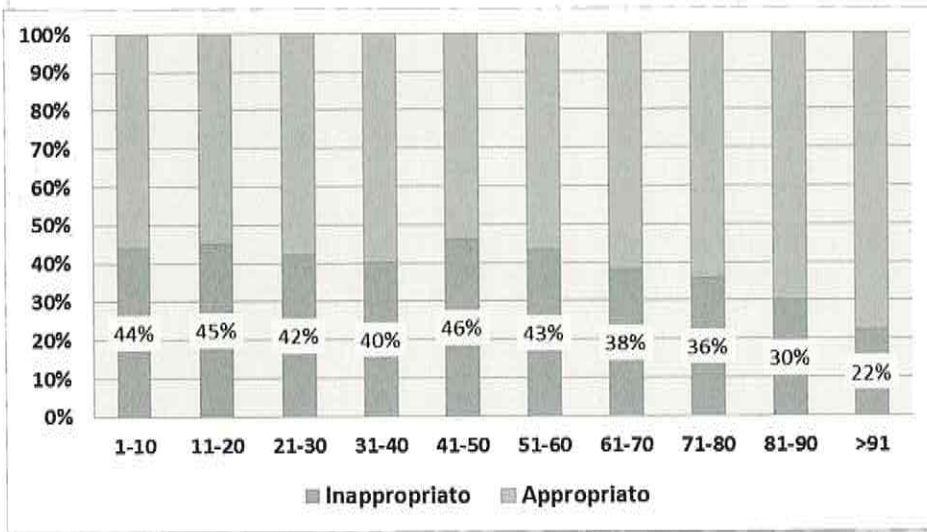




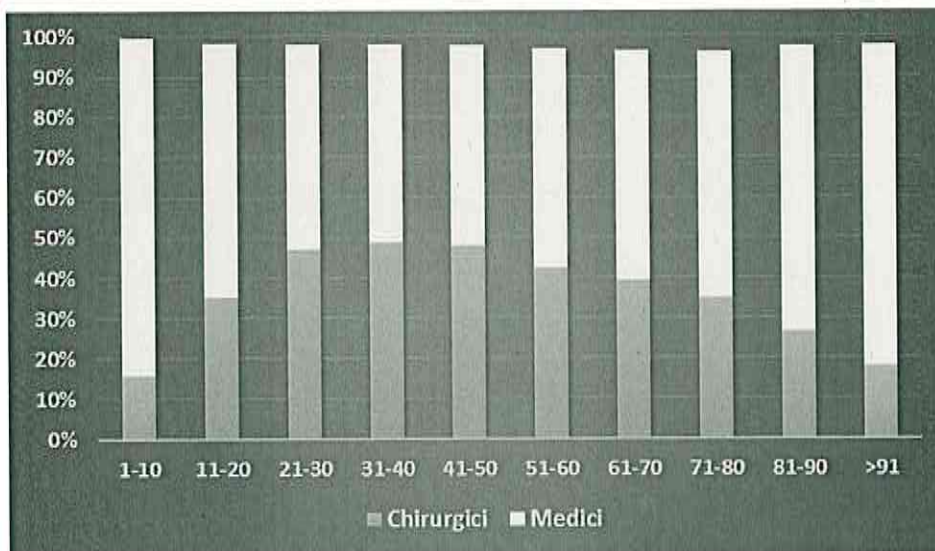
REGIONE ABRUZZO



Percentuale Ricoveri potenzialmente non appropriati per classi di età



Percentuale Ricoveri medici e chirurgici per classi di età

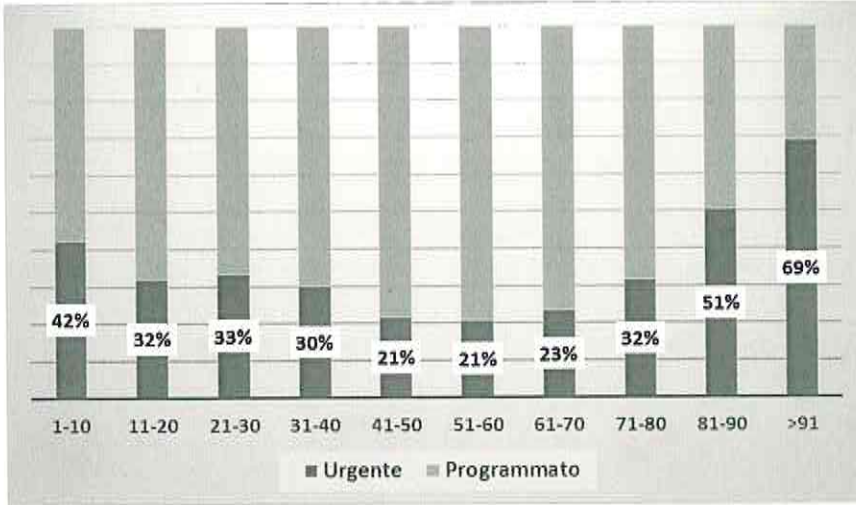




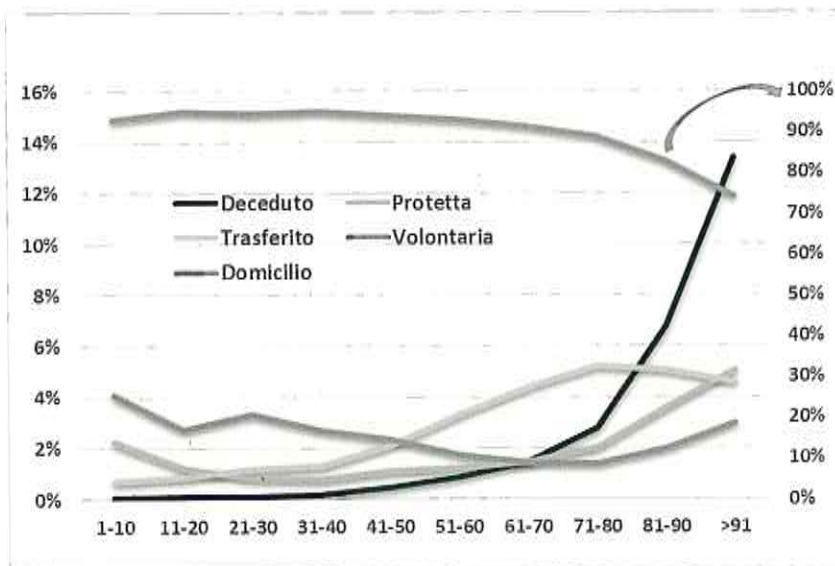
REGIONE ABRUZZO



Percentuale Ricoveri urgenti e programmati per classi di età



Modalità di dimissione ospedaliera per classi di età

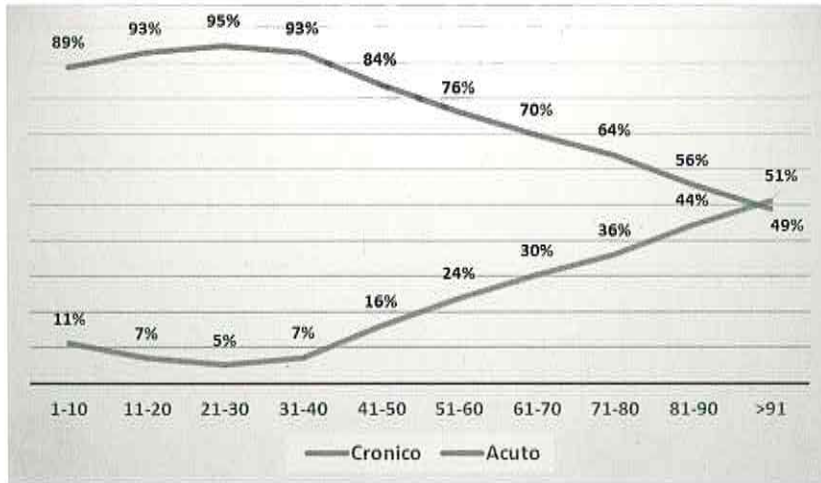




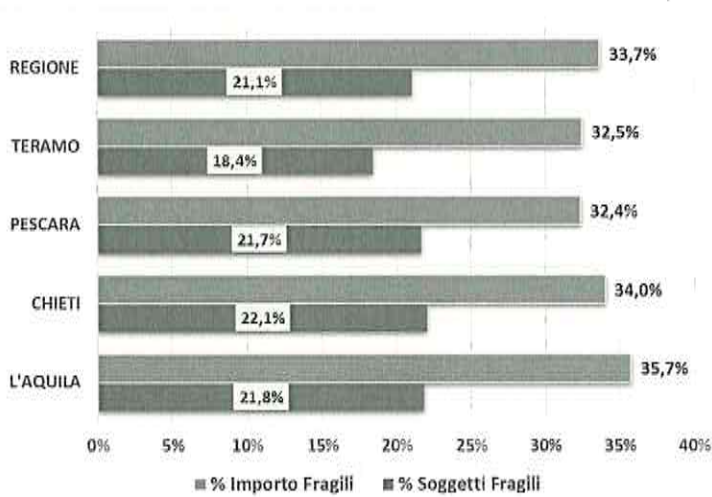
REGIONE ABRUZZO



Ricoveri per patologie croniche e acute per classi di età



Percentuale dei soggetti fragili ricoverati e del relativo importo per Provincia di residenza

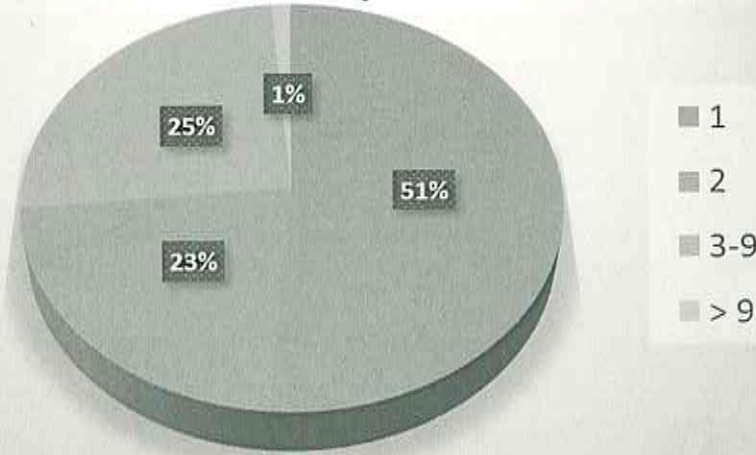




REGIONE ABRUZZO



Numero di ricoveri ripetuti in 10 anni



Casistica dei ricoveri per il triennio 2009-2011

Tutta la casistica residenti ABRUZZESI (produzione abruzzese+mobilità passiva) - per causa (DRG)

Fonte dati: flusso ASDO da ASL e File A mobilità passiva al primo invio dalle Regioni.

DRG	Ordine	DESCRIZIONE	anno 2009	%	x1000	anno 2010	%	x1000	anno 2011	%	x1000	TOTALE	%	x1000
070	1	Otitis media e infezioni alte vie respiratorie, età < 18 anni	1552	3%	1,2	1013	2%	0,8	909	2%	0,7	3474	2%	0,9
391	2	Neonato normale	5902	10%	4,4	7643	14%	5,7	7935	15%	5,9	21480	13%	5,3
134	3	Iperensione	1156	2%	0,9	951	2%	0,7	967	2%	0,7	3074	2%	0,8
410	4	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	7780	13%	5,8	6570	12%	4,9	6651	12%	5,0	21001	13%	5,2
039	5	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	11474	19%	8,6	7361	14%	5,5	9167	17%	6,8	28002	17%	7,0
