



GIUNTA REGIONALE
Assessorato Salute, Famiglia e Pari Opportunità
Dipartimento Sanità

ALLEGATO 1

**PROGETTI PER LA REALIZZAZIONE DEGLI OBIETTIVI DI CARATTERE PRIORITARIO
E DI RILIEVO NAZIONALE – FINANZIAMENTO ANNO 2022**

Accordo Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano
Rep. Atti n. 281/CSR del 21.12.2022

INDICE

Linea Progettuale 1 - PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO CONDIVISO E PERSONALIZZATO PER PAZIENTI CON MULTICRONICITA' – ANCHE IN RELAZIONE ALL'EMERGENZA COVID-19	pag. 3
Linea Progettuale 2 - PROMOZIONE DELL'EQUITA' IN AMBITO SANITARIO	pag. 16
Linea Progettuale 3 - COSTITUZIONE E IMPLEMENTAZIONE DELLA RETE DELLA TERAPIA DEL DOLORE E SVILUPPO DELLE CURE PALLIATIVE E DELLA TERAPIA DEL DOLORE IN AREA PEDIATRICA	pag. 22
Linea Progettuale 4 – PIANO NAZIONALE PREVENZIONE E SUPPORTO AL PNP	pag. 39
Linea Progettuale 5 - LA TECNOLOGIA SANITARIA INNOVATIVA COME STRUMENTO DI INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO ANCHE IN RELAZIONE ALL'EMERGENZA COVID-19	pag. 33

SCHEMA PROGETTO		
1	LINEA PROGETTUALE 1	“PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO CONDIVISO E PERSONALIZZATO PER PAZIENTI CON MULTICRONICITÀ - ANCHE IN RELAZIONE ALL’EMERGENZA COVID-19”
	TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO	La gestione integrata della cronicità nella Regione Abruzzo
	AREA DI INTERVENTO	Cronicità

2	REGIONE RESPONSABILE DEL PROGETTO: REGIONE ABRUZZO – AZIENDE SANITARIE REGIONALI	
	Cognome nome Responsabile	Direttori generali e Direttori Sanitari Aziende sanitarie locali
	Ruolo e qualifica	
	Recapiti telefonici	
	e-mail	

3	RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO – MODALTA’ DI REPERIMENTO RISORSE:		
	Finanziamento	Riferimento (Delibera atto ecc.)	Importo
	Risorse vincolate agli obiettivi di Piano	Accordo Rep. Atti 281/CSR del 21.12.2022 Delibera di Giunta regionale n.660 del 22.10.2021 Linee guida prot. RA/0315543/DPF012 del 28/07/2021	€ 6.963.790,66
	Eventuali risorse regionali		

4	ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
	Tipologia di costi	Importo in euro	Note
	Costi gestione e funzionalità progetti	€ 6.963.790,66	

5	RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
	RISORSE NECESSARIE	N. RISORSE	NOTE
	Disponibili		
	Da acquisire		

ANALISI DEL CONTESTO/SCENARIO DI RIFERIMENTO Se pertinente riportare dati epidemiologici		
---	--	--

6

L'andamento demografico del nostro paese si caratterizza per un aumento dell'età media ed un progressivo invecchiamento della popolazione che, secondo le previsioni ISTAT, nel 2032 dovrebbe attestarsi su una quota di anziani over65 pari a circa il 28% sul totale.

L'incidenza delle patologie croniche e la comorbidità, cioè la presenza contemporanea di più patologie nello stesso individuo, aumentano al crescere dell'età con la conseguenza che si verifica una crescita continua della domanda di servizi sanitari da parte dei soggetti più anziani affetti da tali patologie che implica la necessità di assicurare trattamenti sanitari costanti per un periodo di tempo abbastanza lungo con conseguente notevole impegno di risorse finanziarie.

L'Abruzzo ha registrato, nell'intero arco temporale compreso tra il 2014 e il 2022, valori dell'indice di invecchiamento della popolazione (come rapporto tra popolazione di 65 anni e più e popolazione di età 0-14 anni, moltiplicato per 100) superiori rispetto alla media italiana ed un andamento dello stesso in continua crescita.

Il progressivo invecchiamento della popolazione si riflette inevitabilmente sul livello di cronicità, non autosufficienza e fragilità assistenziale della popolazione, con un conseguente progressivo aumento dei pazienti affetti da una o più patologie croniche.

Uno studio dell'ASR Abruzzo evidenzia come la distribuzione dei soggetti ultrasessantenni con una patologia cronica (35,9% della popolazione) sia omogenea nelle 4 province con una maggiore prevalenza a Chieti (37,8%). Anche il numero degli ultra-65enni che hanno due o più patologie croniche (10,8%) è distribuito uniformemente con un picco a Chieti (12,4%). I tassi di prevalenza su 100 abitanti del diabete, broncopneumopatia cronica e demenze è omogeneo nel territorio, mentre le malattie cardiovascolari, che comprendono le malattie del cuore e cerebrovascolari, vedono una maggiore prevalenza a Chieti (19,6%) e una più bassa prevalenza a L'Aquila (13,9%).

L'assistenza sanitaria dei pazienti cronici e multicronici è spesso frammentata e scoordinata in quanto viene seguito un approccio diagnostico-terapeutico per singola malattia che determina una maggiore richiesta di indagini clinico-diagnostiche, di trattamenti terapeutici e visite mediche con conseguente aumento degli eventi avversi e maggiore utilizzo dei servizi sanitari (cure non pianificate o di emergenza, accessi impropri al pronto soccorso).

Il Piano nazionale cronicità, approvato con l'Accordo Stato Regioni Rep. Atti n.160/CSR del 15 settembre 2016, è stato il primo strumento che ha sottolineato l'esigenza di armonizzare le attività nel campo della cronicità, attuando un riequilibrio e l'integrazione tra assistenza ospedaliera e territoriale, individuando delle strategie dirette a promuovere interventi basati sull'unitarietà dell'approccio, centrati sulla persona ed orientati ad una migliore organizzazione dei servizi e ad una piena responsabilizzazione di tutti gli attori dell'assistenza.

In tale contesto, a fronte della complessità dei bisogni assistenziali, derivanti dalla maggiore presenza di patologie croniche diventa necessario sviluppare nuove modalità organizzative, finalizzate a soddisfare le richieste assistenziali emergenti, che prevedano percorsi di integrazione multi-professionali e multi-specialistici, meccanismi di integrazione delle prestazioni sanitarie e sociali territoriali ed ospedaliere, al fine di favorire l'efficienza, l'accessibilità e la continuità delle cure per periodi di lunga durata.

Per realizzare tale obiettivo occorre utilizzare nuovi modelli assistenziali con approccio multiprofessionale e interdisciplinare, introdurre piani di assistenza individualizzati basati sull'evidenza scientifica delle singole patologie croniche, attraverso l'utilizzo dello strumento del PDTA che consente, da un lato, di standardizzare il processo assistenziale e, dall'altro, di essere alla base della definizione del Piano Assistenziale Individualizzato.

Il PDTA, infatti, consente di definire i bisogni, le azioni ed i soggetti che hanno le competenze per attuare le azioni.

Attraverso i Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali si individuano le procedure appropriate per ogni fase della malattia, si realizza un sistema di cure primarie che integra gli attori dell'assistenza primaria e quelli della specialistica ambulatoriale, sia territoriale che ospedaliera, si garantisce l'effettiva presa in carico "globale" di pazienti cronici e multicronici, costruendo un sistema di strette relazioni tra questi, il team assistenziale ed i suoi care giver di riferimento.

Tra le strategie indicate nel PNC vi è anche quella di privilegiare ed implementare le cure domiciliari, laddove le condizioni sanitarie, sociali ed abitative della persona lo consentano, al fine di garantire il mantenimento del paziente nel proprio contesto familiare riducendo il rischio di istituzionalizzazione, garantendo le prestazioni sanitarie necessarie ed attivando le risorse necessarie per supportare il paziente e la famiglia nello svolgimento delle attività quotidiane.

L'obiettivo è realizzare un sistema di cure domiciliari "integrata" che coinvolga i diversi operatori, primi fra tutti i MMG che assumono la responsabilità della gestione clinica della presa in carico, il coordinamento degli apporti professionali forniti dagli operatori dell'ADI e dagli specialisti e la continuità assistenziale nell'erogazione del trattamento.

L'approccio al fenomeno della cronicità e multicronicità deve quindi garantire:

- il riequilibrio e l'integrazione tra assistenza ospedaliera e territoriale;
- 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'adozione di interventi finalizzati alla diagnosi precoce delle patologie croniche e delle condizioni di rischio che la precedono;
- 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 "teconoassistenza" e telemedicina;
- modelli assistenziali centrati sui bisogni "globali" del paziente.

La Regione Abruzzo ha intrapreso, in attuazione degli indirizzi statali, un processo di riorganizzazione delle attività assistenziali sia in ambito ospedaliero che distrettuale con iniziative di continuità ospedale territorio, la riconversione dei piccoli presidi ospedalieri in Ospedali di Comunità, la sperimentazione delle forme aggregative delle cure primarie (AFT e UCCP) e l'adozione e condivisione di percorsi diagnostico terapeutici condivisi e personalizzati che riportano il paziente al centro del processo di cura.

Per assicurare al paziente una presa in carico globale, integrata e multidisciplinare sono stati adottati i seguenti PDTA (Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale):

- PDTA per la gestione integrata del **diabete mellito tipo 2 e tipo 1 nell'adulto** approvato con il **DCA n.75 del 05 luglio 2016**
- PDTA **Malattie infiammatorie croniche dell'intestino (MICI)** e Rete senologica -PDTA carcinoma Mammella approvati con Delibera della Giunta regionale n.340 del 26.06.2017
- PDTA Rete **oncologica polmonare - PDTA del tumore del polmone** approvato con delibera della Giunta Regionale n.556 del 5.10.2017
- PDTA **frattura collo del femore** approvato con Delibera della Giunta Regionale n.807/2017
- PDTA (Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale) della **Sclerosi Multipla** approvato con Delibera della Giunta Regionale n.562 del 01.08.2018
- PDTA **delle malattie reumatiche infiammatorie e auto-immuni**, approvato con Delibera della Giunta Regionale n.775 del 09.10.2018;
- **PDTA della Malattia Renale Cronica e Rete Nefrologica** approvato con **Delibera 328 del 12.06.2019**
- **PDTA delle demenze** approvato con la Delibera della Giunta Regionale n.513 del 9 settembre 2019
- **PDTA per la gestione del paziente con sindrome delle apnee ostruttive nel sonno"** approvato con delibera della Giunta Regionale n. 718 del 25/11/2019
- **PDTA della fibrillazione atriale e terapia anticoagulante Regione Abruzzo"**. approvato con delibera della Giunta Regionale n. 716 del 25/11/2019
- **PDTA e Linee guida regionali per la diagnosi e il trattamento della Fibromialgia** approvato con delibera della Giunta regionale n. 397 del 28/06/2021
- **PDTA della cirrosi epatica** approvato con delibera della Giunta Regionale 522 del 13.08.2021
- **PDTA della broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO)** approvato con delibera della Giunta Regionale 523 del 13.08.2021
- **PDTA dello scompenso cardiaco** approvato con delibera della Giunta Regionale 524 del 13.08.2021;
- Rete senologica e **PDTA del tumore della mammella** approvato con delibera della Giunta Regionale n.546 del 03.09.2021;
- **PDTA del diabete e rete diabetologica** approvato con delibera della Giunta Regionale n.24 del 25.01.2022.
- **PDTA del tumore del colon e del retto** approvato con la DGR n. 78 del 22.02.2022;
- Aggiornamento, con DGR n. 324 del 27.06.2022, del **PDTA sulle malattie reumatiche infiammatorie ed autoimmuni** approvato con la DGR 775 del 9 ottobre 2018

A questi si aggiungono altri importanti provvedimenti di indirizzo e programmazione inerenti la materia:

