

**Progetti Obiettivo a rilevanza nazionale ex art. 1 cc 34 e
34 bis della L 662/96 - Anno 2016**
Accordo Rep. Atti n. 65/CSR del 14/04/2016

LP 1 Attività di assistenza primaria

PROGETTO: Sviluppo dell'assistenza primaria regionale ambulatoriale medica ed infermieristica.

Pag. 1

LP 2 Sviluppo dei processi di umanizzazione all'interno dei percorsi assistenziali.

PROGETTO: L'Umanizzazione dell'organizzazione, delle attività e delle strutture di cura ed accoglienza del cittadino.

Pag. 4

LP 3 Cure palliative e terapia del dolore. Sviluppo della assistenza domiciliare palliativa specialistica

PROGETTO: Rete regionale per le cure palliative domiciliari specialistiche e di base

Pag. 8

LP 5 Gestione della Cronicità

PROGETTO: Potenziamento di misure di integrazione socio sanitaria nell'assistenza territoriale domiciliare ed intermedia per i pazienti in condizioni di cronicità e/o fragilità

Pag. 12

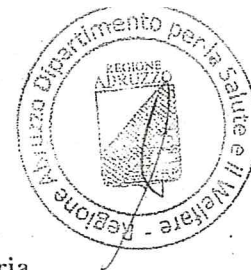
LP 6 Patto per la Salute - Reti oncologiche.

PROGETTO: Organizzazione della Rete Oncologica Regionale dell'Abruzzo: prosecuzione dell'attività di indirizzo al percorso nella Rete Oncologica Regionale

Pag. 17



GIUNTA REGIONALE



Dipartimento Salute e Welfare - Servizio Programmazione Socio - Sanitaria

Accordo Rep. Atti n. 65/CSR del 14/04/2016

- LP 1 Attività di assistenza primaria

PROGETTO: Sviluppo dell'assistenza primaria regionale ambulatoriale medica ed infermieristica

Referenti tecnici ASL:

ASL 1 Avezzano - Sulmona - L'Aquila: Dott.ssa Rossella De Santis

ASL 2 Lanciano - Vasto - Chieti: Dott. Pasquale Falasca Dott.ssa Maria Grazia Capitoli

ASL 3 Pescara: Dott. Valterio Fortunato

ASL 4 Teramo: Dott. Valerio Profeta

TOTALE RISORSE PER LINEA PROGETTUALE: € 4.509.018,60

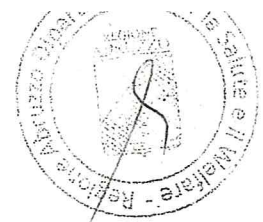
OBIETTIVI QUALITATIVI E QUANTITATIVI

Con la Deliberazione di Giunta Regionale n. 178 del 22/03/2016 di approvazione dei progetti regionali di rilievo nazionale attuativi dell'Intesa Rep. Atti 234/CSR del 23/12/2015 (finanziamento anno 2015 progetti obiettivo ex art. 1 cc 34 e 34 bis della L. 662/96) è stata prevista, nell'ambito della LP 1 l'implementazione delle AFT e delle UCCP, quali forme organizzative dell'assistenza territoriale basate sull'integrazione delle professionalità, dei mezzi, delle competenze e delle informazioni, in funzione della continuità assistenziale e della presa in carico proattiva.

Successivamente, con i Decreti del Commissario ad Acta n. 16 e 17 del 08/03/2016 e n. 56 del 22/06/2016 e con le Deliberazioni di Giunta Regionale n. 769, 770 e 771 del 22/11/2016 la Regione Abruzzo ha stabilito gli indirizzi fondamentali di programmazione, per l'attivazione da parte delle ASL delle AFT dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta, delle UCCP, e delle AFT della medicina specialistica ambulatoriale.

In attuazione dei richiamati provvedimenti le Aziende Sanitarie Locali sono quindi tenute ad assicurare la messa in funzione delle predette organizzazioni, secondo gli obiettivi ed i programmi di attività dalle stesse stabilite.

In particolare con il presente progetto ci si propone, nell'ambito delle suddette nuove forme organizzative, la definizione e l'attivazione di percorsi di integrazione territoriale e professionale che prevedano il potenziamento dell'assistenza ambulatoriale medica ed infermieristica, di base e di diagnostica di primo livello, da erogarsi presso le sedi aziendali individuate.



GIUNTA REGIONALE

Dipartimento Salute e Welfare - Servizio Programmazione Socio - Sanitaria

AZIONI PER IL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI

Il Medico di Medicina Generale, il Pediatra di Libera Scelta svolgono la loro attività quotidiana nel loro studio nel rispetto del rapporto fiduciario con l'assistito, fornendo i servizi di rispettiva competenza e che sono sanciti dai rispettivi Accordi Collettivi Nazionali.

Questa attività viene ad ampliarsi e ad integrarsi con altre figure professionali nella implementazione delle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP), oggetto delle presente Linea Progettuale.

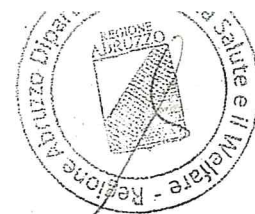
Le UCCP sono organizzazioni multiprofessionali composte da Medici (di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Medici Specialisti delle AFT Specialistiche, Medici di Continuità Assistenziale), da professionisti delle professioni sanitarie, da amministrativi, ecc.

In ogni UCCP il cittadino accede liberamente H24 con le stesse modalità di accesso agli altri servizi del SSN, ovvero munito di tessera sanitaria e di tesserino di esenzione per patologia.

Ciascun medico nelle UCCP, come nelle AFT, si impegna a svolgere la propria attività nei confronti degli assistiti in caso di urgenza e per prestazioni non differibili, anche per evitare accessi impropri al pronto soccorso.