183	6	Esofagite, gastroenterite e miscelanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	2805	5%	2,1	2488	5%	1,9	2197	4%	1,6	7490	4%	1,9
383	7	Altre diagnosi preparto con complicazioni mediche	359	1%	0,3	351	1%	0,3	336	1%	0,3	1046	1%	0,3
373	8	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	5928	10%	4,4	6015	11%	4,5	6000	11%	4,5	17943	11%	4,5
371	9	Parto cesareo senza CC	4262	7%	3,2	4476	8%	3,3	4035	7%	3,0	12773	8%	3,2
301	10	Malattie endocrine senza CC	1623	3%	1,2	1303	2%	1,0	1157	2%	0,9	4083	2%	1,0
369	11	Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	2040	3%	1,5	1161	2%	0,9	1056	2%	0,8	4257	3%	1,1
127	12	Insufficienza cardiaca e shock	6776	11%	5,1	7197	13%	5,4	7259	13%	5,4	21232	13%	5,3
381	13	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	4435	7%	3,3	4264	8%	3,2	4120	8%	3,1	12819	8%	3,2
088	14	Malattia polmonare cronica ostruttiva	2373	4%	1,8	1257	2%	0,9	1222	2%	0,9	4852	3%	1,2
294	15	Diabete, età > 35 anni	625	1%	0,5	560	1%	0,4	501	1%	0,4	1686	1%	0,4
015	16	Malattie cerebrovascolari acute specifiche e occlusione precerebrale senza infarto	1046	2%	0,8	914	2%	0,7	791	1%	0,6	2751	2%	0,7
		TOTALE	60136	100%	45,1	53524	100%	40,0	54303	100%	40,5	167963	100%	41,8



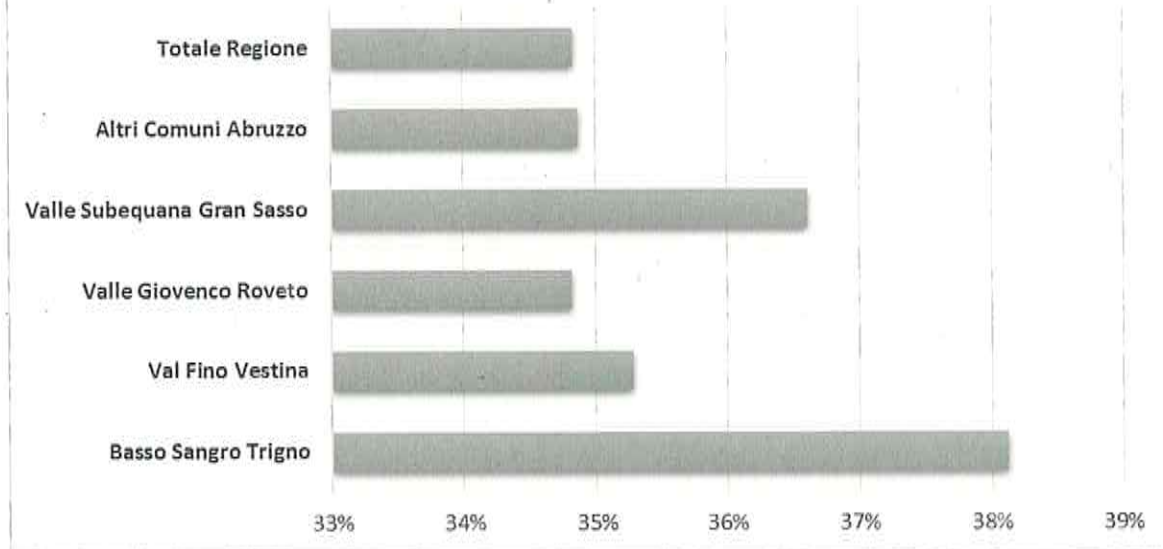
REGIONE ABRUZZO



Ricoveri ospedalieri dal 2006 al 2014 per i residenti nei Comuni delle Aree Interne Regione Abruzzo

Aree Interne	Ricoveri	Popolazione	Tasso annuo (x 1000)	Importo Ospedale pro-residente/anno
Basso Sangro Trigno	40.872	21.602	210,23	€ 561,51
Val Fino Vestina	47.377	26.052	202,06	€ 542,90
Valle Giovenco Roveto	40.128	23.863	186,84	€ 498,77
Valle Subequana Gran Sasso	16.823	9.131	204,71	€ 569,49
Altri Comuni Abruzzo	1.903.883	1.250.926	169,11	€ 436,72
Totale Regione	2.039.083	1.331.574	170,15	€ 441,18