- con **Delibera della G.R. n.408 del 12.06.2018** è stato recepito l'Accordo Rep. Atti n.135/CU del 30.10.2014 tra Governo Regioni e Province autonome sul Documento recante "**Piano Nazionale delle Demenze – Strategie per il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze.**"
 - con **Delibera della G.R. n.421 del 18.06.2018** è stato recepito l'Accordo Rep. atti 160/CSR del 15 settembre 2016 tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano, sul documento **Piano Nazionale della cronicità**, concernente le strategie di programmazione sanitaria e gli interventi da attuare nel settore delle malattie cronicodegenerative ad elevato impatto assistenziale ed economico.
 - con **Delibera della G.R. n.693 del 18.09.2018** è stato approvato il documento tecnico contenente i requisiti di autorizzazione ed accreditamento delle cure domiciliari, che oltre a definire un fabbisogno teorico di assistenza domiciliare da sottoporre a rivalutazione entro il biennio successivo, ha declinato i livelli di intensità assistenziale delle cure domiciliari e definito i criteri di eleggibilità dei soggetti nei differenti livelli di intensità assistenziale.
- Tale documento oltre a ribadire che le cure domiciliari rappresentano il luogo privilegiato di assistenza del cittadino nell'ambito dei setting assistenziali a governo distrettuale, riconferma che l'erogazione dell'assistenza deve avvenire attraverso il seguente percorso assistenziale: PUA (punto unico di accesso), struttura organizzativa concordata tra distretto e ambito sociale preposta alla raccolta delle richieste di assistenza, orientamento ed informazione, indicazione dei percorsi, valutazione multidimensionale dei bisogni dell'utente da parte dell'UVM attraverso la definizione del PAI (piano di assistenza individuale) con il quale vengono individuati gli interventi necessari a raggiungere specifici obiettivi e bisogni di salute.
- Con **Delibera della G.R. n.769 del 29.11.2021** è stato recepito l'Accordo Stato Regioni Rep. Atti n. 151/CSR del 4 agosto 2021 inerente "Proposta di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'autorizzazione all'esercizio e requisiti ulteriori per l'accreditamento delle cure domiciliari, in attuazione dell'articolo 1, comma 406, della legge 30 dicembre 2020, n. 178".
 - con **Delibera della Giunta Regionale n. 481 del 05/08/2020** è stato approvato il documento tecnico "**Linee operative per lo sviluppo dei servizi di telemedicina**" in attuazione del DPCM 12 gennaio 2017.

Tale provvedimento mira a favorire lo sviluppo e l'ampliamento dei servizi di telemedicina, passando da una logica sperimentale ad una logica strutturata di utilizzo del servizio di Telemedicina, in particolare della Televisita afferente ai servizi di specialistica, al fine di accelerare l'utilizzo di modalità assistenziali da remoto da destinare alla complessa gestione della cronicità e delle situazioni cliniche di fragilità, anche alla luce dei riscontri positivi ottenuti nella fase più critica dell'emergenza epidemiologica.

Vengono individuati, in fase di prima applicazione, i seguenti ambiti assistenziali a cui applicare tali servizi di telemedicina: pazienti con patologie croniche, come il diabete, pazienti con malattie rare, pazienti con disturbo dello spettro autistico, pazienti afferenti all'area della salute mentale, con specifica attenzione all'infanzia e all'adolescenza, pazienti che necessitano di riabilitazione. Inoltre si definiscono i criteri di eleggibilità dei pazienti alle prestazioni sanitarie rese in modalità di telemedicina negli ambiti assistenziali ivi individuati, specifica gli standard di servizio, stabilisce le modalità e le condizioni di accesso, determina le prestazioni erogabili ed i relativi criteri di valorizzazione e di remunerazione.

Nel corso del 2020 e 2021 il diffondersi dell'epidemia da Covid 19 ha avuto notevoli riflessi anche sulle attività correlate alla gestione della cronicità in Regione. Infatti il rischio infettivo insorto durante la prima ondata pandemica ha indotto ad adottare misure per fronteggiare le legittime aspettative e le necessità essenziali di pazienti che, pur versando in situazioni di cronicità e fragilità, si sono trovati nella impossibilità di fruire di prestazioni programmate, con il rischio anche di un declino o aggravamento della condizione clinica.

A tal fine sono state adottate le Ordinanze del Presidente della Giunta nn. 33 e 34 del 10 aprile 2020 e 41 del 20 aprile 2020 che hanno previsto l'utilizzo e l'implementazione dei vari servizi di telemedicina per i pazienti affetti da disturbo dello spettro autistico, da diabete e da malattie rare, per assicurare l'assistenza a distanza, evitando spostamenti dal domicilio ed esposizione a rischio di contagio

Con la successiva **Delibera della Giunta regionale n. 598 del 06/10/2020**, adottata in attuazione dell'art.1 del D.L. n.34/2020 convertito in legge n.77/2020, è stato approvato uno specifico **Piano di potenziamento e riorganizzazione della Rete Assistenziale Territoriale** finalizzato ad implementare e rafforzare il sistema di accertamento diagnostico, monitoraggio e sorveglianza della circolazione di SARS-CoV-2, la presa in carico precoce dei pazienti contagiati, dei pazienti in isolamento domiciliare obbligatorio, dimessi o paucisintomatici non ricoverati e dei pazienti in isolamento fiduciario, l'organizzazione dell'attività di sorveglianza attiva effettuata a cura dei Dipartimenti di Prevenzione in collaborazione con i (MMG), (PLS) e Medici di Continuità Assistenziale, nonché con le Unità Speciali di Continuità Assistenziale (U.S.C.A.), per il monitoraggio costante e il tracciamento precoce dei casi e dei contatti.

Il Piano mette in campo delle azioni e misure dirette a garantire ai cittadini da un lato la prevenzione del rischio infettivo e dall'altro una continuità dell'assistenza ai pazienti cronici, fragili o dimessi dagli ospedali. Tali azioni riguardano, tra le altre, anche il potenziamento delle cure primarie in favore dei pazienti fragili, cronici affetti da patologie invalidanti che, soprattutto a seguito dell'emergenza epidemiologica costituiscono la parte più vulnerabile della popolazione, il potenziamento dell'assistenza domiciliare integrata, la sorveglianza ed il monitoraggio sulle strutture residenziali per non autosufficienti al fine di ridurre il più possibile il rischio di infezioni da Covid-19 negli ospiti e negli operatori.

Nel contempo, sulla base dell'esperienza maturata nella fase emergenziale di applicazione dei servizi di telemedicina, il suddetto piano stabilisce anche il potenziamento della continuità assistenziale ai pazienti cronici, fragili o dimessi dagli ospedali con una maggiore integrazione ospedale-territorio, l'implementazione e la messa a regime del Fascicolo sanitario Elettronico e, nell'ambito delle cure domiciliari, la valorizzazione degli interventi di teleassistenza per la presa in carico della persona anziana e fragile a domicilio tramite la gestione di allarmi, attivazione servizi di emergenza, di chiamate di supporto da parte di un centro servizi.

Con la **D.G.R. n. 746 del 23/11/2020** è stato approvato il **"Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione dei pazienti COVID-19"** e successivamente, a causa del manifestarsi di un sempre maggiore numero di casi riconducibili al Long – Covid-19, sono state approvate, con la **D.G.R. 121 del 4/03/2021** le **"Linee di indirizzo per il follow up dei pazienti con pregressa infezione da COVID-19"**, che definiscono un percorso di cura dedicato ai pazienti affetti da tale sindrome che, seppur guariti, conservano reliquati a carico di diversi organi e apparati.

Il Programma Operativo della Regione Abruzzo 2019-2021 – Gestione Covid 2020-2021 approvato con la **Delibera della Giunta Regionale n.880 del 22.12.2021** contiene un specifico Intervento "Dare al paziente e al suo caregiver un punto di riferimento" che prevede una serie di azioni finalizzate alla riqualificazione della presa in carico del paziente cronico da realizzarsi attraverso una maggiore integrazione tra l'assistenza ospedaliera e l'assistenza territoriale in grado di diminuire gli accessi impropri ai servizi sanitari come ad esempio al pronto soccorso o ad altre strutture di ricovero, il rafforzamento e lo sviluppo della telemedicina e gli investimenti per l'innovazione e la digitalizzazione del sistema sanitario, la riorganizzazione ed il potenziamento dell'assistenza territoriale con la programmazione e implementazione delle Case della Comunità e degli ospedali di Comunità come previsto anche dal PNRR, l'integrazione tra l'assistenza primaria, centrata sul medico di medicina generale e le cure specialistiche, l'implementazione e lo sviluppo dei PDTA ed il relativo monitoraggio, l'introduzione di figure professionali (case/care manager) che seguano il paziente dall'arruolamento ai successivi follow-up, la definizione di un patto di cura tra il paziente e tutti gli attori coinvolti.

Con il PNRR è stata individuata una strategia per fronteggiare le criticità di natura strutturale del SSN emerse nel corso pandemia che in prospettiva potrebbero essere aggravate dall'accresciuta domanda di cure derivante dalle tendenze demografiche, epidemiologiche e sociali in atto.

Le principali criticità emerse nel corso della pandemia riguardano le significative disparità territoriali nell'erogazione dei servizi, in particolare in termini di prevenzione e assistenza sul territorio, un'inadeguata integrazione tra servizi ospedalieri, servizi territoriali e servizi sociali, tempi di attesa elevati per l'erogazione di alcune prestazioni.

Nella Missione 6 Salute del PNRR sono previste riforme e misure di investimento dirette a rafforzare e potenziare il SSN attraverso il miglioramento delle dotazioni infrastrutturali e tecnologiche, l'allineamento dei servizi ai bisogni di cura dei pazienti, la riorganizzazione ed il potenziamento delle prestazioni erogate sul territorio, l'utilizzo delle tecnologie più avanzate, lo sviluppo di competenze tecnico-professionali, digitali e manageriali del personale.

Essa si articola in due componenti:

- Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale: gli interventi di questa componente intendono rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), il rafforzamento dell'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari

- Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale: le misure incluse in questa componente consentiranno il rinnovamento e l'ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, il completamento e la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) attraverso più efficaci sistemi informativi.

Ulteriori risorse sono destinate anche alla ricerca scientifica ed a favorire il trasferimento tecnologico, oltre che a rafforzare le competenze e il capitale umano del SSN anche mediante il potenziamento della formazione del personale.

Con la delibera della Giunta regionale **n.263 del 24.05.2022** la Regione ha approvato il Piano Operativo regionale – Missione 6 Salute- comprendente gli Action Plan per ciascuna linea di investimento ed il contratto istituzionale di sviluppo (CIS).

Il Piano operativo regionale, al fine del potenziamento della rete territoriale e delle strutture di prossimità prevede, tra i vari investimenti, la realizzazione, mediante l'utilizzo delle risorse del PNRR assegnate alla Regione Abruzzo con il D.M. 22.01.2022, dei seguenti interventi: nr. 40 Case della Comunità (di cui 11 nella ASL 01, n.15 nella ASL 02, n.6 nella ASL 03 e n.8 nella ASL 04) n.13 COT (centrali operative territoriali), n.11 ospedali di comunità.

La successiva Delibera della Giunta Regionale n. 773 del 13.12.2022 ha approvato, in recepimento ed applicazione del D.M. n.77 del 23.05.2022 di definizione di modelli e standard per l'assistenza territoriale, il Piano dell'assistenza territoriale della Regione Abruzzo, che riprogramma rafforza e valorizza la rete di assistenza territoriale al fine di realizzare una effettiva ed efficace integrazione ospedale/territorio a garanzia della presa in carico globale del paziente, attraverso:

- la riorganizzazione e valorizzazione del Distretto, articolazione organizzativo funzionale dell'Azienda Sanitaria Locale sul territorio, che costituisce il luogo per la gestione ed il coordinamento dei servizi sanitari e sociosanitari territoriali, dove deve realizzarsi, per il tramite delle Case della Comunità, COT e Ospedali di Comunità, la presa in carico, la continuità assistenziale e l'integrazione socio sanitaria, attraverso la stratificazione della popolazione per profilo di rischio, l'analisi e classificazione dei bisogni di salute e socioassistenziali dei pazienti, la definizione di un progetto di salute semplice o complesso da realizzarsi con equipe multidisciplinari la cui composizione varia in relazione alla complessità clinico assistenziale;
- la realizzazione delle Case di Comunità, prima struttura di prossimità per il potenziamento, l'integrazione e la riorganizzazione dei servizi sanitari offerti sul territorio, all'interno delle quali saranno attivate èquipe multidisciplinari composte da MMG, PLS, medici specialisti, infermieri di famiglia e comunità e altri professionisti della salute nonché i sanitari dell'UVM (Unità di valutazione multidisciplinare) per il coordinamento di tutti i servizi da erogare agli assistiti fragili e cronici
- l'introduzione della figura dell'infermiere di famiglia o di comunità secondo gli standard del DM 77/2022 che è inserito nelle èquipe multidisciplinari per lo svolgimento di attività ambulatoriali, di triage e di valutazione dei bisogni, per l'assistenza domiciliare di base, le attività di prevenzione e teleassistenza;
- la riorganizzazione delle aggregazioni dei MMG e PLS, UCCP e AFT, in coerenza con gli standard e modelli definiti dal DM 77 del 2022 e l'elaborazione di sistemi di raccordo tra le esistenti AFT e UCCP e le Case della Comunità (CdC) di nuova introduzione;
- la realizzazione delle Centrali Operative Territoriali (COT), per il raccordo tra i setting di passaggio dell'assistenza al paziente, favorendo la programmazione dell'offerta e la tempestività di risposta;
- la realizzazione e potenziamento degli Ospedali di Comunità preposti a svolgere interventi sanitari a media/bassa intensità clinica e degenze di breve durata;
- realizzazione di un Piano di Sanità digitale con modelli di servizi digitalizzati, utili sia per il reclutamento e la gestione dei percorsi dei pazienti, sia per l'assistenza a domicilio, sfruttando strumenti di telemedicina e tele monitoraggio, sia per l'integrazione della rete professionale (MMG e PLS, infermieri, specialisti, assistenti sociali e altre figure professionali).