Per il raggiungimento degli obiettivi sottesi alla presente Linea Progettuale come sopra descritti le Aziende USL dovranno programmare ed attuare:

- gli interventi di organizzazione strutturale e logistica, eventualmente ancora necessari alla implementazione/potenziamento delle UCCP;
- gli interventi di individuazione e di organizzazione del personale, dei mezzi e delle tecnologie, al fine di favorire la maggiore integrazione professionale possibile;
- gli interventi di definizione degli obiettivi, dei percorsi assistenziali, degli strumenti di valutazione della qualità, delle linee guida, dei criteri di audit e di controllo interno, ecc;
- gli interventi di implementazione e collaudo del sistema informativo integrato, anche in funzione della messa a regime della ricetta elettronica dematerializzata, nonché della interconnessione telematica tra strutture ospedaliere e territoriali;
- gli interventi di formazione, informazione e diffusione, sia per gli operatori che per gli utenti, di una nuova cultura organizzativa ed operativa finalizzata ad una assistenza territoriale pronta nell'orientare al meglio la scelta del percorso del paziente all'interno del SSR (PDTA), evitando inappropriatezze e difficoltà di accesso alle cure;
- ogni altro intervento ritenuto necessario a dare attuazione alle specifiche esigenze aziendali, nonché a dare continuità alle azioni già intraprese con riferimento al progetto di assistenza primaria di cui al finanziamento anno 2015.



GIUNTA REGIONALE

Dipartimento Salute e Welfare - Servizio Programmazione Socio - Sanitaria

TEMPI DI REALIZZAZIONE DELLE AZIONI:

12 mesi prorogabili (a risorse complessive invariate)

COSTI CONNESSI

Nell'ambito di ciascuna ASL, la ripartizione del finanziamento tra i vari interventi sarà a carico dei rispettivi Referenti della Linea Progettuale in base alle specifiche esigenze rilevate; viene pertanto di seguito indicata una ripartizione di massima dei costi:

- misure organizzative inerenti il personale e le dotazioni: 80%
- misure organizzative di messa a regime dei percorsi e degli strumenti di valutazione e monitoraggio: 15%
- misure organizzative di formazione e informazione: 5%

INDICATORI DI MISURAZIONE E VERIFICA DEI RISULTATI

Il raggiungimento degli obiettivi progettuali può essere verificato in termini di:

- adozione dei provvedimenti aziendali attuativi dei Decreti commissariali n. 16/2016, 17/2016 e 56/2016;
- adozione dei provvedimenti aziendali di definizione dei percorsi assistenziali, degli strumenti di valutazione della qualità, delle linee guida, dei criteri di audit e di controllo interno ecc;
- AFT e UCCP organizzate sul territorio regionale/rispetto a quelle programmate;
- servizi attivati rispetto a quelli programmati;
- percentuale di personale coinvolto rispetto a quello programmato;
- informatizzazione delle UCCP per la messa in rete con i Servizi ospedalieri e distrettuali di riferimento;
- attivazione di eventi formativi, informativi e di diffusione della nuova cultura organizzativa sottesa alle AFT e UCCP.



GIUNTA REGIONALE

Dipartimento Salute e Welfare - Servizio Programmazione Socio - Sanitaria

Accordo Rep. Atti n. 65/CSR del 14/04/2016

LP 2 Sviluppo dei processi di umanizzazione all'interno dei percorsi assistenziali.

PROGETTO: L'Umanizzazione dell'organizzazione, delle attività e delle strutture di cura ed accoglienza del cittadino

Referenti tecnici ASL:

ASL 1 Avezzano - Sulmona - L'Aquila: Prof. Giovambattista Desideri

ASL 2 Lanciano -Vasto - Chieti: Dott.ssa Maria Bernadette Di Sciascio Dott. Franco Giancristofaro Dott.ssa Laura Ottaviani;

ASL 3 Pescara: Dott. Valterio Fortunato

ASL 4 Teramo: Dott. Franco Santarelli Dott. Roberto Berrettoni

TOTALE RISORSE PER LINEA PROGETTUALE: € 1.202.404,96

OBIETTIVI QUALITATIVI E QUANTITATIVI

Con la Deliberazione di Giunta Regionale n. 178 del 22/03/2016 di approvazione dei progetti regionali di rilievo nazionale attuativi dell'Intesa Rep. Atti 234/CSR del 23/12/2015 (finanziamento anno 2015 progetti obiettivo ex art. 1 cc34 e 34 bis della L. 662/96) è stata prevista l'implementazione di un percorso di adeguamento organizzativo, strutturale ed operativo a favore dell'umanizzazione nella presa in carico e nella cura del paziente.

La presente proposta progettuale intende dare continuità e consolidare le azioni avviate nella precedente annualità, attraverso uno specifico coinvolgimento del territorio.

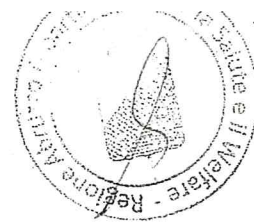
La gestione della complessità dell'attività assistenziale, nella molteplicità degli aspetti che la caratterizzano, richiede infatti la realizzazione di un quadro organico di interventi esteso a più soggetti e strutturato in un arco temporale di ampio respiro.

Le azioni continueranno ad essere centrate sul miglioramento dell'accoglienza, sullo sviluppo di azioni di comunicazione interna ed esterna e di empowerment degli utenti, degli operatori e dell'organizzazione, sulla valutazione della qualità percepita sia dagli operatori che dagli utenti.

L'impostazione è sostanzialmente quella del Miglioramento continuo e della Clinical Governance: si conducono analisi, si fanno interventi organizzativi e azioni di formazione e di sensibilizzazione con l'intento di monitorare la qualità del servizio e gestirne l'erogazione in maniera partecipativa, migliorare la comunicazione e sostenere l'empowerment, nell'ottica dell'umanizzazione dei percorsi assistenziali.

In particolare, si intende operare sui seguenti macro fattori:

- l'accessibilità fisica, la vivibilità e il comfort delle Strutture erogative dell'assistenza;



GIUNTA REGIONALE

Dipartimento Salute e Welfare - Servizio Programmazione Socio - Sanitaria

- l'accesso alle informazioni, la semplificazione e la trasparenza;
- la cura della relazione e della comunicazione tra i professionisti, e tra questi e il paziente;
- i processi assistenziali ed organizzativi orientati al rispetto e alla specificità della persona.