% potenzialmente inappropriati

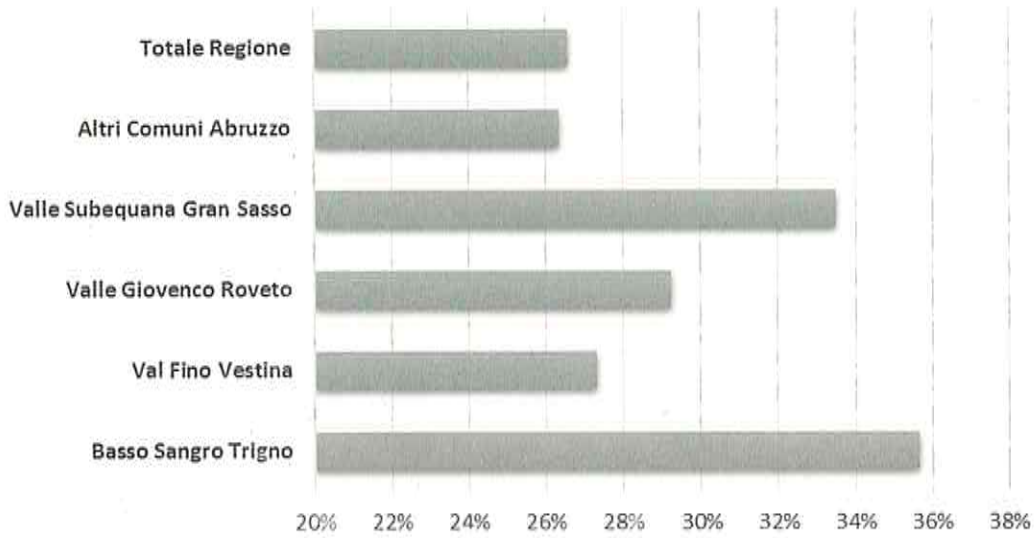




REGIONE ABRUZZO



% ricoveri per patologie croniche





REGIONE ABRUZZO



Distribuzione per età del numero di prescrizioni farmaceutiche

	Numero prescrizioni				Percentuale delle prescrizioni per classe di età		
	2010	2011	2012	TOTALE	2010	2011	2012
<3 ricette							
0<1 anni di età	4.754	4.668	4.527	13.949	35,6%	34,6%	39,6%
1-4	20.831	21.313	22.449	64.593	12,5%	10,8%	15,5%
5-14	55.441	57.938	55.343	168.722	22,2%	23,9%	26,9%
15-44	208.600	217.932	206.125	632.657	12,8%	13,6%	13,6%
45-64	87.757	98.845	96.119	282.721	2,2%	2,4%	2,3%
65-74	11.334	15.876	14.260	41.470	0,3%	0,5%	0,4%
75+	7.674	15.412	12.035	35.121	0,2%	0,3%	0,2%
3-5							
0<1 anni di età	4.929	4.950	4.269	14.148	36,9%	36,6%	37,4%
1-4	51.557	52.531	50.047	154.135	31,0%	26,7%	34,6%
5-14	78.513	77.489	65.542	221.544	31,4%	32,0%	31,9%
15-44	318.215	315.618	283.923	917.756	19,6%	19,7%	18,7%
45-64	200.399	200.598	194.090	595.087	5,1%	4,9%	4,6%
65-74	36.195	36.608	34.485	107.288	1,1%	1,0%	0,9%
75+	27.274	29.195	27.088	83.557	0,5%	0,5%	0,5%
6-10							
0<1 anni di età	2.552	2.509	1.907	6.968	19,1%	18,6%	16,7%
1-4	58.064	48.165	48.301	154.530	34,9%	24,4%	33,4%
5-14	62.568	50.723	45.695	158.986	25,0%	20,9%	22,2%
15-44	360.171	291.480	312.411	964.062	22,1%	18,2%	20,6%
45-64	439.376	344.425	397.254	1.181.055	11,2%	8,4%	9,4%
65-74	124.095	91.980	109.869	325.944	3,8%	2,6%	3,0%
75+	105.114	75.217	91.169	271.500	2,1%	1,4%	1,6%
>10							
0<1 anni di età	1.108	1.383	726	3.217	8,3%	10,2%	6,4%
1-4	35.979	75.058	23.904	134.941	21,6%	38,1%	16,5%
5-14	53.342	56.166	38.799	148.307	21,3%	23,2%	18,9%
15-44	740.273	780.149	715.024	2.235.446	45,5%	48,6%	47,1%
45-64	3.210.527	3.462.516	3.551.159	10.224.202	81,5%	84,3%	83,8%
65-74	3.123.419	3.363.025	3.537.660	10.024.104	94,8%	95,9%	95,7%
75+	4.966.391	5.312.206	5.591.536	15.870.133	97,3%	97,8%	97,7%
TOTALE	14.396.452	15.103.975	15.535.716	45.036.143	100%	100%	100%



REGIONE ABRUZZO



Percentuale dei soggetti vaccinati sul totale dei soggetti da vaccinare											
Vaccino	Nascita	3° mese	5° mese	6° mese	11° mese	13° mese	15° mese	5-6 anni	11-18 anni	> 65 anni	Ogni 10 anni
Difterite-Tetano-Pertosse		95,7%	95,7%		95,7%			87,3%	62,3%		60,0%
Poliomielite		95,7%	95,7%		95,7%			92,7%			
Epatite B	95,7%	95,7%	95,7%		95,7%						
Haemophilus influenzae tipo b		95,7%	95,7%		95,7%						
Morbillo-Parotite-Rosolia						85,7%		84,2%	84,2%		
Pneumococco		86%	86,34%		86,34%						
Meningococco C						65,9%			65,9%		
Infezione Papillomavirus umano									65,4%		
Influenza										54,0%	
Varicella						4,9%					



SCHEMA PROGETTO¹

1	TITOLO DEL PROGETTO <i>eventuale acronimo</i>	Sistema Informativo Sociale e Sanitario Territoriale (SISST) della Regione Abruzzo per le Aree Interne
----------	---	---

2	BREVE SINTESI <i>descrivere sinteticamente il progetto evidenziando inoltre razionale, metodologia, riproducibilità</i>	<p>La Giunta Regionale Abruzzo con le Deliberazioni 176 e n. 178 del 22 marzo 2016 ha approvato specifici interventi, rispettivamente compresi tra gli obiettivi di piano ex L. 662/96 (c.d. progetti obiettivo a rilevanza nazionale), e tra gli obiettivi di servizio di cui al QSN 2007 - 2013 (ADI - Servizi di cura agli anziani). I suddetti programmi prevedono tra l'altro il definitivo sviluppo della teleassistenza su base regionale, quale ulteriore modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria territoriale avviata finora solo presso la ASL di Lanciano - Vasto - Chieti.</p> <p>In effetti la Regione Abruzzo ha recepito con la Deliberazione di Giunta Regionale n. 468 del 24/06/2015 l'Accordo Stato - Regioni Rep. Atti 16/CSR del 20 febbraio 2014 recante "Telemedicina Linee di indirizzo nazionali", ed ha previsto nel Piano di riqualificazione del sistema sanitario abruzzese 2016-2018 (in fase di definitiva approvazione) la promozione di un nuovo modello di Assistenza Domiciliare, basato sulla realizzazione di una banca dati dei pazienti eleggibili nonché sulla regolamentazione e messa a regime della teleassistenza. Più in particolare, l'Agenzia Sanitaria Regionale ASR Abruzzo ha elaborato un modello di rete delle cure primarie, che prevede un sistema di gestione integrata ospedale - territorio, fondato tra l'altro su un sistema informativo idoneo a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - identificare la popolazione target; - valutare i processi e gli esiti; - condividere tra operatori sanitari le informazioni necessarie alla gestione dei pazienti. <p>Quanto sopra si pone in attuazione degli indirizzi fondamentali di cui al Patto della Salute, per l'obiettivo di creare le condizioni di migliore soddisfacimento degli effettivi bisogni del paziente cronico e/o fragile nel proprio contesto di vita, evitando il ricorso ad inutili e ripetuti esami nonché a cure dispendiose e non rispondenti alle vere esigenze degli interessati; situazione questa che rappresenterebbe il fallimento del sistema.</p>
----------	---	---

¹ Fondo Sanitario Nazionale 2011-2013: assegnazione alle Regioni delle quote accantonate sulle somme vincolate agli obiettivi prioritari e di rilievo nazionale previsti dal piano sanitario nazionale 2006-2008 per la realizzazione di progetti in tema di ottimizzazione dell'assistenza sanitaria nelle isole minori e nelle località caratterizzate da eccezionali difficoltà di accesso. (Delibera n. 122/2015).