Con delibera della Giunta regionale n. 14 del 17/01/2023 è stato approvato il Programma operativo 2022-2024 della Regione Abruzzo che definisce l'assetto programmatico a livello regionale, anche in funzione

	<p>della fissazione degli indirizzi di programmazione operativa ed economico-finanziaria nei confronti degli Enti del SSR.</p> <p>Nella macro-Area Assistenza territoriale-Distrettuale del predetto Programma Operativo sono previsti gli obiettivi e le correlate azioni da realizzare nel corso del triennio 2022-2024 di validità dello stesso che riguardano in particolare l'attuazione del nuovo piano territoriale piano territoriale dell'Abruzzo, attraverso la realizzazione delle strutture per la medicina di prossimità volte a potenziare la prevenzione e la promozione dei corretti stili di vita, l'assistenza e la riabilitazione delle categorie più fragili, il rafforzamento e potenziamento della struttura, funzioni e del ruolo del distretto come punto di riferimento del territorio, l'integrazione della rete di assistenza territoriale con le nuove strutture e modelli di presa in carico (Case della comunità, COT, Ospedali di Comunità), il rafforzamento e lo sviluppo della telemedicina e degli investimenti per l'innovazione e la digitalizzazione del sistema sanitario.</p> <p>Sono inoltre previsti obiettivi ed azioni per il potenziamento dell'ADI (assistenza domiciliare integrata) nell'ambito dell'Investimento 1.2.1 della Missione 6 componente 1 del PNNR, lo sviluppo di strumenti a supporto della presa in carico in ADI secondo il nuovo modello dell'assistenza territoriale, l'implementazione di strumenti di telemedicina.</p>
--	---

CRONOPROGRAMMA IN FORMATO GRAFICO

7	DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO	Data inizio previsto	Data termine previsto	Proseguimento per anno successivo
		01.01.2022	31.12.2022	31.12.2023

8	OBIETTIVO GENERALE
	<p>La Regione Abruzzo, in coerenza con gli obiettivi del Piano nazionale Cronicità recepito con Delibera della G.R. n.421 del 18.06.2018, ed in applicazione degli indirizzi contenuti nell'Accordo n.281/CSR/2022 per la LP 1 "Percorso Diagnostico terapeutico condiviso e personalizzato per pazienti con multicronicità anche in relazione all'emergenza Covid-19", tenuto conto degli atti di programmazione e di indirizzo regionali sulla materia, intende realizzare un modello assistenziale finalizzato a :</p> <ul style="list-style-type: none"> • prevenire e diagnosticare precocemente le patologie croniche attraverso l'attivazione di interventi mirati al cambiamento degli stili di vita; • assicurare al paziente con patologie croniche o multicroniche una presa in carico globale, integrata e multidisciplinare, attraverso la realizzazione di un sistema di assistenza continuativa, multidimensionale e interdisciplinari che promuova l'integrazione tra le differenti professionalità coinvolte, la piena integrazione tra servizi sanitari e sociali, in modo da assicurare la realizzazione di progetti di cura personalizzati a lungo termine centrato sui bisogni globali, non solo clinici del paziente, la razionalizzazione dell'uso delle risorse ed il miglioramento della qualità della vita. • realizzare un'assistenza domiciliare e di tipo integrato che, partendo da una valutazione organica delle attività ispirata funzionalmente alla globalità e all'intensità del piano di cura individuale, passa attraverso l'integrazione e collaborazione di tutte le figure professionali, sanitarie e sociali, la famiglia del paziente lo stesso paziente il caregiver , al fine di realizzare in un progetto unitario in grado di soddisfare bisogni di diversa natura che privilegi, nei limiti del possibile, la permanenza del paziente cronico nel contesto familiare, la continuità dell'assistenza e la valutazione evolutiva degli esiti.
9	OBIETTIVI SPECIFICI

	<ul style="list-style-type: none"> • Implementare i registri epidemiologici di prevalenza e di incidenza delle principali patologie cronico-degenerative, anche al fine di stimare le co-morbità ed identificare precocemente i cittadini a rischio cronicità/fragilità. • Ridurre l'ospedalizzazione del paziente mediante il miglioramento dell'appropriatezza del setting assistenziale, garantendo il riequilibrio tra assistenza ospedaliera e assistenza territoriale e la forte integrazione tra cure primarie e specialistiche attraverso modelli organizzativi flessibili e maggiormente operativi che prevedono servizi strutturati e operativi, reti specialistiche multidisciplinari e la stretta collaborazione ed interazione tra tutti gli operatori sanitari e socio-sanitari coinvolti. • Gestire i pazienti cronico-degenerativi nell'ambito di un servizio territoriale di assistenza dotato di figure professionali care/case Manager, secondo il modello di stratificazione del rischio che consente di inquadrare la stadiazione della patologia cronica e di delineare il percorso di cura più appropriato; • Implementare ed applicare i PDTA già adottati, implementare quelli previsti e monitorarli al fine del miglioramento della presa in carico globale del paziente (ospedaliera, territoriale, domiciliare), della continuità assistenziale e dell'accessibilità dei pazienti affetti da patologie croniche; • Implementare e potenziare il sistema di cure domiciliari "integrata" realizzando un modello di stretta interazione e collaborazione tra i diversi operatori, primi fra tutti i MMG che assumono la responsabilità della gestione clinica della presa in carico, il coordinamento degli apporti professionali forniti dagli operatori dell'ADI e dagli specialisti, al fine di assicurare la realizzazione di un progetto globale di assistenza che soddisfi i bisogni di diversa natura del paziente, la continuità assistenziale nell'erogazione del trattamento e la possibilità di permanenza del paziente nel contesto familiare . • Definire ed attivare percorsi di integrazione territoriale e professionale per garantire, attraverso le forme organizzative (AFT e UCCP), l'erogazione delle prestazioni territoriali di MMG e Specialistica ambulatoriale ai pazienti con multimorbilità per fornire risposte mono o multiprofessionali, valutare le diverse possibilità di presa in carico del paziente e realizzare piani di assistenza individualizzati; • Attivare e implementare la cartella assistenziale/clinica informatizzata per garantire la comunicazione tra i diversi setting assistenziali ed una visualizzazione immediata delle informazioni soprattutto relative al piano assistenziale individuale. • Sviluppare un sistema informativo per la verifica dell'effettiva erogazione del PAI e rivalutazione periodica, da parte di una equipe multiprofessionale delle condizioni del paziente al fine di adeguare o confermare il PAI in relazione all'evoluzione dei bisogni assistenziali • Realizzare ed implementare il sistema informativo integrato al fine dell'interconnessione telematica tra strutture ospedaliere e territoriali, per favorire la condivisione/circolazione dei dati clinici in modo da ottimizzare il percorso di cura ed evitare inutili ripetizioni di esami, inserendo le persone con cronicità o multicronicità in un monitoraggio continuo da parte dei vari attori assistenziali; • Proseguire, valorizzare e potenziare le peculiarità del modello organizzativo territoriale sperimentato nella fase dell'Emergenza COVID-19 • Avviare la programmazione per la realizzazione degli interventi previsti dal PNNR finalizzati al potenziamento dell'assistenza sanitaria territoriale, alla realizzazione delle strutture di prossimità ed allo sviluppo delle tecnologie più avanzate. • Avviare la programmazione per la riorganizzazione dell'assistenza territoriale secondo i modelli e gli standard definiti nel D.M 77/2022.
--	--

10	RISULTATI ATTESI	
	A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati al progetto	<ul style="list-style-type: none"> • Implementazione e diffusione di percorsi assistenziali condivisi; • Creazione di relazioni funzionali tra Ospedale, Territorio e assistenza primaria • Implementazione e miglioramento dei flussi informativi; • Realizzazione di percorsi formativi specifici.

	A lungo periodo, a cui tendere, non direttamente raggiungibili al termine del progetto	<ul style="list-style-type: none"> • Riorganizzazione della rete territoriale verso un modello di assistenza che pone al centro il bisogno globale del paziente, si fonda su team multiprofessionali, è strutturato su processi integrati, si basa su un'organizzazione per intensità di cura e di assistenza come risposta alla presa in carico della cronicità.
--	--	--

11	PUNTI DI FORZA	
	Indicare i punti di forza	Indicare le strategie/azioni per l'implementazione
	<p>Miglioramento della presa in carico globale (ospedaliera, territoriale, domiciliare), della continuità assistenziale e dell'accessibilità dei pazienti affetti da patologie croniche e multicroniche.</p> <p>Implementazione applicazione e monitoraggio PDTA definiti in modo condiviso e sulla logica dell'analisi di processo</p> <p>Sviluppo del sistema informativo integrato</p>	<p>Realizzazione di modelli organizzativi flessibili che prevedono servizi strutturati e operativi, reti specialistiche multidisciplinari e la stretta collaborazione ed interazione tra tutti gli operatori sanitari e socio-sanitari coinvolti e la forte integrazione tra cure primarie e specialistiche</p> <p>Centralità del paziente attraverso la realizzazione di un progetto di cura globale, la costruzione di un piano assistenziale individuale aggiornato con valutazioni periodiche e condivise con i diversi setting assistenziali, con lo stesso paziente e con la famiglia</p> <p>Realizzazione ed implementazione di un sistema informativo integrato al fine dell'interconnessione telematica tra strutture ospedaliere, territoriali e MMG, per favorire la condivisione/circolazione dei dati clinici in modo da ottimizzare il percorso di cura ed evitare inutili ripetizioni di esami, inserendo le persone con cronicità o multicronicità in un monitoraggio continuo da parte dei vari attori assistenziali.</p>

12	PUNTI DI DEBOLEZZA	
	Indicare i punti di debolezza	Indicare le strategie/azioni per la riduzione
	Rete assistenza territoriale e assistenza primaria disomogenea e frammentata	<ul style="list-style-type: none"> • riequilibrio e l'integrazione tra assistenza ospedaliera e territoriale; • riorganizzazione e coordinamento delle reti assistenziali, con una forte integrazione tra l'assistenza primaria, centrata sul medico di medicina generale, assistenza specialistica ambulatoriale • continuità assistenziale, modulata sulla base dello stadio evolutivo e sul grado di complessità della patologia; • adozione di interventi finalizzati alla diagnosi precoce delle patologie croniche e delle condizioni di rischio che la precedono; • ingresso quanto più precoce della persona con malattia cronica nel percorso diagnostico-terapeutico multidisciplinare; • potenziamento delle cure domiciliari e la riduzione dei ricoveri ospedalieri, anche attraverso l'uso di

		<p>tecnologie innovative di “tecnoassistenza” e telemedicina;</p> <ul style="list-style-type: none"> • adozione di modelli assistenziali centrati sui bisogni “globali” del paziente da valutare attraverso un piano di assistenza individuale.
--	--	--

DIAGRAMMA DI GANT												
Descrizione delle azioni relative a ogni fase	Mesi anno 2022											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Azione 1												
Azione 2												
Azione 3												
Azione 4												
Azione 5												