Occorre in pratica implementare e consolidare in ambito ospedaliero ed in ambito territoriale i seguenti aspetti:

Accoglienza, orientamento e presa in carico:

- promuovere ed implementare cambiamenti organizzativi con particolare riguardo all'ambito dell'accoglienza e dell'orientamento degli utenti e dei care giver, allo scopo di migliorare il livello di comunicazione verso la massimizzazione dell'aderenza e dell'efficacia di trattamenti, raccomandazioni e terapie;
- migliorare le competenze comunicativo-relazionali, su counselling e relazione di aiuto degli operatori sanitari;

Comunicazione interna ed esterna ed empowerment di utenti, operatori ed organizzazione:

- migliorare la diffusione di informazioni, il coinvolgimento, la partecipazione, predisponendo adeguati strumenti;
- fornire consulenza e supporto ad operatori ed utenti;
- attuare azioni di promozione di competenze e abilità utili all'utente per fruire al meglio del servizio sanitario (ad esempio, le skills di approccio scientifico alla vita o quelle legate al rapporto con i sanitari o ai comportamenti autoprotettivi e di costruzione della salute);

Valutazione e monitoraggio della qualità percepita

- sensibilizzare il personale impegnato nei percorsi assistenziali ai problemi della qualità, alla loro gestione e all'uso delle rilevazioni di customer satisfaction;
- estendere e consolidare la formazione del personale coinvolto nel progetto
- attuare la valutazione e il monitoraggio sistematico della qualità percepita nelle diverse articolazioni organizzative aziendali, attraverso l'utilizzo di strumenti di indagine qualitativa e quantitativa, discuterne i risultati con gli operatori interessati, individuare in maniera condivisa azioni di miglioramento riferite alle criticità emerse, elaborare strumenti di monitoraggio delle azioni di miglioramento implementate.

AZIONI PER IL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI

Per il raggiungimento dei predetti obiettivi fondamentali le Aziende USL dovranno implementare almeno le seguenti azioni:



GIUNTA REGIONALE

Dipartimento Salute e Welfare - Servizio Programmazione Socio - Sanitaria

- consolidare gli sportelli di informazione ed accoglienza nei principali presidi aziendali (Ospedali, Distretti, Presidi sedi di PUA e di UCCP): molto importanti ad es. sono le iniziative informative e formative rivolte ai caregivers, per fornire i necessari elementi di conoscenza ed instaurare una adeguata comunicazione con gli assistiti e con la famiglia specie per la gestione dei momenti più delicati del percorso di cura, nei quali sono fondamentali anche gli aspetti relazionali tipici della vicinanza e della competenza dei sanitari ed operatori di riferimento (assistenti sociali, MMG, PLS, specialista di riferimento, ecc..).
- procedere ad adeguamenti e razionalizzazioni di ordine organizzativo e strutturale, in funzione di una migliore segnaletica interna ed esterna, di percorsi facilitanti per i disabili e di un generale maggiore confort degli ambienti (ad es. miglioramento di spazi e arredi nelle aree di attesa con suppellettili confortevoli, adeguamento dei sistemi di chiamata degli utenti, realizzazione di percorsi esterni con arredo delle aree verdi, ecc);
- adeguare l'organizzazione delle aree critiche (terapie intensive, rianimazioni, unità operative oncologiche, ecc), in funzione di una maggiore presenza dei congiunti dei pazienti, ferma restando la necessità di non interferire con la sicurezza e la continuità delle cure;
- elaborare e diffondere carte dell'accoglienza/depliant informativi, generali e specifici per ambito assistenziale;
- progettare e sperimentare procedure aziendali, anche avvalendosi delle moderne tecnologie, al fine di favorire l'accesso e la continuità delle cure per gli utenti più svantaggiati (anziani, disabili, portatori di handicap, malati di Alzheimer, ecc);
- consolidare la formazione continua rivolta agli operatori sullo sviluppo di strategie comunicative e sull'umanizzazione nell'ottica del miglioramento della cura della relazione operatore sanitario/paziente;
- consolidare la formazione sui problemi della qualità e sull'utilizzo di indagini di customer satisfaction del personale coinvolto nei percorsi assistenziali;
- attuare ogni altro intervento ritenuto necessario a dare attuazione alle specifiche esigenze aziendali, nonché a dare continuità alle azioni già intraprese con riferimento al progetto di umanizzazione dell'assistenza di cui al finanziamento anno 2015.

TEMPI DI REALIZZAZIONE DELLE AZIONI:

12 mesi, eventualmente prorogabili a risorse complessive invariate.



GIUNTA REGIONALE

Dipartimento Salute e Welfare - Servizio Programmazione Socio - Sanitaria

COSTI CONNESSI

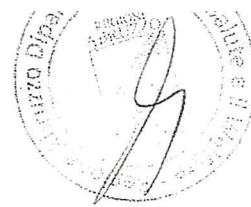
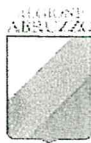
Per ciascuna ASL, la ripartizione del finanziamento deve essere equamente distribuita tra gli interventi in ambito ospedaliero e gli interventi in ambito territoriale.

La ripartizione tra le varie azioni specifiche sarà a carico dei rispettivi Referenti della Linea Progettuale, in base alle esigenze rilevate e nel rispetto dei vincoli normativi di spesa; viene pertanto di seguito indicata una ripartizione di massima dei costi:

- formazione e materiale informativo 10%
- borse di studio, organizzazione del personale 60%
- tecnologie ed interventi di riqualificazione ambienti 30%

INDICATORI DI MISURAZIONE E VERIFICA DEI RISULTATI

- n. interventi di riqualificazione degli ambienti e miglioramento comfort;
- materiale e strumenti di informazione realizzati per l'utenza (carta dell'accoglienza, depliant informativi, ecc);
- Numero di corsi e iniziative di empowerment realizzati;
- n. corsi di formazione
- n. incontri con il personale sanitario per il coinvolgimento al progetto dell'umanizzazione
- n. indagini per la rilevazione soddisfazione degli utenti.