La presente iniziativa progettuale, finanziata con i fondi allo scopo accantonati di cui agli anni 2011, 2012 e 2013 ex art. 1 cc 34 e 34 bis della L. 662/96, si pone quindi come potenziamento e supporto alla più generale iniziativa di cui alle premesse riconducibile al modello della tecno-assistenza, comprensivo di dotazioni tecnologiche a supporto del monitoraggio a distanza e delle attività assistenziali, con ampliamento dell'offerta di professionalità opportunamente formate all'uso delle tecnologie previste (cfr. DGR Abruzzo n. 176 e DGR Abruzzo n. 178 del 22/03/2016).

Qui ci si propone di integrare gli interventi soprariportati attraverso l'implementazione di un apposito sistema informatico e telematico (SISST), capace tra l'altro di superare il digitale divide con il coinvolgimento dei medici di medicina generale operanti nei territori di interesse. Per questo progetto si intende concentrare l'attenzione sulle stesse aree target della strategia regionale Aree interne, individuate dalla Regione Abruzzo con la DGR 290 del 14/04/2015 (in Regione Abruzzo, a seguito dell'istruttoria condotta dal Comitato Nazionale, le Aree Interne identificate sono quattro: Basso Sangro-Trigno, Val Fino-Vestina, Valle Giovenco-Roveto e ValleSubequana-Gran Sasso, che comprendono 88 comuni cui fa capo il 6,3% della popolazione che risiede nel 23,3% del territorio abruzzese).

In particolare si tratta di predisporre la creazione di un sistema informativo per la rete dei servizi socio-sanitari territoriali attraverso il supporto di specifiche soluzioni telematiche - tese tra l'altro a collegare la cartella clinica del medico con il sistema regionale, anche in funzione delle attività di continuità assistenziale-, oltre che attraverso un modulo informatico in grado di determinare, con apposito automatismo, la misura della fragilità di ciascun individuo della popolazione target, a partire da variabili selezionate dal modello statistico predittivo e desunte dai flussi informativi correnti.

Tale Sistema Informativo Sociale e Sanitario Territoriale (SISST) è il polo interattivo sanitario, in grado di assicurare la presa in carico e la continuità dell'assistenza attraverso la condivisione delle informazioni sanitarie e sociali di ogni cittadino da parte di medici, farmacisti, infermieri, assistenti sociali e strutture erogatrici delle prestazioni specialistiche e residenziali, nel rispetto della normativa sulla privacy.

L'obiettivo è quello di realizzare un vero e proprio network che potenzi il Servizio Sanitario Distrettuale e lo integri con quello degli Enti di Ambito Sociale delle Aree



REGIONE ABRUZZO

	<p>Interne dell'Abruzzo, in termini di assistenza primaria e di servizi resi all'assistito fuori dall'ospedale per acuti.</p> <p>Il modello proposto permette inoltre di stratificare la popolazione per pianificare nell'immediato meglio gli interventi clinico-assistenziali e socio-sanitari, nonché per guidare nel medio/lungo termine la riorganizzazione di servizi sanitari capaci di fronteggiare la società dell'invecchiamento con relativa transizione epidemiologica alle malattie croniche.</p> <p>Il sistema informativo basato sulla fragilità risulta inoltre importante anche per guidare gli interventi individuali di case management e la migliore gestione dei vari segmenti intra ed interaziendali coinvolti nel processo di cura di uno specifico paziente fragile.</p>
--	---

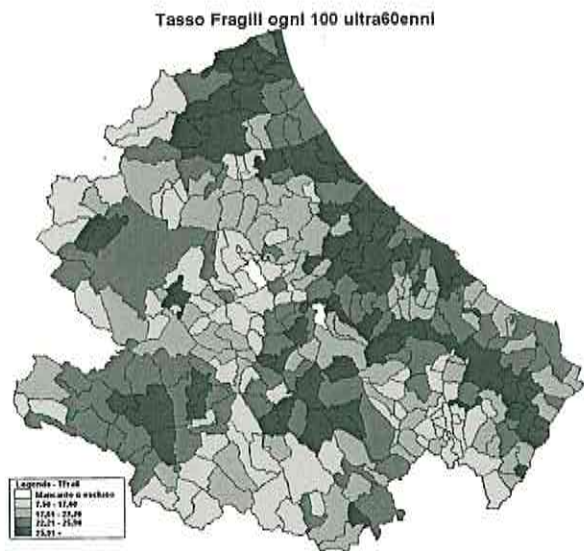
RESPONSABILITA'				
3	Responsabile scientifico del progetto	<i>Cognome Nome</i>	Falasca Pasquale	
		<i>Ruolo e qualifica</i>	Epidemiologo – UOC Integrazione Ospedale Territorio – Asl Lanciano Vasto Chieti	
		<i>Recapiti telefonici</i>	331 4469811	
		<i>e- mail</i>	pasquale.falasca@asl2abruzzo.it	
	Responsabile amministrativo del progetto	<i>Cognome Nome</i>	Tobia Monaco	
		<i>Ruolo e qualifica</i>	Dirigente Servizio Programmazione Socio - sanitaria Dipartimento Salute e Welfare	
		<i>Recapiti telefonici</i>	0857672675 – 366 6356082	
		<i>e- mail</i>	tobia.monaco@regione.abruzzo.it	
GRUPPO DI LAVORO				
	<i>Cognome Nome</i>	<i>Ruolo e qualifica</i>	<i>Recapiti telefonici</i>	<i>e- mail</i>
4	Dr. Pasquale Falasca	Epidemiologo – UOC Integrazione Ospedale Territorio – Asl Lanciano Vasto Chieti	331 4469811	pasquale.falasca@asl2abruzzo.it
	Ing. Camillo Odio	Resp. Ufficio Sanita digitale e ICT del Dipartimento Salute e Welfare (DPF)	0857672684	camillo.odio@regione.abruzzo.it
	Dr.ssa Virginia Vitullo	Resp. Ufficio Progetti obiettivo (DPF)	0857672693	virginia.vitullo@regione.abruzzo.it



REGIONE ABRUZZO

5	RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO - MODALITÀ DI REPERIMENTO RISORSE		
	Ente finanziatore	Riferimento (delibera, atto ecc.)	Importo richiesto
	<input type="radio"/> Regione	=====	=====
	<input type="radio"/> Azienda (indicare centro di costo)	=====	=====
<input type="radio"/> Altro (specificare)	<i>Deliberazioni CIPE di accantonamento risorse ex art. 1 cc 34 e 34 bis L 662/96 anni 2011, 2012, 2013 (vedasi prospetto di riepilogo, riportato sub Allegato A della Rep. Atti 146/CSR del 30 luglio 2015)</i>		€ 205.601,00