13	DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO			
	Obiettivi specifici	Azioni	Breve descrizione dei contenuti	Indicatori di verifica
	Realizzazione di una rete assistenziale integrata	Riequilibrio e integrazione tra assistenza ospedaliera e territoriale (Azione1)	Ridurre l’ospedalizzazione del paziente mediante il miglioramento dell’appropriatezza del setting assistenziale, garantendo il riequilibrio e l’integrazione tra assistenza ospedaliera e assistenza territoriale Migliorare la presa in carico globale del paziente (ospedaliera, territoriale, domiciliare), la continuità assistenziale e l’accessibilità alle cure dei pazienti affetti da patologie croniche;	Δ tasso di ospedalizzazione malattie croniche (diabete, BPCO, scompenso cardiaco) (indicatore D03C NSG)
Riorganizzazione e coordinamento delle reti assistenziali, (Azione 2)		Realizzare una forte integrazione tra l’assistenza primaria, centrata sul medico di medicina generale, assistenza specialistica ambulatoriale, creazione di modelli organizzativi flessibili e maggiormente operativi che prevedono servizi strutturati e operativi, reti specialistiche multidisciplinari e la stretta	Atti di programmazione e riorganizzazione/integrazione delle reti assistenziali	

			<p>collaborazione ed interazione tra tutti gli operatori sanitari e socio-sanitari coinvolti</p> <p>definire ed attivare percorsi di integrazione territoriale e professionale per garantire, attraverso le forme organizzative (AFT e UCCP) già previste che andranno riorganizzate ed integrate con quelle nuove previste dal PNRR e dalle linee di indirizzo sullo sviluppo dell'Assistenza territoriale, l'erogazione delle prestazioni territoriali di MMG e Specialistica ambulatoriale ai pazienti con multimorbidità per fornire risposte mono o multiprofessionali, valutare le diverse possibilità di presa in carico del paziente e realizzare piani di assistenza individualizzati</p>	
		Sviluppare il sistema informativo integrato (Azione 3)	Realizzare ed implementare il sistema informativo integrato al fine dell'interconnessione telematica tra strutture ospedaliere e territoriali, per favorire la condivisione/circolazione dei dati clinici in modo da ottimizzare il percorso di cura ed evitare inutili ripetizioni di esami, inserendo le persone con cronicità o multicronicità in un monitoraggio continuo da parte dei vari attori assistenziali;	progetti e/o iniziative per la realizzazione di strumenti di interconnessione flussi informativi esistenti o di nuovi applicativi
Sviluppare un approccio per percorsi assistenziali integrati mediante l'implementazione di PDTA e di strumenti/scale di valutazione condivisi		Sviluppare PDTA condivisi, a supporto della definizione dei Piani assistenziali Individuali (Azione 4)	Ridefinire i percorsi garantendo la gestione dei problemi di salute secondo un sistema di prioritizzazione mediante la realizzazione di percorsi integrati proporzionati al profilo del bisogno	PDTA adottati e recepiti e relativi indicatori
			Gestire i pazienti cronico-degenerativi nell'ambito di un servizio territoriale caratterizzato da una stretta integrazione e collaborazione tra tutti gli operatori, dotato di figure professionali care/case Manager, secondo il modello di stratificazione del rischio che consente di inquadrare la stadiazione della patologia	

			cronica e di delineare il percorso di cura più appropriato.	
		Porre il paziente al centro delle cure (Azione 5)	<p>Valorizzazione del paziente, attraverso la costituzione di un Piano Assistenziale Individuale aggiornato con valutazioni periodiche e condivise con i diversi setting assistenziali, con lo stesso paziente e con la famiglia</p> <p>Potenziare le cure domiciliari "integrate" realizzando un modello di stretta interazione e collaborazione tra i diversi operatori, primi fra tutti i MMG responsabili della gestione clinica della presa in carico, il coordinamento degli apporti professionali forniti dagli operatori dell'ADI e dagli specialisti, al fine di assicurare la realizzazione di un progetto globale di assistenza che soddisfi i bisogni di diversa natura del paziente, la continuità assistenziale nell'erogazione del trattamento e la possibilità di permanenza del paziente nel contesto familiare</p> <p>Potenziamento dei seguenti servizi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • servizi per favorire la de-istituzionalizzazione e la deospedalizzazione; • servizi integrati per il recupero dell'autonomia personale; • messa in rete delle professionalità necessarie all'approccio multidisciplinare, garantendo la disponibilità di figure professionali indispensabili (MMG, geriatra, neurologo, psichiatra, psicologo, infermiere, assistente sociale, terapeuta occupazionale, fisioterapista, operatore socio-sanitario) • servizi integrati di assistenza domiciliare che evitino una ospedalizzazione impropria e garantiscano finché possibile una vita in casa; • servizi per assistenza persone affette da demenze; 	<p>Nr pazienti assistiti negli ospedali di comunità/popolazione residente</p> <p>Nr. pazienti assistiti sul territorio nei setting residenziali/semiresidenziali/ popolazione residente</p> <p>Nr. Pazienti in ADI/popolazione residente</p>

			<ul style="list-style-type: none"> • servizi di assistenza intermedia, del tipo ospedali di comunità • garantire un'assistenza adeguata presso le strutture residenziali e semiresidenziali extraospedaliere. • Servizi di Assistenza Domiciliare integrata, anche attraverso il ricorso ad equipe multidisciplinari per determinate patologie croniche; • potenziare le attività dei centri diurni, da attivare anche in via sperimentale; • messa a regime e potenziamento degli ospedali di comunità; 	
--	--	--	---	--

14	TRASFERIBILITA' Indicare a quale altra realtà il progetto o parte di esso può essere trasferito	
	Tipo di realtà nella quale può essere implementato il progetto	Progetto o parte del progetto che può essere trasferita
	A tutte le realtà regionali	

SCHEMA PROGETTO		
1	LINEA PROGETTUALE 2	PROMOZIONE DELL'EQUITÀ IN AMBITO SANITARIO
	TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO	Promozione equità in ambito sanitario
	AREA DI INTERVENTO	Equità e miglioramento prestazioni sanitarie

2	REGIONE RESPONSABILE DEL PROGETTO: REGIONE ABRUZZO – AZIENDE SANITARIE REGIONALI	
	Cognome nome Responsabile	Direttori generali e Direttori Sanitari Aziende sanitarie locali
	Ruolo e qualifica	
	Recapiti telefonici	
	e-mail	

3	RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO – MODALTA' DI REPERIMENTO RISORSE:		
	Finanziamento	Riferimento (Delibera atto ecc.)	Importo
	Risorse vincolate degli obiettivi del PSN	Accordo Rep. Atti 281/CSR del 21.12.2022 Delibera di Giunta regionale n.660 del 22.10.2021 Linee guida prot. RA/0315543/DPF012 del 28/07/2021	€ 485.845,86
	Eventuali risorse regionali		

4	ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
	Tipologia di costi	Importo in euro	Note
	Costi gestione e funzionalità progetto	€ 485.845,86	

5	RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
	RISORSE NECESSARIE	N. RISORSE	NOTE
	Disponibili		
	Da acquisire		

6	<p>ANALISI DEL CONTESTO/SCENARIO DI RIFERIMENTO Se pertinente riportare dati epidemiologici</p> <p>Il sistema sanitario regionale deve fondarsi sui principi di equità e di rispetto delle differenze che trovano diretta derivazione dal diritto alla salute costituzionalmente riconosciuto quale diritto esigibile da parte dell'individuo e interesse della collettività.</p> <p>Le massime organizzazioni mondiali (OSM e ONU) preposte alla tutela dei diritti umani sottolineano l'esigenza che gli Stati assicurino non solo la messa a disposizione dell'intera collettività di tutti i servizi sanitari necessari, ma soprattutto che garantiscano eguali possibilità di accesso a tali prestazioni.</p> <p>Nel passaggio dall'enunciazione di principi e diritti alla loro concreta applicazione, si riscontrano spesso difficoltà ed ostacoli correlati alle congiunture economiche nazionali e locali o alle particolari condizioni disagiate di alcune aree geografiche, che possono determinare disomogeneità e differenze nell'accesso e fruizione dei servizi</p> <p>Poiché si è riscontrato che uno degli elementi che ostacolano il raggiungimento degli obiettivi di sviluppo sostenibile è la discriminazione nel capo della sanità, gli organismi internazionali raccomandano agli Stati, assicurando loro anche sostegno, di adottare azioni coordinate dirette ad eliminare e rimuovere tali discriminazioni.</p> <p>La tutela della salute, principio costituzionalmente garantito, inteso quale diritto esigibile dell'individuo ed interesse della collettività, impone che il sistema sanitario sia improntato ai principi di equità e rispetto delle differenze, assicurando anche l'assolvimento dei doveri di solidarietà e sostegno ai soggetti non abbienti.</p> <p>Per ridurre le diseguaglianze in ambito sanitario e contestualmente accrescere la qualità del processo assistenziale, occorre porre in essere azioni e programmi multisettoriali e coordinati, finalizzati non solo ad aumentare il livello di qualità dei servizi erogati, ma anche del livello di professionalità degli operatori che li erogano.</p> <p>Le Regioni nella definizione delle attività programmatiche sanitarie, devono mirare non solo a promuovere il benessere della persona, inteso nella sua più ampia accezione come benessere fisico, psichico e sociale, ma anche ridurre le barriere per gli operatori sanitari garantendo il rispetto dei diritti del lavoro in particolare salute e sicurezza sul luogo del lavoro, favorendo azioni dirette al contrasto alla violenza ed alla discriminazione ed alla promozione dei diritti umani.</p> <p>Occorre inoltre, potenziare i meccanismi di segnalazione, monitoraggio e valutazione della discriminazione in ambito sanitario, il tutto contestualizzato in un'ottica proattiva di gestione del rischio sanitario e sicurezza del paziente, come previsto dalla Legge 24/17.</p> <p>La qualità delle prestazioni sanitarie è strettamente legata alla gestione del Rischio clinico che si configura come un sistema sinergico di azioni ed attività messe in atto, con criteri metodologici omogenei e condivisi, per migliorare la qualità delle prestazioni erogate dal servizio sanitario e la sicurezza dei pazienti e degli operatori.</p> <p>Certamente, la recente pandemia causata dalla malattia da Covid 19, rappresenta un'ulteriore opportunità per rafforzare il diritto di tutti di avere accesso alle cure sanitarie ed equità nel trattamento intensivo, a garantire opportuni dispositivi di protezione individuale a tutti gli operatori sanitari ed ad implementare l'acquisizione delle attrezzature sanitarie necessarie.</p> <p>La riduzione delle discriminazioni, in ambito sanitario regionale richiede specifici interventi ed azioni mirate a diversi livelli, prevalentemente finalizzati ad agire in termini preventivi sulla sicurezza e salute sul luogo del lavoro, con contrasto alla discriminazione e violenza agli operatori.</p> <p>Sono inoltre necessarie modalità e sistemi di misurazione ed analisi delle segnalazioni inoltrate dai cittadini, che rilevano le eventuali percezioni di discriminazione subite rispetto all'auspicata efficienza del sistema sanitario regionale.</p> <p>Infine, la partecipazione dei singoli operatori sanitari alle attività aziendali di gestione del rischio clinico pone i singoli professionisti come parte attiva e partecipativa, anche per lo sviluppo di future politiche sanitarie.</p>
---	--

7	DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO	Data inizio previsto	Data termine previsto	Proseguimento per anno successivo
		01.01.2022	31.12.2022	31.12.2023