GIUNTA REGIONALE

Dipartimento Salute e Welfare - Servizio Programmazione Socio - Sanitaria

Accordo Rep. Atti n. 65/CSR del 14/04/2016

LP 3 Cure palliative e terapia del dolore. Sviluppo della assistenza domiciliare palliativa specialistica

PROGETTO: Rete regionale per le cure palliative domiciliari specialistiche e di base

Referenti tecnici ASL:

ASL 1 Avezzano - Sulmona - L'Aquila: Prof. Franco Marinangeli

ASL 2 Lanciano -Vasto - Chieti: Dott. Pierpaolo Carinci

ASL 3 Pescara: Dott. Tullio Spina

ASL 4 Teramo: Dott. Claudio Di Bartolomeo

TOTALE RISORSE PER LINEA PROGETTUALE: € 2.555.110,54

OBIETTIVI QUALITATIVI E QUANTITATIVI

Con la Deliberazione di Giunta Regionale n. 178 del 22/03/2016 di approvazione dei progetti regionali di rilievo nazionale attuativi dell'Intesa Rep. Atti 234/CSR del 23/12/2015 (finanziamento anno 2015 progetti obiettivo ex art. 1 cc34 e 34 bis della L. 662/96) è stata prevista l'implementazione e lo sviluppo della rete regionale per le cure palliative domiciliari, dedicata alla terminalità oncologica e non oncologica dell'adulto e del bambino, in stretto rapporto con la assistenza palliativa erogata dagli hospice regionali.

Detto progetto si è inserito nell'ambito delle iniziative regionali di attuazione della L. 38/2010, con particolare riferimento ai provvedimenti di approvazione delle Linee guida in materia di cure palliative di cui ai Decreti commissariali n. 51 del 11/10/2012 e n. 82 del 09/10/2013.

Nel corso dell'anno 2016 inoltre la Regione Abruzzo ha adottato, con il Decreto del Commissario ad Acta n. 100 del 21 settembre 2016, il modello di cartella clinica informatizzata per hospice e cure palliative domiciliari, ed il modello di strumento di valutazione multidimensionale in cure palliative, con lo scopo di dotarsi di strumenti clinici gestionali funzionali alla piena operatività della rete regionale.

Ai sensi della sopracitata normativa di riferimento, le cure palliative possono essere erogate in diversi setting, ovvero in ambulatorio, in strutture residenziali (Hospice), oppure a domicilio.

Le cure palliative domiciliari costituirebbero la modalità assistenziale preferibile per consentire al paziente di trascorrere l'ultimo periodo di vita nel proprio ambiente quotidiano, rappresentando una valida alternativa all'ospedalizzazione sia nel paziente adulto che in quello pediatrico, affetto da patologia neoplastica e non neoplastica. Sono eleggibili all'assistenza palliativa domiciliare anche pazienti affetti da grandi insufficienze d'organo, cardiaca, respiratoria ed epatica refrattarie



GIUNTA REGIONALE

Dipartimento Salute e Welfare - Servizio Programmazione Socio - Sanitaria

alla terapia e, in casi selezionati, renale; inoltre sono eleggibili i pazienti pediatrici affetti da patologie genetiche e/o congenite.

Obiettivo del progetto è il potenziamento delle cure palliative domiciliari di base e specialistiche ed il potenziamento dell'integrazione ospedale-territorio, nell'ambito della rete regionale per le cure palliative, da erogarsi nel rispetto dell'Accordo Stato - Regioni 87/CSR del 10/07/2014.

In particolare, occorre potenziare l'offerta sanitaria domiciliare diretta ai pazienti di ogni fascia di età affetti da patologie inguaribili, formando e integrando nella rete delle cure palliative le seguenti figure professionali:

- Medici Medicina Generale/Pediatri Libera Scelta;
- algologi/palliativisti;
- medici del Distretto Sanitario e dell'Ospedale;
- infermieri, fisioterapisti, psicologi.

Quanto sopra al fine di garantire due livelli di assistenza:

- una di base, affidata ai MMG/PLS e agli infermieri;
- una specialistica, affidata agli algologi/palliativisti, agli psicologi e ai fisioterapisti, che integrino l'assistenza di base per malati complessi.

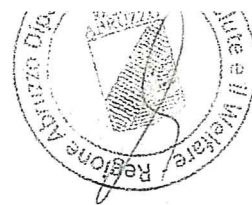
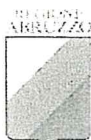
Inoltre occorre potenziare l'offerta sul territorio attraverso servizi distrettuali, con l'utilizzo di percorsi integrati anche in funzione della dimissione protetta.

In tal senso può essere fondamentale anche il ruolo multiprofessionale ed integrato delle UCCP, nel fornire continuità assistenziale nel passaggio tra diversi setting assistenziali, e nel fornire a domicilio disponibilità medica ed assistenziale nelle 24 ore.

AZIONI PER IL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI

Per il raggiungimento degli obiettivi le Aziende USL devono assicurare le seguenti azioni:

- formazione ed aggiornamento del personale coinvolto nelle rete delle cure palliative, in maniera differenzialmente articolata per le varie figure professionali sopraspecificate, prevedendo eventualmente anche master e brevi stage in centri qualificati;
- empowerment dei cittadini in materia di cure del dolore e di fine vita;
- effettuazione di visite domiciliari specialistiche secondo lo schema della precedente annualità;
- acquisizione di borse di studio destinate alla gestione della rete palliativa territoriale, anche in materia informatica per la gestione dei dati della cartella clinica informatizzata prevista dal sopracitato Decreto commissariale n.100/2016;



GIUNTA REGIONALE

Dipartimento Salute e Welfare - Servizio Programmazione Socio - Sanitaria

- potenziamento delle prestazioni socio - sanitarie da erogarsi nell'ambito delle rete regionale per le cure palliative, anche attraverso il ricorso a borse di studio, ad attività libero-professionale e/o a forme di incentivazione finalizzato almeno ai seguenti ambiti:
 - valutazione dei pazienti in fase di dimissione dalla degenza ospedaliera, a garanzia della continuità assistenziale e dell'integrazione ospedale - territorio;
 - tempestivo approccio nella fase precoce di malattia, per anticipare il rapporto fiduciario tra sanitario di riferimento e Paziente/Famiglia;
 - potenziamento dei servizi ambulatoriali territoriali, laddove carenti;
- realizzazione di ogni altro intervento ritenuto necessario a dare attuazione alle specifiche esigenze aziendali, nonché a dare continuità alle azioni già intraprese con riferimento al progetto di rete per le cure palliative di cui al finanziamento anno 2015.