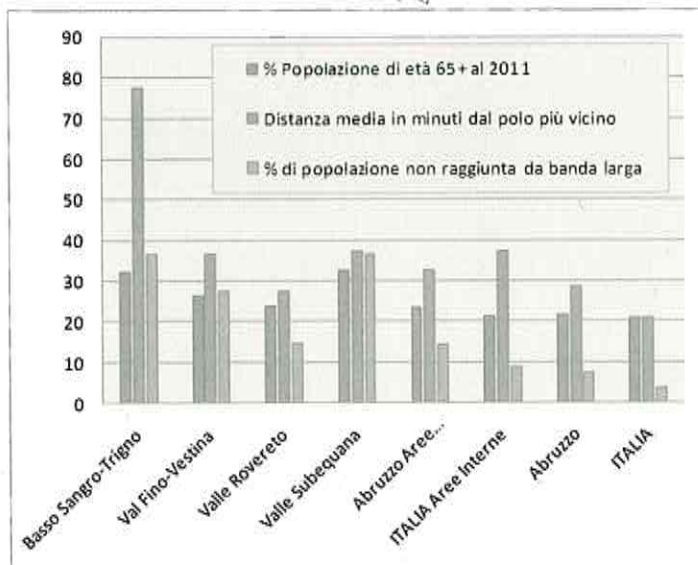
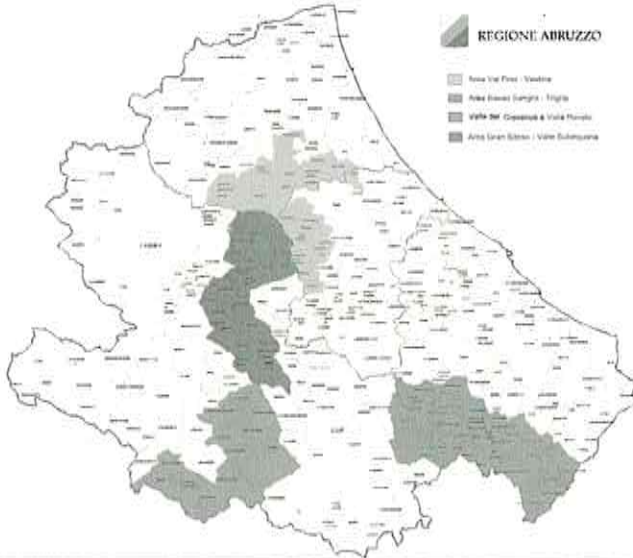
6	<p>ANALISI DEL CONTESTO/SCENARIO DI RIFERIMENTO <i>se pertinente riportare dati epidemiologici, di attività, di costo, ecc.</i></p>	<p>Il quadro epidemiologico emergente vede il prevalere di patologie croniche stabilizzate e cronico-degenerative per la quota maggioritaria dei pazienti dei sistemi sanitari.</p> <p>Ciò è dovuto sia ai successi della medicina, che riesce a stabilizzare patologie un tempo non curabili (si pensi alle cure oncologiche, all'area della diagnosi precoce cardiologica, all'HIV) sia al progressivo e rapido invecchiamento della popolazione, a cui fisiologicamente è connesso l'aumento delle patologie croniche di medio e lungo corso (diabete, scompenso, nefropatie, ecc.), che possono condurre ad un periodo variabile di non autosufficienza.</p> <p>Le patologie croniche richiedono modelli di servizio e processi di cura capaci di garantire la presa in carico di lungo periodo del paziente, rispondendo con modalità assistenziale di media e bassa intensità durante le fasi di stabilità e follow up della patologia, ma allo stesso tempo capaci di cogliere gli elementi di discontinuità nel quadro epidemiologico, allorquando bisogna riattivare funzioni più specialistiche per rivalutare il caso ed eventualmente modificarne il piano terapeutico-assistenziale o l'ambito di cura.</p> <p>La dispersione della cura e dell'assistenza tra i nodi di reti infra ed inter-aziendali richiede inoltre lo sviluppo di sistemi di coordinamento capaci di garantire non solo la condivisione e la mutua conoscenza reciproca tra i nodi del progetto terapeutico ed assistenziale intrapreso per lo specifico paziente, ma anche la condivisione di informazioni rispetto alle prestazioni erogate e all'evoluzione del quadro diagnostico, il case management che garantisca l'adesione del paziente rispetto alle terapie e agli stili di vita necessari per la sua salute e l'aderenza della rete, ovvero la verifica che ogni nodo apporti il contributo atteso.</p>
----------	---	---



REGIONE ABRUZZO

Mapa delle Aree Interne regionali

Strategia Nazionale per lo sviluppo delle Aree Interne inserita all'interno del Programma nazionale di Riforma deliberato dal Consiglio di partenariato 2014-2020 trasmesso dall'Italia alla CE il 9 dicembre 2013



<p>7</p> <p>MOTIVI CHE DETERMINANO LA NECESSITÀ DEL PROGETTO</p>	<p>Nello scenario sopra delineato, i bisogni informativi per le aziende e per le reti sanitarie mutano in maniera significativa, ovvero in maniera tale da comportare un ribaltamento dell'architettura informativa.</p> <p>La stessa infatti non può incentrarsi più sulle prestazioni prodotte dal singolo erogatore (come sarebbe nel caso teorico di situazioni in cui prevalgano gli interventi sanitari per problemi acuti, tesi alla guarigione del paziente), ma piuttosto sui consumi per specifico paziente, tenendo conto del quadro prognostico che deve essere oggetto di continuo e prolungato monitoraggio.</p> <p>In pratica, si rende necessario non solo conoscere i consumi generici dell'assistito, ma correlarli alla patologia (o patologie) di cui è affetto e al progetto assistenziale programmato; ed inoltre bisogna tenere conto delle informazioni sociali valutate rilevanti per gli esiti di salute (come ad es. situazione familiare e relazionale, reddito, cultura, stile di vita).</p> <p>In questo quadro, non è più sufficiente l'informazione statica e limitata della patologia, ovvero delle patologie, di un soggetto, ma piuttosto occorre orientarsi verso informazioni dinamiche e</p>
--	--

		<p>predittive, anche attraverso il coinvolgimento dei MMG e PLS, che prospettino scenari futuri individuali tenendo conto dei diversi e articolati aspetti capaci di influenzarli.</p> <p>Inoltre, essendo la cura un servizio di rete, il sistema informativo non può che essere di rete, laddove i singoli nodi sono in grado di leggere tutte le informazioni contestualmente nel mentre alimentano il sistema stessa, ciascuno per quanto di propria competenza.</p> <p>I sistemi informativi finora realizzati ed in uso presso le ASL non sono in grado di fornire informazioni individuali sui singolo pazienti, in quanto sono stati piuttosto calibrati a fini meramente epidemiologici, e dunque gestiti in forma anonima per l'aggregazione di dati ed informazioni per segmenti sociali o geografici; e pertanto gli stessi, seppure rilevino dati relativi a consumi sanitari correlati alle diagnosi ed alle condizione sociali ed economiche, non sono sufficienti per tutti i fini suddetti oggetto del presente obiettivo.</p> <p>Da qui la necessità di sviluppare un sistema informativo e telematico come quello qui proposto, quale valido ed efficace presupposto per la corretta e compiuta attuazione dei modelli assistenziali di cui alla soprarichiamata programmazione sanitaria regionale, attraverso i quali assicurare accessibilità ed ottimizzare l'assistenza anche nelle condizioni di isolamento e di mancata urbanizzazione.</p>
--	--	---