8	OBIETTIVO GENERALE	
	<p>La riduzione delle discriminazioni , in ambito sanitario regionale, deve essere assicurata attraverso specifici interventi, che prevedono azioni mirate a diversi livelli, dirette sia a migliorare l'equità di accesso alle cure in particolare per le fasce di utenza più fragili e svantaggiate sia a prevenire la sicurezza e salute sul luogo del lavoro, mediante il contrasto alla discriminazione e violenza agli operatori .</p> <p>Al fine di migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e monitorare la percezione dell'efficienza, funzionalità ed accessibilità del sistema sanitario occorre prevedere modalità di misurazione ed analisi delle segnalazioni inoltrate dai cittadini, quale riverbero della percepita discriminazione subita rispetto all'auspicata efficienza del sistema sanitario regionale.</p> <p>Sviluppare un nuovo sistema di partecipazione e di coinvolgimento attivo dei cittadini nei processi di cura e nei diversi setting di cura affinché possano esprimere compiutamente i propri bisogni ed essere facilitati nella fruizione dei servizi e nell'accesso consapevole alle cure.</p> <p>Implementare la partecipazione dei singoli operatori sanitari alle attività aziendali di gestione del rischio clinico ponendo i singoli professionisti come parte attiva e partecipativa, anche per lo sviluppo di future politiche sanitarie.</p>	
9	OBIETTIVI SPECIFICI	
	<p>Il progetto è finalizzato ad individuare e rimuovere quelle condizioni che hanno determinato situazioni di disuguaglianza o discriminazione in ambito sanitario, sia nei riguardi dei pazienti che degli operatori. Ciò può essere ottenuto attraverso il rafforzamento di azioni di supporto in favore dei pazienti, comprendenti l'analisi delle percezioni che gli stessi hanno vissuto nel momento in cui hanno fatto accesso al SSR (analisi dei dati URP, valutazione dei dati in ambito di contenzioso), unitamente alla valutazione, sugli stessi eventi, da parte degli operatori sanitari coinvolti.</p> <p>Implementare la partecipazione dei singoli operatori sanitari alle attività aziendali di gestione del rischio clinico ponendo i singoli professionisti come parte attiva e partecipativa, anche per lo sviluppo di future politiche sanitarie.</p> <p>Promuovere la prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari attraverso l'implementazione della Raccomandazione Ministeriale n. 8.</p>	

10	RISULTATI ATTESI	
	A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati al progetto	<ul style="list-style-type: none"> • Miglioramento dell'equità di accesso ai servizi sanitari da parte di tutti i cittadini e soprattutto delle fasce vulnerabili, fragili e svantaggiate • implementazione del coinvolgimento del paziente nei diversi setting di cura • misurazione ed analisi dei casi segnalati dal cittadino (contenzioso-URP); • Miglioramento prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari;

	A lungo periodo, a cui tendere, non direttamente raggiungibili al termine del progetto	<ul style="list-style-type: none"> Miglioramento dell'accesso ai servizi sanitari da parte dei cittadini e della qualità degli stessi ampio coinvolgimento del paziente nei diversi setting di cura miglioramento della sicurezza sul luogo di lavoro degli operatori
--	--	--

11	PUNTI DI FORZA	
	Indicare i punti di forzato	Indicare le strategie/azioni per l'implementazione
	Implementazione nell'organizzazione aziendale di una governance aziendale in tema di equità, che favorisca la diffusione della cultura dell'equità e degli strumenti utili alla valutazione, e alla programmazione	<ul style="list-style-type: none"> adozione di atti di indirizzo, riunioni, incontri in tema di equità e contrasto delle disuguaglianze Coinvolgimento come parte attiva di tutti gli attori: pazienti, operatori sanitari, associazioni di categoria Supporto formativo e metodologico fornito a cura di operatori e azioni da porre in essere per specializzati sulla tematica. misurazione ed analisi delle segnalazioni dei cittadini (contenzioso-URP) quale estrinsecazione di percepita mancata equità del sistema sanitario organizzativo i implementazione della Raccomandazione Ministeriale n. 8 (per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari);

12	PUNTI DI DEBOLEZZA	
	Indicare i punti di debolezza	Indicare le strategie/azioni per la riduzione
	<i>Insufficiente</i> cultura diffusa in materia di superamento delle barriere per l'equità di accesso ai servizi sanitari Procedure disomogenee	<ul style="list-style-type: none"> Formazione Omogeneizzazione procedure aziendali e diffusione best practise

DIAGRAMMA DI GANT												
Descrizione delle azioni relative a ogni fase	Mesi anno 2022											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Azione 1												
Azione 2												
Azione 3												
Azione 4												

13	DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO			
	Obiettivi specifici	Azioni	Breve descrizione dei contenuti	Indicatori di verifica
	Riduzione delle discriminazioni, in ambito sanitario	(Azione1) Maggiore diffusione della cultura in materia di superamento delle barriere per l'equità di accesso ai servizi sanitari	Al fine di assicurare una maggiore equità nell'accesso ai servizi sanitari si rende necessario diffondere la cultura dell'equità mediante l'adozione di atti di indirizzo, riunioni, incontri in tema di equità e contrasto delle disuguaglianze, percorsi formativi, coinvolgimento, come parte attiva di tutti gli attori: pazienti, operatori sanitari, associazioni di categoria	Nr. Atti di indirizzo, programmi formativi, incontri in materia di equità
		(Azione 2) Misurazione ed analisi delle segnalazioni dei cittadini (contenzioso-URP) quale estrinsecazione di percepita mancata equità del sistema sanitario organizzativo	Attraverso l'implementazione di sistemi di raccolta, misurazione e analisi delle segnalazioni dei cittadini è possibile rilevare la percezione che gli stessi hanno avuto della qualità del servizio, dell'efficienza nell'erogazione dello stesso e della valutazione di equità espressa.	Nr. segnalazioni analizzate ed evase
		(Azione 3) Maggiore coinvolgimento del paziente nei diversi setting di cura	Sviluppare un nuovo sistema di partecipazione e coinvolgimento attivo dei cittadini nei processi di cura per esprimere compiutamente i propri bisogni e facilitandoli nella fruizione dei servizi e nell'accesso consapevole alle cure	Nr. Azioni, interventi promossi
Prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari	(Azione 4) Implementazione della Raccomandazione Ministeriale n. 8 (Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari) Legge 113/200 e decreti attuativi	Le raccomandazioni ministeriali emanate nel corso degli anni mirano ad allertare gli operatori su alcuni ambiti di attività potenzialmente pericolosi, a fornire strumenti efficaci per mettere in atto azioni che siano in grado di ridurre i rischi e promuovere l'assunzione di responsabilità da parte degli operatori	Atti di indirizzo, organizzativi e formativi adottati	

14	TRASFERIBILITA' Indicare a quale altra realtà il progetto o parte di esso può essere trasferito
----	--

	Tipo di realtà nella quale può essere implementato il progetto	Progetto o parte del progetto che può essere trasferita
	A tutte le realtà regionali	

SCHEMA PROGETTO		
1	LINEA PROGETTUALE 3	COSTITUZIONE E IMPLEMENTAZIONE DELLA RETE DELLA TERAPIA DEL DOLORE E SVILUPPO DELLE CURE PALLIATIVE E DELLA TERAPIA DEL DOLORE IN AREA PEDIATRICA”
	TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO	Implementazione della rete della terapia del dolore e sviluppo delle cure palliative e della terapia del dolore in area pediatrica nella Regione Abruzzo
	AREA DI INTERVENTO	Terapia del dolore e cure palliative

2	REGIONE RESPONSABILE DEL PROGETTO: REGIONE ABRUZZO – AZIENDE SANITARIE REGIONALI	
	Cognome nome Responsabile	Direttori generali e Direttori Sanitari Aziende sanitarie locali
	Ruolo e qualifica	
	Recapiti telefonici	
	e-mail	

3	RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO – MODALTA' DI REPERIMENTO RISORSE:		
	Finanziamento	Riferimento (Delibera atto ecc.)	Importo
	Risorse vincolate agli obiettivi di Piano	Accordo Rep. Atti 281/CSR del 21.12.2022 Delibera di Giunta regionale n.660 del 22.10.2021 Linee guida prot. RA/0315543/DPF012 del 28/07/2021	€ 5.000.000,00
	Eventuali risorse regionali		

4	ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
	Tipologia di costi	Importo in euro	Note
	Costi gestione e funzionalità progetto	€ 5.000.000,00	

5	RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
	RISORSE NECESSARIE	N. RISORSE	NOTE
	Disponibili		
	Da acquisire		

6	<p>ANALISI DEL CONTESTO/SCENARIO DI RIFERIMENTO Se pertinente riportare dati epidemiologici</p> <p>La Regione Abruzzo, al fine di dare attuazione alla legge n. 38 del 15.03.2010 inerente “Disposizioni per garantire l’accesso alle cure palliative ed alla terapia del dolore” ha istituito, con delibera della G.R. n.616 del 12.09.2011 modificata dalla DGR n.300/2012 e dalla DGR n.165/2018, i Gruppi di coordinamento per l’implementazione e la gestione della Rete regionale delle cure palliative e della Rete regionale della terapia del dolore.</p> <p>Con successivo Decreto commissariale n. 51 del 11/10/2012 ha approvato le linee guida, predisposte dal Gruppo di coordinamento inerenti “Il malato terminale nella rete delle cure palliative: dall’ospedale al domicilio”. Con tale atto, oltre a ricostruire il fabbisogno assistenziale relativo ai pazienti oncologici residenti nel territorio regionale, viene definita la Rete locale delle cure Palliative come aggregazione funzionale ed integrata delle attività di Cure Palliative erogate in Ospedale, a domicilio, in Hospice ed in altre strutture residenziali.</p> <p>Vengono individuate e disciplinate le diverse tipologie di assistenza (domiciliare, residenziale, ospedaliera e ambulatoriale) erogabile nell’ambito della rete regionale delle cure palliative, i criteri di arruolamento per la presa in carico del paziente terminale, la definizione dei sistemi informativi per il monitoraggio dell’assistenza domiciliare e residenziale, l’analisi dei costi di produzione per giornata di assistenza domiciliare e residenziale e la definizione delle relative tariffe, nonché i requisiti strutturali, organizzativi e tecnologici dei diversi setting assistenziali .</p> <p>La Delibera della G.R. n.311 del 19.05.2018 ha modificato ed integrato il DCA n.51/2012 per adeguare la Rete locale delle cure Palliative alle disposizioni contenute nell’art.23 del al DPCM introducendo l’articolazione delle cure palliative domiciliari, erogate dalle Unità di Cure Palliative (UCP), sulla base dei protocolli formalizzati nell’ambito della rete, in due livelli: livello di base e livello specialistico.</p> <p>Il DCA n.07 dell’11.02.2015 oltre ad approvare il “PDTA del paziente oncologico con dolore non in fase avanzata della malattia” ha approvato il documento “Rete della Terapia del dolore” che definisce la rete della terapia del dolore come aggregazione funzionale ed integrata della attività della terapia del dolore erogate nei diversi setting assistenziali, costituite dall’insieme delle strutture sanitarie, ospedaliere, territoriali ed assistenziali dedicate al controllo del dolore in tutte le fasi della malattia. Tale aggregazione è preposta a garantire la continuità assistenziale del malato dall’ospedale al territorio, con l’obiettivo di migliorare la qualità di vita delle persone affette da dolore indipendentemente dalla eziopatogenesi</p> <p>Il documento definisce altresì le funzioni del Gruppo di coordinamento per l’implementazione e la gestione della rete della terapia del dolore, dei centri hub/centri ospedalieri del dolore, del Centro spoke/centro ambulatoriale della terapia del dolore, degli ambulatori dei mmg/pls ed individua il Hub/centro ospedaliero di terapia del dolore nel presidio ospedaliero di Chieti della ASL 02 e un centro spoke per ciascuna azienda sanitaria.</p> <p>Con la Delibera della Giunta Regionale n. 165 del 21 marzo 2018 è stata parzialmente modificata la composizione del predetto Gruppo di coordinamento per la terapia del dolore prevedendo la partecipazione dei responsabili dei centri hub/centri ospedalieri e spoke/centri ambulatoriali regionali presso gli Ospedali di Chieti, L’Aquila, Pescara, Teramo e Vasto.</p> <p>Con il DCA n. 82 del 09/10/2013, la Regione ha approvato le linee guida regionali inerenti le cure palliative e la terapia del dolore del bambino.</p> <p>Tale atto determina il fabbisogno assistenziale relativo ai pazienti pediatrici inguaribili/terminali residenti nel territorio regionale e definisce la Rete locale delle cure palliative pediatriche quale aggregazione funzionale ed integrata delle attività di Terapia del Dolore e Cure palliative rivolte al minore, erogate nei diversi setting assistenziali.</p> <p>La rete delle CPP è articolata in :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Assistenza domiciliare di base e specialistica - Assistenza residenziale – Hospice pediatrico - Assistenza ospedaliera, Assistenza in emergenza; - Assistenza territoriale <p>Vengono inoltre definiti i criteri di arruolamento e presa in carico, i requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici della rete delle cure palliative pediatriche, i sistemi informativi e la qualità dell’assistenza, la formazione del personale e la sensibilizzazione del cittadino.</p>
---	--

Con il Decreto del Commissario ad Acta n. 100 del 21 settembre 2016, è stato approvato 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 necessari ad assicurare la piena funzionalità ed operatività della rete regionale.