TEMPI DI REALIZZAZIONE DELLE AZIONI

1^ fase (1° mese - 4° mese)

- individuazione operatori e reperimento figure mancanti; avvio della formazione

2^ fase (3° mese-7° mese)

- prosecuzione formazione specifica degli operatori individuati, laddove necessaria
- completamento stesura protocolli operativi e percorsi per la integrazione delle Reti

3^ fase (7°mese-11° mese)

- aggiornamento/tutoraggio sull'uso della strumentazione e dei supporti informatici
- completamento formazione specifica degli operatori individuati, laddove necessaria
- condivisione e validazione dei protocolli operativi e dei percorsi per la integrazione delle Reti

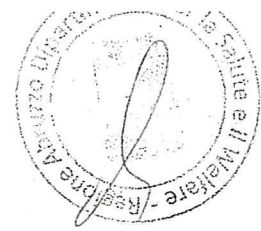
Ultima fase (8°mese-12° mese)

- operatività su tutto il territorio di équipe di cure palliative, specialistiche e di base, formate per la assistenza nella terminalità di pazienti, pediatrici ed adulti, oncologici e non oncologici.

La suddivisione in fasi, necessaria dal punto di vista espositivo, non deve essere intesa in modo rigido, potendo le fasi sovrapporsi anche in parte.



GIUNTA REGIONALE



Dipartimento Salute e Welfare - Servizio Programmazione Socio - Sanitaria

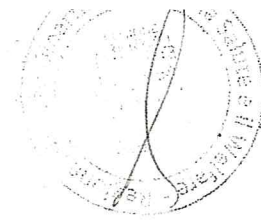
COSTI CONNESSI

Nell'ambito di ciascuna ASL, la ripartizione del finanziamento tra i vari interventi sarà a carico dei rispettivi Referenti della Linea Progettuale in base alle specifiche esigenze rilevate; viene pertanto di seguito indicata una ripartizione di massima dei costi:

1^ fase (1° mese-4° mese)	20%
2^ fase (3° mese-7° mese)	20%
3^ fase (7° mese-11° mese)	10%
4^ fase (8° mese-12° mese)	50%

INDICATORI DI MISURAZIONE E VERIFICA DEI RISULTATI

- Numero di malati non oncologici eleggibili a cure palliative presi in carico dalla Rete Cure palliative / n. pazienti eleggibili a cure palliative non oncologici segnalati: $\geq 90\%$
- Numero dei malati oncologici eleggibili a cure palliative presi in carico dalla Rete Cure Palliative/ numero dei pazienti eleggibili a cure palliative segnalati: $\geq 90\%$
- Numero dei malati con dolore refrattario presi in carico dalla Rete Terapia del Dolore a domicilio/ numero dei pazienti con dolore refrattario a domicilio segnalati: $\geq 90\%$;
- Numero di malati nei quali il tempo massimo di attesa fra la segnalazione del caso e l'inizio della presa in carico domiciliare da parte della Rete Cure Palliative è inferiore o uguale ai 3 giorni /numero dei malati presi in carico a domicilio dalla Rete e con assistenza conclusa: $\geq 80\%$.
- Numero di pazienti trattati presso gli ambulatori di Cure Palliative.



GIUNTA REGIONALE

Dipartimento Salute e Welfare - Servizio Programmazione Socio - Sanitaria

Accordo Rep. Atti n. 65/CSR del 14/04/2016

LP 5 Gestione della Cronicità

PROGETTO: Potenziamento di misure di integrazione socio sanitaria nell'assistenza territoriale domiciliare ed intermedia per i pazienti in condizioni di cronicità e/o fragilità

Referenti tecnici ASL:

ASL 1 Avezzano - Sulmona - L'Aquila: Dott. Luigi Giacco Dott.ssa Colomba Ciampa
ASL 2 Lanciano -Vasto - Chieti: Dott. Pasquale Falasca
ASL 3 Pescara: Dott. Valterio Fortunato
ASL 4 Teramo: Dott. Valerio Profeta

TOTALE RISORSE PER LINEA PROGETTUALE: € 4.509.018,60

OBIETTIVI QUALITATIVI E QUANTITATIVI

Il fenomeno della cronicità ha una significativa portata nel Sistema sanitario ed è in progressiva crescita: si stima che circa il 70-80% delle risorse sanitarie nei paesi avanzati sia oggi speso per la gestione delle malattie croniche e che nel 2020 le stesse rappresenteranno l'80% di tutte le patologie nel mondo.

L'approccio a questo fenomeno deve garantire:

- il buon funzionamento delle reti assistenziali, con una forte integrazione tra l'assistenza primaria, centrata sul medico di medicina generale, e le cure specialistiche;
- la continuità assistenziale, modulata sulla base dello stadio evolutivo e sul grado di complessità della patologia;
- l'ingresso quanto più precoce della persona con malattia cronica nel percorso diagnostico-terapeutico multidisciplinare;
- il potenziamento delle cure domiciliari e la riduzione dei ricoveri ospedalieri, anche attraverso l'uso di tecnologie innovative di "tecnoassistenza";
- modelli assistenziali centrati sui bisogni "globali" del paziente e non solo clinici.

Il portatore di patologia cronica diviene il centro del sistema di cure che deve svilupparsi attraverso le seguenti fasi:

A. FASE 1 (stratificazione e targeting della popolazione) per definire le strategie di intervento e personalizzare il percorso assistenziale con:

- l'identificazione della popolazione target;



GIUNTA REGIONALE

Dipartimento Salute e Welfare - Servizio Programmazione Socio - Sanitaria

- dati e informazioni sulla popolazione target;
- criteri e scale di valutazione per la stratificazione.