<p>8</p>	<p>CONSEGUENZE DERIVANTI DALLA MANCATA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO</p>	<p>L'attenzione della maggioranza degli attuali sistemi è concentrata sulla valutazione della produttività e dell'efficacia del singolo erogatore, valutato rispetto al numero delle prestazioni in proporzione ai suoi costi e all'efficacia delle prestazioni, misurabile da puntuali indicatori di esito (ad es. risoluzione della patologia).</p> <p>Questo modello non è tuttavia adatto alla presa in carico del paziente cronico/fragile, che si caratterizza per essere di lungo periodo, spesso in una condizione di sostanziale dispersione degli interventi sociali e sanitari tra diversi attori ed ambiti di cura che dovrebbero interagire tra di loro, e con fasi progressive ed evolutive della patologia che non si risolve ma, al contrario, tende nella maggior parte dei casi all'ingravescenza, verso stadi progressivamente più gravi o con la crescente combinazione di ulteriori comorbidità.</p> <p>In questa situazione, il fabbisogno informativo si modifica radicalmente: non è più sufficiente rilevare la sola produzione del singolo erogatore, ma diventa necessario calcolare il consumo del singolo assistito. Inoltre non basta più limitarsi all'identificazione della malattia (diagnosi), ma adottare una misura del rischio delle condizioni future (prognosi).</p> <p>Ebbene, in assenza di un sistema integrato di informazioni si perpetuerebbe la mancanza di codifica della diagnosi con relativa stadiazione in termini di gravità della malattia, con conseguente collocazione impropria nel progetto terapeutico-assistenziale, (se non addirittura con conseguente mancanza dello stesso progetto</p>
----------	---	--



REGIONE ABRUZZO

		<p>terapeutico-assistenziale), unitamente alla carenza delle imprescindibili di informazioni di carattere sociale, capaci di impattare sulla condizione di vita del paziente e quindi anche sulla sua capacità di fronteggiare la patologia e farsi carico del percorso stabilito.</p> <p>Di fatto, quindi, la mancata realizzazione dell'intervento potrebbe compromettere l'arruolamento e la presa in carico dei pazienti residenti nelle Aree interne, in quanto tali zone disagiate e caratterizzate da difficoltà di accesso alle prestazioni.</p>
--	--	--

9	DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO	Data inizio prevista	Data termine prevista
		Immediata (considerando anche l'avvio e l'espletamento delle necessarie procedure di aggiudicazione gara e di acquisizione risorse)	31 dicembre 2018

10	TIPOLOGIA DEL PROGETTO <i>Fare una X a fianco della tipologia di progetto</i>	<input type="radio"/> Innovazione X
		<input type="radio"/> Implementazione
		<input type="radio"/> Mantenimento
		<input type="radio"/> Altro specificare

	EVENTUALI PROGETTI CORRELATI	
11		<p>L'idea progettuale della Regione è contenuta in un piano di riqualificazione dell'assistenza territoriale e domiciliare in particolare, che prevede interventi su cronicità e fragilità anche attraverso la telemedicina e la teleassistenza. Come già richiamato in premessa, sono in avvio due programmi inerenti in particolare:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la presa in carico di circa 4.000 pazienti anziani fragili e/o cronici assistiti in ADI (individuati attraverso le UVM), ai quali saranno destinate varie modalità di tecnoassistenza, tra cui la telesalute e la teleassistenza, per un periodo di due anni e per i quali è previsto altresì un potenziamento dell'assistenza socio-sanitaria a cura degli OSS; (cfr. DGR 176/2016, due interventi specifici con risorse complessive previste di circa 8 milioni di euro: si prevede gara per acquisto kit, teleassistenza, supporto all'aderenza alla terapia, sensori spaziali di posizione ecc., ed è previsto anche sistema informatico di condivisione con cartella informatizzata integrata con gestionale del MMG, con il FSE ed il dossier sanitario aziendale); - la sperimentazione relativa all'ambulatorio della fragilità e la sperimentazione di modelli avanzati di gestione delle malattie croniche, per i pazienti che non usufruiscano di altre forme di assistenza residenziale, semiresidenziale e/o ADI (cfr. DGR 178/2016 Linea Progettuale 1 e Linea Progettuale 5 di attuazione dell'intesa Stato - Regioni 234/CSR del 23/12/2015 -finanziamento anno 2015 ex art. 1 cc 34 e 34 bis della L. 662/96-, laddove sono riservate risorse specifiche per l'Ambulatorio della fragilità pari a € 300.000,00, e risorse per la telemedicina pari a € 1.300.000,00).



REGIONE ABRUZZO

12	RISULTATI ATTESI	
	A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati dal progetto	Favorire la diffusione del modello di assistenza territoriale proattiva nelle Asl e nei Distretti corrispondenti alle quattro Aree Interne abruzzesi
	A lungo periodo, a cui tendere, non direttamente raggiungibili al termine del progetto	Riduzione significativa dei ricoveri ospedalieri e degli accessi al Pronto Soccorso dei pazienti assistiti in modalità proattiva
13	OBIETTIVO GENERALE <i>Obiettivi raggiunti al termine del progetto</i>	<p>Il nuovo SISST si propone di creare un sistema informativo per la rete dei servizi socio-sanitari territoriali attraverso il supporto di specifiche soluzioni telematiche per collegare la cartella clinica del medico con il sistema regionale in funzione delle attività di continuità assistenziale, anch'essa oggetto del presente intervento, oltre ad un modulo informatico che sia in grado di determinare, con apposito automatismo, la misura della fragilità di ciascun individuo della popolazione target, a partire da variabili selezionate dal modello statistico predittivo e desunte dai flussi informativi correnti.</p>
		<p>Di fatto, il progetto ha l'obiettivo di riorganizzare le basi dati gestionali di Asl e Eas con le innovazioni ICT disponibili sul mercato, al fine di ricavare immagini informative collettive e individuali, utilizzabili sia dagli stessi professionisti che generano i dati - per migliorare l'appropriatezza professionale-, sia dalle Direzioni aziendali - attraverso la stratificazione della popolazione in base al rischio di fragilità-; ciò in funzione dell'attivazione di programmi di pianificazione e governo strategico, nonché di azioni di prevenzione e di promozione della cura centrati su segmenti specifici di popolazione maggiormente a rischio.</p>
14	OBIETTIVI SPECIFICI <i>Obiettivi realizzati per ogni fase del progetto</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Integrazione dei dati esistenti sociali e sanitari, e collegamento dei MMG, Distretti, EAS, ecc..; - Creazione del modello predittivo per la identificazione e classificazione dei pazienti fragili oggetto dell'intervento; - Implementazione della piattaforma cloud integrata; - Divulgazione e condivisione degli strumenti operativi e loro integrazione con il sistema organizzativo dei servizi sociali e sanitari.
15	STRATEGIA INDIVIDUATA	<p>Il SISST rappresenta un vero e proprio sistema informativo se:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ i professionisti sono messi nelle condizioni di tradurre l'informazione ricevuta in intervento assistenziale formalizzato, sistematico e valutabile; ➤ il sistema privilegia l'uso delle informazioni di governo, per la conoscenza e la prevenzione dei rischi; ➤ il sistema favorisce la partecipazione diretta degli operatori clinico-assistenziali e dei pazienti interessati. <p>Le informazioni prodotte dal sistema della fragilità si basano su un punto di vista specifico, quello del paziente, selezionando e</p>



	definendo un campo di attenzione, un criterio di lettura e di rappresentazione che comprende, oltre la Carta di rischio e l'Indice di fragilità, un patrimonio di dati individuali (i dati di consumo sanitario e le variabili socio-economiche presenti nel modello) che può essere utilizzato sia dai professionisti sanitari che dalle Direzioni aziendali (e in un futuro non lontano, dagli assistiti stessi).
--	---