La Rete delle Cure Palliative e di Terapia del Dolore pediatrica (CPTDP) è stata strutturata come insieme integrato e coordinato di tutte le strutture ed istituzioni del sistema socio-sanitario necessarie nella gestione del minore, le quali a loro volta interagiscono con tutte le altre reti esistenti sul territorio per interventi specifici per l'età pediatrica, in modo da garantire un approccio adeguato alle problematiche poste dalla malattia inguaribile al piccolo paziente ed alla sua famiglia.

Inoltre nel modello organizzativo della Rete delle CPP la Regione Abruzzo ha inteso potenziare l'offerta di cure palliative domiciliari, garantendo ai pazienti pediatrici terminali una cura adeguata.

Le linee guida infatti definiscono 3 livelli assistenziali domiciliari, in base all'entità degli interventi integrati, introducendo un'assistenza specialistica per gli stadi di terminalità (oncologica e non) con il supporto di specifiche equipe, che nel caso del paziente pediatrico, devono essere composte dallo specialista in Pediatria, in Anestesia e Rianimazione, dal medico di CP, tutti con specifica formazione in CP e TDD.

Tali cure vengono quindi erogate dalle Equipe di cure palliative pediatriche (Equipe di CPP) domiciliari che garantiscono interventi in funzione della complessità, legato anche all'instabilità clinica ed ai sintomi di difficile controllo, per garantire la continuità assistenziale, interventi programmati ed articolati in sette giorni, definiti nel progetto individuale PAI, nonché la disponibilità medica sulle 24 ore, anche per la necessità di fornire supporto alle famiglie.

La Regione Abruzzo, nell'ambito delle attività relative alla definizione della rete ospedaliera ai sensi del DM n.70/2015, nella DGR 463/C del 26 luglio 2021 ha proposto una rete della terapia del dolore secondo il modello hub e spoke, che aggiorna di fatto quanto previsto nel richiamato decreto commissariale 7/2015. L'obiettivo strategico della regione è quello di rafforzare e strutturare all'interno delle logiche di rete e di sistema l'organizzazione e lo sviluppo dei Centri HUB/Spoke di terapia del dolore, inseriti negli ultimi anni all'interno dei piani organizzativi aziendali, anche attraverso l'implementazione di linee guida e di percorsi clinici condivisi sulle diverse tipologie di dolore correlato a patologie ad andamento cronico-ricidivante

Con la Delibera della Giunta Regionale n.661 del 22.10.2021 è stato recepito l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano Rep. atti n.118/CSR del 27 luglio 2020 inerente il documento "Accreditamento delle reti di cure palliative, ai sensi della legge 15 marzo 2010 n. 38".

Con la Delibera della Giunta Regionale n.689 del 02.11.2021 sono state definite le indicazioni regionali per l'attuazione del D.M. Salute del 30 giugno 2021 inerente "Individuazione dei criteri di certificazione dei requisiti (dell'esperienza professionale e delle competenze) in possesso dei medici in servizio presso le reti dedicate alle cure palliative pubbliche o private accreditate".

Con DGR 175 del 4 aprile 2022 è stato recepito l'Accordo Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano Rep. atti n. 30/CSR del 25 marzo 2021 che ha approvato i requisiti minimi organizzativi, tecnologici e strutturali di accreditamento della Rete regionale di Terapia del Dolore (TD) e Cure Palliative Pediatriche (CPP) ai sensi della L. n.38/2010.

Con la successiva Delibera della Giunta regionale n. 176 del 4.04.2022 è stato recepito l'accordo Rep. atti n.119/CSR del 27 luglio 2020 tra governo, regioni e province autonome sul documento inerente "Accreditamento delle reti di terapia del dolore" dando mandato al Servizio regionale competente per la programmazione socio sanitaria per la definizione aggiornata delle reti della terapia del dolore in linea con i contenuti del medesimo Accordo e con la normativa di settore.

L'emergenza pandemica da Covid-19 in atto ha prodotto ripercussioni anche nella gestione dei reparti delle cure palliative, degli Hospice e delle cure domiciliari, dimostrando nel contempo il valore aggiunto che la rete delle cure palliative, a distanza di più di una decina di anni dall'emanazione della Legge 38/10, ha di fatto svolto, garantendo comunque, anche in questa grave circostanza, l'accompagnamento dei malati in questi stati gravosi di sofferenza peraltro arrivati all'improvviso.

La grave crisi pandemica ha fatto emergere le criticità che possono derivare dalla scarsa interazione e integrazione tra ospedale e medicina del territorio.

Non solo per la gestione acuta dei pazienti COVID, ma anche e soprattutto per la gestione dei pazienti oncologici, si è rivelato essenziale che lo specialista possa interagire tempestivamente con i medici di

	<p>medicina generale e con i servizi territoriali. La pandemia dovrebbe essere l'occasione per rafforzare ed innovare i modelli organizzativi socio-sanitari territoriali al fine di garantire una maggiore presa in carico del paziente oncologico, anche nelle cure palliative, attraverso l'integrazione e la semplificazione dei percorsi, la prossimità degli interventi e la continuità dell'assistenza.</p> <p>Il Programma Operativo 2022-2024 della Regione Abruzzo approvato con Delibera della Giunta n.14 del 17.01.2023, per l'area assistenziale delle cure palliative e terapia del dolore prevede specifici obiettivi da realizzare nel triennio di riferimento, finalizzati al rafforzamento della governance delle cure palliative attraverso l'adozione degli atti programmatici per l'adeguamento delle reti locali delle CP ai requisiti delle Intese 2012, 2020 e 2021 ed ai nuovi standard definiti dal DM 77/2022, l'istituzione del Centro di riferimento regionale di terapia del dolore e cure palliative pediatriche, la programmazione delle Unità di cure palliative domiciliari, la programmazione graduale incremento posti letto palliativi residenziali o in hospice/Istituzione hospice pediatrico, il potenziamento della formazione del personale della Rete delle cure palliative e della terapia del dolore, l'avvio del processo di accreditamento delle reti delle cure palliative.</p> <p>Nell'area assistenziale ospedaliera, relativamente alle reti terapia del dolore e cure palliative, è definito l'obiettivo di rafforzare e strutturare lo sviluppo dei Centri HUB/Spoke di terapia del dolore mediante azioni, da realizzarsi nel periodo di riferimento, dirette alla ricognizione dell'assetto della attuale governance della rete di terapia del dolore presso le strutture ospedaliere regionali, redazione di documenti tecnici regionali di definizione di linea guida e di percorsi clinici condivisi su almeno 2 tipologie di dolore correlato a patologie ad andamento cronico-ricidivante, valutazione dell'organizzazione e dell'attività di terapia del dolore svolta presso le strutture preposte della Regione Abruzzo, monitoraggio a regime dell'organizzazione e dell'attività di terapia del dolore presso tali strutture.</p> <p>Nell'ambito delle azioni e delle risorse vincolate previste per la linea progettuale LP3 la Regione Abruzzo intende programmare e dare progressivamente attuazione alle reti della terapia del dolore e delle cure palliative, in linea con i nuovi modelli e standard delineati dalle ultime riforme, rafforzare la rete della TD e CP adulti ed implementare progressivamente la rete delle cure palliative pediatriche nel modello definito con gli atti di programmatici sopra richiamati, prevedendo anche il graduale potenziamento dell'offerta di cure palliative domiciliari e l'implementazione e lo sviluppo della rete regionale per le cure palliative domiciliari, dedicata alla terminalità oncologica e non oncologica, in stretto rapporto con l'assistenza palliativa erogata dagli hospice regionali, anche al fine di garantire la continuità delle cure ed il miglior coordinamento tra gli specialisti a vantaggio della qualità e dell'appropriatezza dell'assistenza.</p>
--	--

CRONOPROGRAMMA IN FORMATO GRAFICO

7	DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO	Data inizio previsto	Data termine previsto	Proseguimento per anno successivo
		01.01.2022	31.12.2022	31.12.2023

8	<p>OBIETTIVO GENERALE</p> <p>Implementare e potenziare l'organizzazione operativa della rete di terapia del dolore e delle cure palliative attraverso la stretta e diffusa integrazione tra assistenza ospedaliera, residenziale e territoriale, la continua condivisione del piano di assistenza, l'utilizzo di operatori sanitari con alto livello di competenza e conoscenza la diffusione e circolazione delle informazioni attraverso l'informatizzazione e la governance centralizzata che garantisca uniformità e omogeneità alla risposta e continuità delle cure.</p> <p>Avviare la programmazione per l'adeguamento e attualizzazione della rete della terapia del dolore e delle cure palliative ai nuovi standard e modelli definiti negli Accordi Stato Regioni del 2020, 2021 e nel DM 77/2022</p>
----------	---

	Adeguaire il sistema di offerta per le cure palliative in tutti i setting di cura (hospice, ospedale, territorio, domicilio) in coerenza con la riorganizzazione della rete dell'offerta assistenziale regionale complessiva e con gli atti di indirizzo e programmazione nazionale
9	<p>OBIETTIVI SPECIFICI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Potenziare la struttura organizzativa a livello regionale con funzioni di coordinamento e monitoraggio delle attività della rete • Avviare la ridefinizione dell'assetto della Rete di TD e CP adulti e pediatriche in attuazione degli Accordi del 2020 e 2021 e degli standard previsti dal D.M. 77/2022 • Attivare tutti i nodi della rete sia a livello territoriale che ospedaliero: garantendo la realizzazione di percorsi diagnostici, terapeutici e riabilitativi condivisi e predisponendo procedure clinico-assistenziali ed organizzativo-gestionali della rete uniformi; • Realizzare un sistema informativo uniforme a livello regionale in linea con gli standard nazionali che permetta la comunicazione e la tracciabilità dei nodi della rete • Garantire la continuità delle cure mediante l'integrazione dei diversi ambiti assistenziali (ospedaliero, ambulatoriale, domiciliare), la reperibilità continua di un operatore sanitario, l'univocità di riferimento in caso di passaggio del regime assistenziale, la continua condivisione del piano di assistenza e operatori sanitari con alto livello di competenza e conoscenza; • Definire e implementare equipe multiprofessionali dedicate; • Prevedere nelle equipe dedicate al paziente pediatrico, figure multiprofessionali con competenze in grado di rispondere ai molteplici bisogni che il dolore e la malattia possono determinare; • Programmare ed attuare piani di formazione sul dolore e sulle cure palliative adulti e pediatriche per tutti i professionisti dei presidi ospedalieri e del territorio • Supportare la famiglia sia a livello clinico-organizzativo che psicologico e spirituale, predisponendo programmi di supporto psicologico; • Organizzare eventi formativi aziendali per il personale sanitario ospedaliero e territoriale e per le associazioni di volontariato. • potenziare l'assistenza domiciliare di base e specialistica prevedendo un livello assistenziale per le cure palliative per gli stati di terminalità (oncologica e non) e, nel caso del paziente pediatrico, introdurre il supporto di specifiche equipe (Equipe di Cure Palliative pediatriche) che, dovranno essere composte dallo specialista in Pediatria, dallo specialista in Rianimazione e Anestesia dal Medico delle cure palliative, tutti con specifica formazione in Cure Palliative e Terapia del dolore pediatrico; • potenziare l'assistenza specialistica che è di supporto e integrativa dell'assistenza di base sempre sotto la responsabilità ed il governo del caso dal parte del PLS/MMG; • implementare l'assistenza delle Equipe di Cure Palliative Pediatriche domiciliari al fine di garantire interventi in funzione del livello di complessità, per garantire la continuità assistenziale, interventi programmati articolati sui sette giorni, definiti dal progetto di assistenza individuale (PAI), nonché la pronta disponibilità medica sulle 24 ore, anche per la necessità di fornire supporto alla famiglia • Realizzare l'informatizzazione e la digitalizzazione della rete del dolore, implementando un sistema informativo unico con l'utilizzo di una cartella informatizzata unica integrata con il territorio e sperimentando l'utilizzo del teleconsulto con gli ospedali Spoke e il collegamento con il MMG. • Implementazione, miglioramento e completamento dei flussi informativi SIAD, SDO, Hospice • garantire implementare e potenziare i due livelli di assistenza domiciliare : <ul style="list-style-type: none"> - una di base, affidata ai MMG/PLS e agli infermieri con buona conoscenza di base delle cure palliative; - una specialistica, costituita da interventi da parte di equipe multiprofessionali e multidisciplinari dedicate rivolte a malati con bisogni complessi per i quali gli interventi di base sono inadeguati e richiedono un elevato livello di competenza e modalità di lavoro interdisciplinare.