B. FASE 2 (promozione della salute, prevenzione e diagnosi precoce) per promuovere la promozione di corretti stili di vita, sia nella popolazione generale, che nei soggetti a rischio attraverso:

- informazione, educazione e formazione dei cittadini;
- coinvolgimento del cittadino nella definizione degli obiettivi di salute;
- formazione e partecipazione dei professionisti responsabili della fasi del percorso di cura;
- partecipazione delle associazioni dei pazienti nella promozione e monitoraggio dei servizi.

C. FASE 3 (presa in carico e gestione del paziente attraverso il piano di cura) e FASE 4 (erogazione interventi personalizzati per la gestione del paziente attraverso il piano di cura) attraverso:

- PDTA;
- collaborazione e integrazione ai vari livelli dell'organizzazione e, soprattutto, a livello professionale;
- definizione di ruoli e responsabilità degli interventi previsti nel piano di cura;
- partecipazione e consenso del paziente (patto di cura e autocura)
- tecnologia e-health (telemedicina, telesalute).

Tali fasi possono essere realizzarsi anche all'interno dei compiti da assegnare alle UCCP dal legislatore specie nel garantire la applicazione di percorsi assistenziali condivisi (PDTA) con particolare riferimento alla gestione integrata della cronicità che puntino alla integrazione non solo e non tanto tra le componenti della Medicina convenzionata (MMG, PLS, MCA) quanto tra queste e la rete distrettuale e ospedaliera realizzabile utilizzando anche le altre figure professionali componenti le UCCP.

In questo modello a rete diventa importante il contributo del volontariato che deve operare in partnership con i vari attori fornendo contributi significativi nei percorsi di corretta informazione, supporto e accompagnamento ai pazienti.

L'organizzazione complessa della UCCP ben si accorda alla gestione dei diversi modelli teorici della gestione della cronicità (Disease Management, Chronic care Model, Clinical governance) essendo improntata al lavoro di equipe che supera le barriere tra i diversi ambiti di cura in una azione improntata al lavoro di squadra che favorisce le iniziative per la continuità assistenziale.



GIUNTA REGIONALE

Dipartimento Salute e Welfare - Servizio Programmazione Socio - Sanitaria

All'uopo, già con la Delibera di Giunta Regionale n. 178 del 22/03/2016 di approvazione dei progetti regionali di rilievo nazionale attuativi dell'Intesa Rep. Atti 234/CSR del 23/12/2015 (finanziamento anno 2015 progetti obiettivo ex art. 1 commi 34 e 34 bis della L. 662/96), era stato previsto lo sviluppo di diversi modelli assistenziali, funzionali alla presa in carico e alla corretta gestione dei pazienti in condizioni di cronicità e fragilità. E per meglio realizzare quanto in essa programmato si sono previste:

- l'implementazione della telemedicina e della teleassistenza, quale sistema integrato di servizi socio - sanitari e di soluzioni tecnologiche capaci di fornire riscontri, anche a distanza, alle diverse e frequenti necessità di monitoraggio e controllo di terapie in atto a domicilio per i suddetti pazienti;
- l'attivazione in via sperimentale dell'Ospedale di comunità, quale struttura di assistenza territoriale intermedia destinata a pazienti affetti da malattie cronic-degenerative per i quali sarebbe inappropriato il ricovero ordinario per acuti, ma che non possono vedere risolti i loro problemi a domicilio in quanto abbisognano di un qualificato e continuativo nursing infermieristico come previsto con il Decreto Commissariale n. 20/2016);
- l'attivazione in via sperimentale dell'ambulatorio della fragilità quale modello di arruolamento, di presa in carico proattiva e di presa in carico assistenziale (follow-up) del paziente fragile, nell'ambito del Disease Management e del Case Management, gestito dal MMG e dal PLS con il supporto dell'infermiere dedicato/qualificato, degli specialisti della branca di riferimento, nonché degli operatori dell'assistenza socio-sanitaria; ambulatorio della fragilità che trova riferimento nel Piano Nazionale Cronicità di cui all'Accordo Stato-Regioni del 15.09.2016.

Per la realizzazione delle azioni sopraindicate, con la Delibera di Giunta Regionale n. 438 del 30/06/2016, in attuazione dell'Intesa Rep. atti 146/CSR del 30.07.2015 relativa all'ottimizzazione dell'assistenza sanitaria nelle isole minori e nelle località caratterizzate da difficoltà di accesso, la Regione Abruzzo ha programmato l'implementazione di un apposito sistema informatico e telematico di gestione dei pazienti fragili e/o cronici, quale sistema di rilevazione e gestione dei bisogni sulla base del rischio di fragilità dei singoli individui.

Tutto questo è stato poi inserito nelle strategie fondamentali del Piano di riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale abruzzese 2016-2018, di cui alla Delibera di Giunta Regionale n. 505 del 26/07/2016, come integrata con la DGR 576 del 22/09/2016, che prevede la concentrazione del sistema di cure dedicate al paziente cronico e/o fragile in un contesto il più possibile vicino al paziente stesso e alla famiglia, attraverso una riqualificazione dell'assistenza



GIUNTA REGIONALE

Dipartimento Salute e Welfare - Servizio Programmazione Socio - Sanitaria

territoriale che eviti il ricorso inappropriato all'ospedale per acuti. Delibere di Giunta Regionale che trovano il raccordo con il nuovo Piano Sociale regionale 2016-2018 - adottato attraverso la Delibera di Giunta Regionale n. 429/C del 29/06/2016 e la Delibera di Giunta Regionale n. 616 del 26/09/2016 - che prevede, tra gli obiettivi di promozione del benessere sociale e di salute, il rafforzamento della rete socio- sanitaria di cura, al fine di favorire il più possibile un elevato livello di qualità della vita in ambiente domestico ed al fine di massimizzare l'integrazione socio sanitaria in tutti i servizi per gli anziani e per le persone in condizioni di cronicità/fragilità.