<p>16</p> <p>STRUMENTI E METODI <i>Per i progetti formativi specificare metodi di insegnamento/apprendimento</i></p>	<p>Il problema dei sistemi informativi è diventato quello di riuscire a rappresentare l'intensità dell'intervento socio-sanitario in relazione alle necessità dei singoli assistiti che evolvono e permangono nel tempo (malattie croniche e condizioni a lungo termine); allora, necessariamente si deve abbandonare l'approccio limitato alla fotografia istantanea descritta dalla singola diagnosi, per orientarsi invece verso immagini dinamiche e predittive, in grado di definire l'intensità di cura, le complicanze prevedibili e le condizioni di rischio di eventi avversi, concetti questi sempre più richiamati in letteratura con il termine di "fragilità", vale a dire la riduzione delle capacità funzionali dell'individuo, attuale o prospettica, a seconda degli scenari in cui potrebbe trovarsi, in una dimensione complessa bio-psico-sociale.</p> <p>L'assunzione della condizione di fragilità come oggetto di lavoro del sistema di welfare, la sua quantificazione e gestione rappresenta una delle più grandi sfide per gli operatori sanitari e sociali nella società dell'invecchiamento. Essa rappresenta un nuovo modo di guardare al paziente nella sua globalità, non più solo al singolo organo o evento sociale scompensato, fornendo in questi termini un indicatore sintetico dello stato di salute e della condizione di vita più generali di un individuo. Ciò riporta quindi l'attenzione sul paziente, ricollocandolo al centro del processo di cura.</p> <p>Inoltre tale concetto di fragilità non è legato solamente alla salute biologica delle persone, ma dipende dall'interazione dell'individuo con il suo ambiente di vita e dalla sua vita psichica.</p> <p>Trattandosi di una condizione dinamica e di interazione con l'ambiente, è possibile prevenire un ulteriore aggravamento della condizione di fragilità, agendo prima che sia troppo tardi, tramite la valorizzazione ed il potenziamento delle capacità residue degli individui fragili, investendo sul self-care e sull'autonomia, ma anche tramite una modifica del contesto in cui sono inserite tali persone, creando una minore gap fra le richieste ambientali e le capacità individuali.</p> <p>Questa visione olistica implica sia uno sforzo verso l'integrazione nella pratica clinica e assistenziale di tutte le componenti del sistema sanitario e sociale, che l'implementazione del calcolo del rischio di fragilità, a partire dalla storia sanitaria e sociale dell'individuo consultabile nelle banche dati sanitarie e sociali.</p> <p>Si ottengono in questo modo informazioni individuali e multidimensionali sull'intera popolazione assistita in un determinato territorio per stimare il rischio di fragilità individuale calcolato con un modello epidemiologico predittivo multivariato, rappresentato dalla Score Card individuale composta da due</p>
--	--



REGIONE ABRUZZO

		strumenti informativi: l'indice individuale di rischio di fragilità (calcolato elettronicamente e retrospettivamente) e la carta di rischio della fragilità (desunta da una intervista all'assistito).
17	MODALITÀ DI COMUNICAZIONE <i>Indicare tipologia di evento e se rivolto all'esterno o all'interno dell'azienda</i>	Convegno rivolto ad operatori, professionisti, medici delle Aziende Sanitarie regionali
18	SOGGETTI A CUI È RIVOLTO IL PROGETTO <i>Indicare tipologia di pazienti e/o patologia, popolazione target, ecc.</i>	<p>I dati epidemiologici mostrano che la strategia per la salute delle Aree Interne deve primariamente passare dalla identificazione dei soggetti più fragili: cioè i pazienti anziani con fragilità assistenziale, che hanno il tasso più alto di consultazione in medicina generale e che costituiscono la maggior parte dei ricoveri ospedalieri per acuti.</p> <p>La fragilità, definita come una sindrome con riduzione della forza, della resistenza, delle funzioni fisiologiche e una maggiore vulnerabilità al deterioramento, è spesso causata da malattie complesse e da comorbidità, ma non è definita solo dalle loro diagnosi.</p> <p>La valutazione della propria salute deve comprendere la valutazione contemporanea dei problemi medici, psicologici, funzionali, sociali e ambientali.</p>
19	AREA E/O SETTORE IN CUI SI SVOLGE IL PROGETTO <i>Indicare ospedale, territorio, unità operative coinvolte ecc.</i>	<p>I modelli basati sulle evidenze scientifiche internazionali sui pazienti anziani fragili, sottolineano l'importanza del lavoro multidisciplinare e della gestione diretta dei casi, dove non solo i singoli professionisti medici sono importanti, ma in egual misura può essere determinante il contributo di un team di professionisti della salute, in particolare degli infermieri.</p> <p>Il progetto coinvolge i MMG, PLS e MCA, i Distretti delle Aree Interne abruzzesi (in particolare i PUA e gli infermieri), gli Enti di Ambito Sociale e le associazioni di volontariato presenti.</p>
20	PUNTI DI FORZA	
	<i>Indicare i punti di forza</i>	<i>Indicare le strategie/azioni per l'incrementazione</i>
		<p>A livello operativo il sistema informativo permette, all'arrivo del paziente nel sistema, di conoscere immediatamente gli elementi fondamentali del suo quadro diagnostico, socio-economico e i consumi sanitari, in quanto gli operatori, se autorizzati dal paziente, possono accedere alla cartella personale e al suo indice di fragilità. Questo garantisce un rapido accesso ai principali elementi interpretativi della storia clinica e delle caratteristiche sociali dell'individuo, in una versione sintetica, ma anche la possibilità di approfondire le dimensioni ritenute più rilevanti in funzione della fase del processo assistenziale che si sta perseguendo. Le informazioni accessibili possono essere utili per definire il quadro diagnostico e di intervento immediato, ma anche per valutare i profili di rischio dell'individuo e le sue risorse personali e della propria rete rispetto alle quali ipotizzare il percorso di follow up. A titolo d'esempio, un anziano ricoverato in</p>



REGIONE ABRUZZO

		<p>medicina, con indici di rischio alti, privo di reti familiari sociali proprie, dal primo ingresso, verrebbe valutato per un programma di dimissione assistita, sapendo che questo sarà un viatico fondamentale per lo sviluppo della sua assistenza. Il sistema informativo, inoltre, potrebbe contribuire a sviluppare tra gli operatori dei nodi una cultura di rete più consapevole, riconoscendo nelle storie assistenziali raccontate dal sistema informativo le costanti interdipendenze reciproche e i percorsi trasversali compiuti dai pazienti.</p>
--	--	--

PUNTI DI DEBOLEZZA	
	Indicare i punti di <i>debolezza</i>
21	<p style="text-align: center;">Indicare le strategie/azioni per la riduzione</p> <p>Va sottolineato che i potenziali utilizzi del sistema non rappresentano un elenco consolatorio rispetto alcuni problemi in essere e neppure la loro soluzione operativa, ma piuttosto un meccanismo che rende più esplicite le criticità, oggi spesso considerati inaffrontabili in quanto nemmeno monitorabili.</p> <p>Il sistema informativo socio-sanitario proposto mette invece in luce sistematicamente le problematicità in merito all'inappropriata selezione dei pazienti ed al mancato coordinamento nella rete, proponendo conseguentemente una nuova agenda di lavoro, per certi versi più sfidante e radicale, ma decisiva per il raggiungimento dei fini istituzionali delle aziende sanitarie pubbliche del SSN.</p>

22	<p>EVENTUALI SITUAZIONI AVVERSE <i>Indicare eventuali problemi che potrebbero impedire la realizzazione del progetto e le strategie per eluderle</i></p>	<p>Mancata sincronizzazione con le iniziative di cui alle DD.GG.RR. 176 e 178 del 23 marzo 2016</p>
----	--	---

DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO					
	Fase	Azioni	Breve descrizione dei contenuti	Indicatori di verifica	Responsabile
23	1	Inserimento nel capitolato generale di cui alle DGR 176 e 178 /2016		Capitolato perfezionato	Regione Abruzzo - Dipartimento Salute e Welfare Ufficio Sanità digitale e ICT
		Conclusione delle procedure di approvvigionamento		Delibera di aggiudicazione	Asl2 Lanciano Vasto Chieti (Azienda capofila)
		Predisposizione piano esecutivo e implementazione dotazioni		Invio del piano esecutivo alle ASL e collaudi positivi d'impianto	Asl2 Lanciano Vasto Chieti
	2	Avvio in esercizio del sistema		Collaudo	Asl2 Lanciano Vasto Chieti