10	RISULTATI ATTESI	
	A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati al progetto	<ul style="list-style-type: none"> • Diffusione della conoscenza dell'epidemiologia del dolore sul territorio. • Miglioramento dell'integrazione e del dialogo tra tutti i tra i nodi della rete. • coinvolgimento diretto dei profili professionali con specifici percorsi formativi.
	A lungo periodo, a cui tendere, non direttamente raggiungibili al termine del progetto	<ul style="list-style-type: none"> • La riduzione degli accessi impropri al PS di paziente con dolore • potenziamento risorse umane specializzate necessarie all'operatività delle reti per le CP e TdD • Realizzazione di una Rete di Terapia del Dolore e cure palliative informatizzata che garantisca la stretta integrazione ospedale territorio, la centralizzazione dei dati, la disponibilità e la fruibilità degli stessi da parte di tutti i nodi • Costruzione della tracciabilità del paziente sviluppo azioni di sistema per l'operatività delle reti e la continuità assistenziale; • il potenziamento delle cure domiciliari e la riduzione dei ricoveri ospedalieri, anche attraverso l'uso di tecnologie innovative di "tecoassistenza";

11	PUNTI DI FORZA	
	Indicare i punti di forza	Indicare le strategie/azioni per l'implementazione
	Integrazione ospedale-territorio per presa in carico globale del paziente con dolore	L'integrazione ospedale territorio si realizza attraverso la messa in atto di azioni sinergiche tra tutte le professionalità coinvolte, con lo strumento delle dimissioni protette, che consente di realizzare la presa in carico globale e del paziente, soprattutto pediatrico, da parte della rete territoriale (domiciliare e residenziale) mantenendo i raccordi necessari con l'ospedale, al fine di garantire la continuità dell'assistenza.
	Interconnessione fra i vari centri che fanno parte della rete e sviluppo del sistema informativo integrato	<p>Formazione per tutti gli operatori delle Reti</p> <p>Attivazione di una piattaforma informativa che colleghi tutte le strutture appartenenti alla rete della TD e CPPP</p> <p>Realizzazione ed implementazione di un sistema informativo integrato al fine dell'interconnessione telematica tra strutture ospedaliere, territoriali e MMG, per favorire la condivisione/circolazione dei dati clinici</p> <p>Implementazione dei sistemi di comunicazione/informazione al fine di migliorare le relazioni tra il paziente e gli operatori</p> <p>Implementazione delle informazioni da parte delle Aziende Sanitarie ai cittadini (Carta dei servizi, campagne informative, anche attraverso i social network e iniziative pubbliche (Giornata del sollievo, ecc.)</p>

12	PUNTI DI DEBOLEZZA	
	Indicare i punti di debolezza	Indicare le strategie/azioni per la riduzione
	<p>Carenza di personale medico e delle professioni sanitarie</p> <p>Scarsa integrazione professionisti delle reti con MMG</p> <p>Carenza di comunicazione/formazione e di interazione tra i nodi della rete</p> <p>Presenza di ricoveri inappropriati</p>	<ul style="list-style-type: none"> • potenziamento risorse umane specializzate necessarie all'operatività delle reti per le CP e TdD • maggiore coinvolgimento dei MMG; • riequilibrio e implementazione dell'integrazione tra assistenza ospedaliera e territoriale; • maggiore coordinamento delle reti assistenziali, con una forte integrazione tra l'assistenza primaria, assistenza specialistica ambulatoriale, ospedaliera

DIAGRAMMA DI GANT												
Descrizione delle azioni relative a ogni fase	Mesi anno 2022											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Azione 1												
Azione 2												
Azione 3												
Azione 4												
Azione 5												
Azione 6												

13	DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO			
	Obiettivi specifici per: 1 - Costituzione e implementazione della Rete della Terapia Del Dolore	Azioni	Breve descrizione dei contenuti	Indicatori di verifica
			Al fine di assicurare un riequilibrio ed una maggiore integrazione assistenziale e garantire l'appropriatezza e continuità delle cure è necessario	

	<p>Implementazione e potenziamento del rete della terapia del dolore e delle cure palliativa in tutti i setting di cura (Ospedale, Hospice, territorio e domicilio)</p>	<p>Realizzazione di una rete assistenziale integrata (Azione 1)</p> <p>Potenziamento e stretta integrazione tra i due livelli di assistenza domiciliare (Azione 2)</p> <p>Rafforzamento del ruolo dei Gruppi di coordinamento regionale (Azione 3)</p> <p>Attualizzazione e riorganizzazione della rete della TD e CP (Azione 4)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Attivare tutti i nodi della rete sia a livello territoriale che ospedaliero: garantendo la realizzazione di percorsi diagnostici, terapeutici e riabilitativi condivisi e predisponendo procedure clinico-assistenziali ed organizzativo-gestionali della rete uniformi; • Garantire la continuità delle cure mediante l'integrazione dei diversi ambiti assistenziali (ospedaliero, ambulatoriale, residenziale, domiciliare,), la reperibilità continua di un operatore sanitario, l'univocità di riferimento in caso di passaggio del regime assistenziale, la continua condivisione del piano di assistenza e operatori sanitari con alto livello di competenza e conoscenza in TD e CP <p>Implementazione, potenziamento dell'assistenza domiciliare di base, costituita da interventi coordinati dai MMG/PLS ed erogati da medici e infermieri con buona conoscenza di base delle cure palliative; specialistica, costituita da interventi di equipe multiprofessionali e multidisciplinari dedicate in modo da personalizzare la cura domiciliare secondo i bisogni del paziente e calibrare gli interventi al livello di complessità legato anche all'instabilità clinica ed ai sintomi di difficile controllo</p> <p>Mappatura e ricognizione dei servizi di TD e CP per individuazione criticità e programmazione della revisione e riorganizzazione delle reti locali anche alla luce delle recenti riforme e dei nuovi indirizzi nazionali</p> <p>Avviare la programmazione per l'adeguamento e attualizzazione della rete della terapia del dolore e delle cure palliative ai nuovi standard e modelli</p>	<p>Definizione di protocolli aziendali di attuazione dei PDTA</p> <p>Nr. pazienti assistiti nell'anno di riferimento</p> <p>Nr. pazienti assistiti in ospedale</p> <p>Nr. pazienti assistiti ambulatorialmente</p> <p>Nr. pazienti assistiti nel territorio</p> <p>Nr. pazienti assistiti in ADI con le equipe di CP e TD</p> <p>Nr. incontri</p> <p>Atti di programmazione adottati</p>
--	--	--	--	--

		<p>Formazione (Azione 5)</p> <p>Sviluppo sistema informativo integrato (Azione 6)</p>	<p>definiti negli Accordi Stato Regioni del 2020, 2021 e nel DM 77/2022</p> <p>Realizzare piani di formazione sul dolore e sulle cure palliative per tutti i professionisti dei presidi ospedalieri e del territorio</p> <p>Realizzazione di un sistema informativo che permetta la comunicazione e la tracciabilità dei nodi della rete e l'interconnessione telematica tra strutture ospedaliere e territoriali, per favorire la condivisione/circolazione dei dati clinici</p> <p>Implementazione, miglioramento e completamento dei flussi informativi SIAD, SDO, Hospice</p> <p>Per la rilevazione degli esiti dai flussi di sistema verifica grado di corrispondenza tra nr. prestazioni erogate per cure palliative, domicilio e in hospice e prestazioni rendicontate nei flussi informativi</p>	<p>Nr. corsi attivati</p> <p>Azioni ed interventi migliorativi/correttivi posti in essere</p>
	<p>Obiettivi specifici per:</p> <p>2. Sviluppo delle cure palliative e della terapia del dolore in area pediatrica</p>	Azioni	Breve descrizione dei contenuti	Indicatori di verifica
	<p>Implementazione e potenziamento del rete della terapia del dolore e delle cure palliativa in tutti i setting di</p>		<p>Al fine di assicurare un riequilibrio ed una maggiore integrazione assistenziale e garantire la l'appropriatezza e continuità delle cure è necessario</p> <ul style="list-style-type: none"> • Attivare tutti i nodi della rete sia a livello territoriale che ospedaliero livello domiciliare (assistenza domiciliare di base e specialistica) livello residenziale (Hospice) livello ospedaliero (UU.OO. pediatrica, chirurgico pediatrica, di terapia intensiva) livello emergenza (sistema emergenza-urgenza 118), 	<p>Definizione di protocolli aziendali di attuazione dei PDTA</p>

	cura (Ospedale, Hospice, territorio e domicilio)	<p>Realizzazione di una rete assistenziale integrata (Azione 1)</p> <p>Potenziamento e stretta integrazione tra dei due livelli di assistenza domiciliare (Azione 2)</p> <p>Rafforzamento del ruolo dei Gruppi di coordinamento regionale (Azione 3)</p>	<p>livello territoriale (interventi socio-sanitarie ed educativi)</p> <ul style="list-style-type: none"> • garantire la realizzazione di percorsi diagnostici, terapeutici e riabilitativi condivisi e predisponendo procedure clinico-assistenziali ed organizzativo-gestionali della rete uniformi; • Garantire la continuità delle cure mediante l'integrazione dei diversi ambiti assistenziali (ospedaliero, residenziale, domiciliare, ambulatoriale), la reperibilità continua di un operatore sanitario, l'univocità di riferimento in caso di passaggio del regime assistenziale, la continua condivisione del piano di assistenza e operatori sanitari con alto livello di competenza e conoscenza in TDP e CPP • Implementazione e potenziamento dell'assistenza domiciliare di base e specialistica prevedendo un livello assistenziale per le cure palliative per gli stati di terminalità (oncologica e non) con il supporto di specifiche équipes (Equipe di Cure Palliative pediatriche) composte dallo specialista in Pediatria, dallo specialista in Rianimazione e Anestesia e rianimazione, dal Medico delle cure palliative, tutti con specifica formazione in Cure Palliative e Terapia del dolore pediatrico; <p>Implementare l'assistenza delle Equipe di Cure Palliative Pediatriche domiciliari al fine di garantire interventi in funzione del livello di complessità, per assicurare la continuità assistenziale, interventi programmati articolati sui sette giorni, definiti dal progetto di assistenza individuale (PAI), nonché la pronta disponibilità medica sulle 24 ore, anche per la necessità di fornire supporto alla famiglia;</p> <p>Mappatura e ricognizione dei servizi di TD e CP per individuazione criticità e programmazione della revisione e riorganizzazione delle reti locali anche alla luce delle recenti riforme e dei nuovi indirizzi nazionali</p>	<p>Nr. pazienti pediatrici assistiti nell'anno di riferimento</p> <p>Nr. pazienti assistiti in ospedale</p> <p>Nr. pazienti pediatrici assistiti nel territorio</p> <p>Nr. pazienti pediatrici assistiti ambulatorialmente</p> <p>Nr. pazienti pediatrici assistiti domiciliarmene con supporto delle équipes di CPP eTDP</p> <p>NR. incontri</p>
--	---	--	---	---

		Attualizzazione e riorganizzazione della rete della TDP e CPP	Avviare la programmazione per l'adeguamento e attualizzazione della rete della terapia del dolore e delle cure palliative pediatriche ai nuovi standard e modelli definiti negli Accordi Stato Regioni del 2020, 2021 e nel DM 77/2022	Atti di programmazione adottati
		Potenziamento della formazione (Azione 3)	Realizzare piani di formazione sul dolore e sulle cure palliative pediatriche per tutti i professionisti dei presidi ospedalieri e del territorio	Nr. corsi attivati
		Sviluppo di sistema informativo integrato (Azione 4)	Realizzazione di un sistema informativo che permetta la comunicazione e la tracciabilità dei nodi della rete e l'interconnessione telematica tra strutture ospedaliere e territoriali, per favorire la condivisione/circolazione dei dati clinici implementazione e completamento dei flussi informativi SIAD, SDO, Hospice per la rilevazione degli esiti dai flussi di sistema verifica grado di corrispondenza tra nr. prestazioni erogate per cure palliative, domicilio e in hospice e prestazioni rendicontate nei flussi informativi	Azioni ed interventi migliorativi/correttivi posti in essere
14	TRASFERIBILITA' Indicare a quale altra realtà il progetto o parte di esso può essere trasferito			
	Tipo di realtà nella quale può essere implementato il progetto		Progetto o parte del progetto che può essere trasferita	
	A tutte le realtà regionali			