AZIONI PER IL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI

In aderenza ai suddetti presupposti, tenuto conto di quanto già previsto nel precedente programma regionale di cui alla richiamata delibera di Giunta Regionale n. 178/2016 (che prevedeva tra l'altro anche l'informatizzazione dei servizi distrettuali PUA e UVM, la formazione degli operatori, il potenziamento dell'Assistenza Domiciliare e delle cure domiciliari prestazionali infermieristiche e socio-sanitarie mediante acquisizione di risorse strumentali e tecnologiche), con il presente progetto si intende in particolare potenziare le misure di integrazione socio sanitaria, facendo leva anche sugli strumenti di cui al sopracitato Piano sociale regionale 2016-2018.

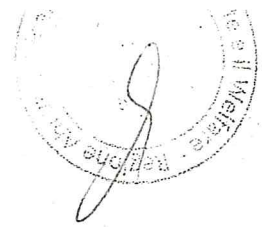
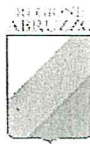
Le Aziende Sanitarie Locali dovranno quindi procedere agli interventi necessari alla effettiva attuazione di dette misure di integrazione nell'assistenza.

L'integrazione della programmazione sociale con quella sanitaria in effetti costituisce un pilastro fondamentale di garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza, ai sensi dell'art. 3 septies del D. lgs 502/92 e s.m.i. e relativi regolamenti attuativi (DPCM LEA 12 gennaio 2017 pubblicato il 19.03.2017 su Gazzetta Ufficiale).

In particolare, ad esempio, la stipula della Convenzione socio - sanitaria tra l'Ambito distrettuale sociale e l'Azienda Sanitaria Locale di riferimento (cfr. Linee Guida attuative del predetto Piano sociale di cui alla delibera di Giunta Regionale n. 616 del 26/09/2016) consente di definire i servizi oggetto di potenziamento, le risorse di rispettiva afferenza (sociale e sanitaria) e le modalità di integrazione e di organizzazione delle medesime.

Con le risorse di cui alla presente programmazione le Aziende USL dovranno potenziare i seguenti ambiti:

- servizi per favorire la de-istituzionalizzazione e la deospedalizzazione;
- servizi integrati per il recupero dell'autonomia personale;
- servizi integrati di assistenza domiciliare che evitino una ospedalizzazione impropria e garantiscano finché possibile una vita in casa;



GIUNTA REGIONALE

Dipartimento Salute e Welfare - Servizio Programmazione Socio - Sanitaria

- servizi per assistenza persone affette da demenze;
- servizi di assistenza intermedia, del tipo degli ospedali di comunità.

Le azioni sono quindi finalizzate almeno ai seguenti aspetti:

- potenziamento dell'Assistenza Domiciliare, anche attraverso il ricorso ad équipe multidisciplinari per determinate patologie croniche (es. BPCO ed insufficienza respiratoria, malattie neurodegenerative, demenze e scompenso cardiaco);
- potenziamento delle attività dei centri diurni, da attivare anche in via sperimentale;
- messa a regime degli ospedali di comunità;
- sostegno/continuità con le azioni già intraprese con riferimento al progetto di gestione della cronicità, di cui al finanziamento anno 2015;
- definizione di criteri necessari ad identificare le tipologie di portatori di patologie croniche da inserire in uno specifico registro anche attraverso il supporto informatico che siano di aiuto al lavoro di censimento delle UVM distrettuali.

TEMPI DI REALIZZAZIONE DELLE AZIONI

12 mesi eventualmente prorogabili (a risorse invariate)

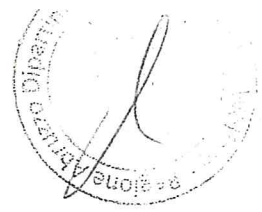
COSTI CONNESSI

Nell'ambito di ciascuna ASL, la ripartizione del finanziamento tra i vari interventi sarà a carico dei rispettivi referenti della linea progettuale in base alle specifiche esigenze rilevate; viene pertanto di seguito indicata una ripartizione di massima dei costi:

- misure organizzative di potenziamento dell'assistenza domiciliare in termini di risorse umane dedicate ad erogare cure prestazionali di base (mediche, infermieristiche, psicologiche, riabilitative e socio-sanitarie: 50%
- misure organizzative di potenziamento dell'assistenza intermedia (centri diurni ed ospedali di comunità) in termini di risorse umane dedicate (medici, infermieri, fisioterapisti, psicologi e operatori socio sanitari: 50%.

INDICATORI DI MISURAZIONE E VERIFICA DEI RISULTATI

1. relativamente alle équipe specialistiche multidisciplinari per particolari patologie croniche (laddove attivate):
 - n. pazienti seguiti ambulatorialmente/n. pazienti eleggibili: target di copertura 90%
 - n. pazienti seguiti a domicilio/n. pazienti eleggibili: target di copertura 90%;
2. incremento di servizi di assistenza domiciliare, di assistenza domiciliare integrativa e di assistenza semiresidenziale presso centri diurni attivati anche in via sperimentale;
3. messa a regime delle attività di assistenza intermedia presso gli ospedali di comunità.



GIUNTA REGIONALE

Dipartimento Salute e Welfare - Servizio Programmazione Socio - Sanitaria

Accordo Rep. Atti n. 65/CSR del 14/04/2016

LP 6 Patto per la Salute - Reti oncologiche.