REGIONE ABRUZZO

3	Consolidamento delle attività di integrazione con i legacy aziendali e i gestionali dei MMG/PLS		Esercizio collaudi/test specifici	Asl2 Lanciano Vasto Chieti
	Circolarità delle informazioni e delle valutazioni (condivisione a rete)		N di documenti condivisi / N di documenti prodotti per pazienti afferenti a zone disagiate	Le quattro Asl abruzzesi, ciascuna per la propria Area interna
	Fatturazione della fornitura		Fatturazione a seguito di autorizzazione committente	Asl2 Lanciano Vasto Chieti
	Avvio del contratto di assistenza e manutenzione		A seguito di positivo collaudo	Asl2 Lanciano Vasto Chieti
	Passaggio del contratto di assistenza e manutenzione alle singole ASL		Provvedimenti aziendali	Le quattro Asl abruzzesi

PROGRAMMAZIONE TEMPORALE DELLE ATTIVITÀ			
<i>Indicare il riferimento temporale nella colonna tempo: anno, semestre, quadrimestre, altro</i>			
Fase	Azione	Tempo	Costo €
1	Inserimento nel capitolato generale di cui alle DGR 176 e 178 /2016	1 mese	0,00
	Conclusione delle procedure di approvvigionamento	6 mesi	0,00
	Predisposizione piano esecutivo e implementazione dotazioni	1 mese	0,00
2	Avvio in esercizio del sistema	1 mese	Quota parte del finanziamento
	Consolidamento delle attività di integrazione con i legacy aziendali e i gestionali dei MMG/PLS	2 mesi	Quota parte del finanziamento
	Circolarità delle informazioni e delle valutazioni (condivisione a rete)	2 anni	Quota parte del finanziamento
3	Fatturazione della fornitura	Semestrale o diversa indicazione contrattuale	Max 205.601,00 (comprensivo dell'assistenza e manutenzione per due anni e formazione e affiancamento)
	Avvio del contratto di assistenza e manutenzione	A seguito di collaudo positivo	Max 10% dell'onere derivante dall'aggiudicazione
	Passaggio del contratto di assistenza e manutenzione alle Singole ASL	Decorsi i due anni.	0,00





DOCUMENTI PRODOTTI	
<i>Indicare: Regolamento, procedura, analisi dati, software, ecc.</i>	
Tipo di documento formalizzato	Attività di riferimento
25 Software, regolamenti in ordine alla tutela dei dati sensibili, procedure assistenziali in tecnoassistenza correttamente registrate sul sistema, report individuale e standard per le prestazioni, ecc	Saranno ampliati e validati i documenti in corso di redazione presso l'Asl 2 Lanciano Vasto Chieti (Asl capofila): - Protocollo Attivazione Ambulatorio Infermieristico delle Fragilità - Procedura Gestione Integrata Disease Management - Procedura generale disease management del diabete di tipo 2 - Dimissione programmata del paziente fragile

PREVISIONE O REALIZZAZIONE EVENTI		
<i>Indicare: convegno, seminario, conferenza stampa, articolo, ecc.</i>		
Tipologia	Titolo	Target (operatori, popolazione, ecc.)
26 Convegno	La tecno assistenza in Abruzzo: un impulso per le zone disagiate	Infermieri, assistenti sociali, medici di MG e Specialisti, farmacisti, psicologi

27	VALUTAZIONE DELL'IMPATTO ECONOMICO/FINANZIARIO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	Il progetto di messa in rete delle informazioni sanitarie dei pazienti concorre alla presa in carico da parte dei servizi territoriali e alla riduzione sia dei ricoveri ospedalieri impropri, sia degli accessi al Pronto Soccorso per codici bianchi e verdi, con riduzione dei costi relativi.
----	--	---

MONITORAGGIO			
	Fase	Data	Risultato
28	Avvio	30/07/2016	Pubblicazione gara progetti correlati
	Assegnazione	31/12/2016	Aggiudicazione
	Predisposizione sistema informativo territoriale	31/12/2017	Creazione e test sistema nell'Area Interna Basso Sangro Trigno
	Implementazione	31/12/2018	Implementazione in tutte le Aree Interne e Valutazione dei risultati attesi

29	VALUTAZIONE DEL RESPONSABILE DEL PROGETTO <i>Valori da 0 a 5</i>	Priorità	Impatto sull'utenza	Impatto sull'organizzazione
		5	5	5

30. TRASFERIBILITÀ DEL PROGETTO

Il progetto sarà sperimentato nel primo anno presso l'Asl2 Lanciano Vasto Chieti e potrà essere messo a punto e implementato nelle altre Asl della Regione Abruzzo dal secondo anno.

31. ATTUAZIONE DELLE AZIONI DI MIGLIORAMENTO E RIVALUTAZIONE DI RISULTATI

La valutazione della efficacia del progetto si misurerà insieme alla valutazione delle azioni operative di presa in carico clinica e assistenziale dei pazienti fragili, attraverso indicatori di monitoraggio della riduzione della ospedalizzazione dei soggetti presi in carico e della riduzione degli accessi al pronto soccorso.

32. PAROLE CHIAVE

Fragilità, presa in carico, modello predittivo, Sistema Informativo territoriale

33. LISTA DI DISTRIBUZIONE

Nel convegno saranno invitate tutte le Regioni, i responsabili di Distretto e i Direttori sanitari aziendali. Gli operatori coinvolti saranno i Medici di Medicina Generale, gli infermieri dei Distretti, gli assistenti sociali degli Enti di Ambito, i farmacisti e gli psicologi.

34. ALLEGATO 1: INDICATORI OGGETTIVAMENTE VERIFICABILI

35. ALLEGATO 2: SCHEDA COSTI



ALLEGATO N. 1: Indicatori oggettivamente verificabili

1	DENOMINAZIONE	Distribuzione sistema informatico e telematico sul territorio regionale
2	METODO di CALCOLO	n. di MMG collegati/n. di MMG afferenti alle zone disagiate
3	PERIODICITA'	Trimestrale (a partire dal secondo anno del progetto)
4	STANDARD	75%
5	FONTE	Elenco medici afferenti
6	LIVELLO di ANALISI Fonti di verifica	Distretto ASL, Regione
7	LIVELLI di UTILIZZO	Regione, ASL
8	MODALITA' di CONFRONTO	Audit interni
9	RAPPRESENTAZIONE GRAFICA Se significativa	Torta
10	NOTE	



ALLEGATO N. 2: Scheda dei costi

COPERTURA FINANZIARIA DEL PROGETTO

TITOLO PROGETTO	Sistema Informativo Sociale e Sanitario Territoriale (SISST) della Regione Abruzzo per le Aree Interne	FINANZIAMENTO Quota accantonata FSN	€205.601,00
STRUTTURA DI RIFERIMENTO	Regione Abruzzo - Dipartimento per la Salute e il Welfare	ALTRO FINANZIAMENTO	€0,00
REFERENTE SCIENTIFICO	Falasca Pasquale 331 4469811 pasquale.falasca@asl2abruzzo.it	ALTRO FINANZIAMENTO	€0,00
REFERENTE AMMINISTRATIVO	Monaco Tobia 0857672675 tobia.monaco@regione.abruzzo.it	TOTALE IMPORTO DEL PROGETTO	€205.601,00

FONTI DI COPERTURA

FONDO SANITARIO NAZIONALE 2011-2013: quote accantonate sulle somme vincolate agli obiettivi prioritari e di rilievo nazionale previsti dal piano sanitario nazionale 2006-2008

PRIMO ACCANTONAMENTO	50% anno 2011	€ 75.596,00
SECONDO ACCANTONAMENTO	30% anno 2011	€ 45.357,00
SALDO	20% anno 2011 100% anno 2012 100% anno 2013	€ 84.648,00

ALTRE FONTI DI COPERTURA

DESCRIZIONE	IMPORTO
=====	€ =====
=====	€ =====
=====	€ =====

VOCI DI SPESA

DESCRIZIONE	IMPORTO €
Fornitura impianto SW e HW	€ 70.000,00
Formazione e affiancamento	€ 60.000,00
Servizi a supporto	€ 55.041,00
Assistenza e manutenzione per almeno 2 anni	€ 20.560,00
Totale	€ 205.601,00