PROGETTO: Organizzazione della Rete Oncologica Regionale dell'Abruzzo: prosecuzione dell'attività di indirizzo al percorso nella Rete Oncologica Regionale

Referenti tecnici ASL:

ASL 1 Avezzano - Sulmona - L'Aquila: Prof. Enrico Ricevuto – Prof. Corrado Ficorella

ASL 2 Lanciano -Vasto - Chieti: dott. Antonio Nuzzo Prof. Clara Natoli

ASL 3 Pescara: Dott. Carlo Garufi

ASL 4 Teramo: Dott. Amedeo Pancotti

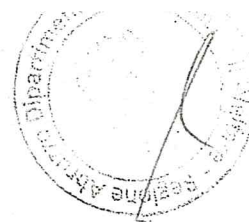
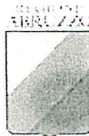
TOTALE RISORSE PER LINEA PROGETTUALE: € 2.254.509,30

OBIETTIVI QUALITATIVI E QUANTITATIVI

Con la Deliberazione di Giunta Regionale n. 178 del 22/03/2016 di approvazione dei progetti regionali di rilievo nazionale attuativi delle linee progettuali di cui all'Intesa Rep. Atti 234/CSR del 23/12/2015 (progetti obiettivo ex art. 1 cc 34 e 34 bis della L.662/96 finanziamento anno 2015) è stata programmata l'organizzazione della Rete oncologica regionale abruzzese, quale sistema assistenziale interdipartimentale basato sull'integrazione delle competenze e delle strutture sedi di erogazione dei servizi, e finalizzato alla continuità delle cure ed al miglior coordinamento tra gli specialisti a vantaggio della qualità e dell'appropriatezza dell'assistenza. Il progetto, affidato per la realizzazione alle ASL, con il coordinamento dell'Agenzia Sanitaria Regionale ASR Abruzzo in ragione delle specifiche competenze in materia di reti cliniche e percorsi assistenziali, ha previsto tra l'altro l'avvio dell'organizzazione dei Centri di Indirizzo al Percorso clinico del paziente oncologico (CIP), l'avvio dell'attivazione del call center oncologico e del sito web di rete oncologica, e la definizione di PDTA regionali.

I Centri di indirizzo al percorso clinico costituiscono i primi punti di accoglienza ed orientamento del paziente, ed hanno altresì il fondamentale compito di interfacciarsi con i professionisti e le strutture erogative dell'assistenza, al fine di garantire la corretta presa in carico e la continuità delle cure (facilitazione dell'iter amministrativo del percorso, attivazione del Gruppo Interdisciplinare Cure Oncologiche, tenuta ed aggiornamento della scheda sintetica del paziente ecc).

Nel corso dell'anno 2016 l'ASR Abruzzo ha definito e trasmesso alle ASL (prot. 1249 del 05/08/2016) il documento recante Linee Guida regionali per l'attivazione dei Centri di Indirizzo



GIUNTA REGIONALE

Dipartimento Salute e Welfare - Servizio Programmazione Socio - Sanitaria

del percorso clinico (CIP) e l'organizzazione del call center aziendale, contenente le disposizioni regionali di dettaglio per la caratterizzazione dei servizi aziendali in parola.

Inoltre con Decreto commissariale n. 52/2016 del 06/06/2016 è stato approvato il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del tumore del colon retto, laddove è prevista anche l'attivazione dello specifico Gruppo Interdisciplinare delle Cure Oncologiche (GICO) aziendale, ovvero del team coordinato e composto da clinici e da infermieri specializzati esperti con il compito di pianificare il trattamento di ogni singolo paziente preso in cura.

In continuità con le azioni già intraprese, ed in consolidamento dei risultati finora conseguiti, occorre per il prosieguo definire ulteriori percorsi assistenziali in materia oncologica, promuovere l'attivazione dei Gruppi Interdisciplinari delle Cure Oncologiche presso le ASL, procedere con l'implementazione dei CIP e dei call center aziendali, monitorare le Aziende Sanitarie nella elaborazione ed effettiva applicazione dei protocolli operativi di attuazione dei sopradetti PDTA. A riguardo sono in corso di completamento le elaborazioni del PDTA del cancro della mammella, con relativa declinazione della rete senologica in ottemperanza all'Intesa Stato - Regioni n. 185 del 18/12/2014, ed il PDTA del cancro del polmone.

AZIONI PER IL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI

Per il raggiungimento dei suddetti obiettivi si programmano le seguenti azioni:

- definizione dei PDTA in materia oncologica, che prevedano l'attivazione dei Gruppi Interdisciplinari delle Cure Oncologiche presso le ASL;
- elaborazione da parte delle ASL dei protocolli operativi di attuazione dei suddetti PDTA;
- implementazione dei Centri di Indirizzo al Percorso Clinico (CIP) e del call center oncologico aziendale, in attuazione del sopradetto documento dell'ASR Abruzzo;
- eventuale attivazione di ulteriori Centri di indirizzo al percorso clinico (CIP) in altre sedi inizialmente non previste nella precedente programmazione;
- implementazione ed aggiornamento costante di una sezione del sito web istituzionale delle ASL dedicata alla rete oncologica aziendale, in grado di fornire all'utenza e a tutti i professionisti coinvolti un quadro completo di tutte le articolazioni del sistema e delle modalità di accesso e di presa in carico;
- programmazione di campagne informative sulla stampa e televisioni locali;
- organizzazione di eventi formativi aziendali per il personale sanitario ospedaliero e territoriale e per le associazioni di volontariato.



GIUNTA REGIONALE

Dipartimento Salute e Welfare - Servizio Programmazione Socio - Sanitaria

TEMPI DI REALIZZAZIONE DELLE AZIONI

12 mesi, eventualmente prorogabili (a risorse invariate)

COSTI CONNESSI

Nell'ambito di ciascuna ASL, la ripartizione del finanziamento tra i vari interventi sarà a carico dei rispettivi Referenti della Linea Progettuale in base alle specifiche esigenze rilevate; viene pertanto di seguito indicata una ripartizione di massima dei costi:

- 80% per l'organizzazione e l'operatività dei CIP
- 15% a call center, sito web e campagna pubblicitaria
- 5% eventi formativi

INDICATORI DI MISURAZIONE E VERIFICA DEI RISULTATI

- Definizione di PDTA regionali
- Definizione di protocolli operativi aziendali di attuazione dei suddetti PDTA
- n. di CIP attivati sul territorio delle ASL (almeno 2 per ASL)
- attivazione del call center oncologico Aziendale
- implementazione nel sito web ASL della sezione dedicata alla rete oncologica aziendale
- realizzazione di campagne informative aziendali