SCHEMA PROGETTO		
1	LINEA PROGETTUALE 5	LA TECNOLOGIA SANITARIA INNOVATIVA COME STRUMENTO DI INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO ANCHE IN RELAZIONE ALL'EMERGENZA COVID-19
	TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO	La tecnologia sanitaria innovativa per implementare l'integrazione ospedale territorio nella Regione Abruzzo
	AREA DI INTERVENTO	Tecnologia sanitaria

2	REGIONE RESPONSABILE DEL PROGETTO: REGIONE ABRUZZO – AZIENDE SANITARIE REGIONALI	
	Cognome nome Responsabile	Direttori generali e Direttori Sanitari Aziende sanitarie locali
	Ruolo e qualifica	
	Recapiti telefonici	
	e-mail	

3	RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO – MODALTA' DI REPERIMENTO RISORSE:		
	Finanziamento	Riferimento (Delibera atto ecc.)	Importo
	Risorse vincolate agli obiettivi di Piano	Accordo Rep. Atti 281/CSR del 21.12.2022 Delibera di Giunta regionale n.660 del 22.10.2021 Linee guida prot. RA/0315543/DPF012 del 28/07/2021	€ 647.794,48
	Eventuali risorse regionali		

4	ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
	Tipologia di costi	Importo in euro	Note
	Costi gestione e funzionalità progetti	€ 647.794,48	

5	RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
	RISORSE NECESSARIE	N. RISORSE	NOTE
	Disponibili		
	Da acquisire		

6	<p>ANALISI DEL CONTESTO/SCENARIO DI RIFERIMENTO Se pertinente riportare dati epidemiologici</p> <p>La recente pandemia da Covid-19 se da un lato ha fatto emergere la fragilità e le criticità strutturali del SSN dall'altro ha messo in evidenza l'utilità della sanità digitale e in particolare della telemedicina che consente di curare e assistere a casa, a distanza, nelle aree più interne del Paese, anche in situazioni emergenziali, evitando spostamenti inutili o in alcuni casi inappropriati.</p> <p>Gli strumenti di telemedicina e telesalute permettono di realizzare la migliore presa in carico delle cronicità, attraverso la possibilità di integrare dati, setting assistenziali, ospedale e territorio e i tanti professionisti socio-sanitari che intervengono nel percorso del paziente, per aumentare qualità, sicurezza e accessibilità alle cure in generale.</p> <p>Al fine di garantire la continuità delle cure è necessario implementare e diffondere le tecnologie sanitarie soprattutto in ambito territoriale.</p> <p>La diffusione di tali strumenti in setting assistenziali caratterizzati da equipe multiprofessionali (medici, infermieri, amministrativi, etc.), talvolta molto distanti logisticamente tra loro, risulta strategica per rendere più efficiente il sistema sanitario e migliorare la qualità assistenziale attraverso l'ottimizzazione delle procedure inerenti la continuità delle cure.</p> <p>Il nuovo e grave contesto prodotto dall'emergenza pandemica ha reso ancora più evidente e pressante l'esigenza di prendere in carico i pazienti a domicilio o in strutture residenziali, ovviamente quando possibile, al fine di alleggerire l'ospedale di accessi inappropriati e di valorizzare la vocazione di quest'ultimo per l'assistenza alle condizioni cliniche acute, in emergenza-urgenza e per l'esercizio delle alte specialità.</p> <p>I servizi di telemedicina offrono un'ampia gamma di possibili soluzioni digitali per supportare l'assistenza domiciliare, sia in fase di emergenza Covid- 19, per il monitoraggio "attivo" del rischio di contagio e per il contrasto alla diffusione dell'infezione, sia successivamente per la teleassistenza in condizioni di normalità, soprattutto dei pazienti cronici e fragili.</p> <p>Con Delibera della Giunta Regionale n. 481 del 05/08/2020 la Regione Abruzzo ha approvato il documento tecnico "Linee operative per lo sviluppo dei servizi di telemedicina" in attuazione del DPCM 12 gennaio 2017. Tale provvedimento mira a favorire lo sviluppo e l'ampliamento dei servizi di telemedicina, passando da una logica sperimentale ad una logica strutturata di utilizzo del servizio di Telemedicina, in particolare della Televisita afferente ai servizi di specialistica, al fine di accelerare l'utilizzo di modalità assistenziali da remoto da destinare alla complessa gestione della cronicità e delle situazioni cliniche di fragilità, anche alla luce dei riscontri positivi ottenuti nella fase più critica dell'emergenza epidemiologica.</p> <p>Tale provvedimento individua, in fase di prima applicazione, i seguenti ambiti assistenziali a cui applicare tali servizi di telemedicina: pazienti con patologie croniche, come il diabete, pazienti con malattie rare, pazienti con disturbo dello spettro autistico, pazienti afferenti all'area della salute mentale, con specifica attenzione all'infanzia e all'adolescenza, pazienti che necessitano di riabilitazione.</p> <p>La successiva Delibera della Giunta regionale n. DGR n. 598 del 06/10/2020, che approva il Piano di potenziamento e riorganizzazione della Rete Assistenziale Territoriale di cui al D.L. n.34/2020 e s.m.i. ha previsto , oltre alle misure ed azioni per l'accertamento diagnostico, monitoraggio e sorveglianza della circolazione di SARS-CoV-2, anche la valorizzazione e l'ulteriore diffusione degli interventi di telemedicina e teleassistenza, tele-monitoraggio e teleconsulto per la presa in carico a domicilio delle persona croniche e fragili, sulla base dell'esperienza di applicazione della telemedicina maturata nella prima fase emergenziale, per garantire l'assistenza ad alcune tipologie di pazienti cronici (diabetici, autistici ecc.).</p> <p>Il PNRR, nella Missione 6 Salute - Componente 1 "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale" e Componente 2 "Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio sanitario nazionale"), per fronteggiare le criticità del SSN potenziarlo e riorganizzarlo migliorarne l'efficacia nel rispondere ai bisogni di cura delle persone , prevede investimenti diretti a rafforzare le prestazioni erogate sul territorio attraverso il potenziamento e la creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), il rafforzamento dell'assistenza domiciliare sfruttando le nuove tecnologie (come la telemedicina, la domotica, la digitalizzazione), lo sviluppo della telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche, una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari.</p> <p>Sono inoltre previste misure ed investimenti per il rinnovamento e l'ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, il completamento e la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) al fine di garantirne la diffusione, l'omogeneità e l'accessibilità su tutto il territorio nazionale da parte degli assistiti e operatori sanitari.</p> <p>Il D.M. n.77/2022 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale" nel ridisegnare e riorganizzare la rete dell'assistenza</p>
---	--

territoriale attraverso il rafforzamento delle strutture di prossimità, prevede l'istituzione delle COT che, mediante l'utilizzo delle nuove tecnologie digitali, la telemedicina, il teleconsulto e il tele monitoraggio, assicurano il coordinamento della presa in carico del paziente ed il raccordo e l'integrazione tra i servizi ed i professionisti coinvolti nei diversi setting: attività territoriali, sanitarie e socio-sanitarie, ospedaliere e rete dell'emergenza-urgenza.

La necessità di sviluppare modalità alternative a distanza per l'erogazione dei servizi sanitari e potenziare gli aspetti di digitalizzazione e dematerializzazione delle attività di monitoraggio continuo dello stato di salute del paziente in diversi ambiti di cura (case della salute, domicilio, ospedali di comunità, ambulatori medici, mezzi di trasporto sanitario, dipartimenti di urgenza emergenza, reparti ospedalieri, terapie intensive, ambulatori screening), richiede lo sviluppo e la diffusione di tecnologie che riescano a fornire una risposta vicino al paziente, governare adeguatamente al fine di garantire qualità e appropriatezza delle prestazioni erogate

Si rende quindi necessario implementare, incrementare e potenziare i sistemi di telerefertazione in tutti i reparti e dematerializzazione dei referti ai fini del potenziamento della sanità digitale nel nostro sistema sanitario regionale per l'attuazione del processo di continuità ospedale-territorio garantendo la rapida e sicura circolazione delle informazioni diagnostiche tra i diversi operatori sanitari coinvolti, realizzando un sistema di integrazione capace di connettere tutte le applicazioni, le infrastrutture ed i servizi, assicurando interoperabilità e cooperatività tra sistemi informativi.

Tali interventi dovranno comunque garantire l'interoperabilità e l'integrazione del sistema gestionale con il FSE che viene potenziato anche con gli investimenti del PNRR al fine di garantirne la diffusione, l'omogeneità e l'accessibilità su tutto il territorio nazionale da parte degli assistiti e degli operatori sanitari.

Gli interventi di digitalizzazione, di integrazione e interoperabilità tra i sistemi informativi, la diffusione ed potenziamento del FSE, lo sviluppo e diffusione della telemedicina possono contribuire a migliorare l'integrazione tra ospedale e territorio anche nell'affrontare il fenomeno della cronicità e della multicronicità, strettamente correlato al progressivo invecchiamento della popolazione, che determina un aumento continuo della domanda di servizi sanitari da parte dei soggetti più anziani affetti da tali patologie e la necessità di assicurare trattamenti sanitari costanti per un periodo di tempo abbastanza lungo con un conseguente notevole impegno di risorse finanziarie

Nella Regione Abruzzo si sta sviluppando un percorso di digitalizzazione, la cui programmazione è stata definita con la delibera n.126 del 2022 che approva il Piano strategico Digitale per la Sanità triennio anni 2021-2023 costituito di due documenti: Piano delle priorità e La strategia digitale della Sanità nella Regione Abruzzo. Il primo definisce, sulla base delle linee di indirizzo nazionali, i principi guida per la programmazione del processo digitalizzazione del SSR e per la progettazione e successiva implementazione dei sistemi, gli obiettivi del piano tra cui in particolare rilevano la centralizzazione dei sistemi di interesse regionale e l'integrazione con i sistemi locali, l'interoperabilità tra i sistemi informativi locali, regionali e nazionali, l'aggregazione delle informazioni sanitarie degli assistiti, l'identificazione certa del paziente e dei relativi dati sanitari e non.

Il documento di strategia digitale definisce la macroarchitettura per la realizzazione del sistema informativo regionale e gli interventi progettuali prioritari tra i quali si annoverano: digitalizzazione dei registri di mortalità e gestione informatica di tutti i registri per patologie, piattaforma centralizzata regionale per la gestione dei servizi territoriali sanitari e socio-sanitari, piattaforma digitale per PDTA specifici.

CRONOPROGRAMMA IN FORMATO GRAFICO

7	DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO	Data inizio previsto	Data termine previsto	Proseguimento per anno successivo
		01.01.2022	31.12.2022	31.12.2023

8	OBIETTIVO GENERALE	
	Implementazione dell'utilizzo delle tecnologie sanitarie non solo in ambito ospedaliero ma anche a livello territoriale quale strumento utile ed indispensabile per assicurare il processo di integrazione ospedale territorio, garantire la continuità delle cure, migliorare la qualità del lavoro degli operatori sanitari attraverso il collegamento virtuale tra reparti ospedalieri, presidi territoriali, MMG, specialisti ambulatoriali, evitare ricoveri inappropriati e migliorare la qualità di vita dei pazienti.	
9	OBIETTIVI SPECIFICI	
	<ul style="list-style-type: none"> • promuovere i processi di digitalizzazione in ospedale, nel territorio e nei percorsi assistenziali ospedale-territorio; • implementare e potenziare l'interoperabilità per tutti i servizi relativi al Fascicolo Sanitario elettronico • realizzare l'interoperabilità clinica tra le applicazioni delle aziende sanitarie, supportando la continuità e l'integrazione delle cure tra i diversi setting assistenziali • attivare e implementare la cartella assistenziale/clinica informatizzata per garantire la comunicazione tra i diversi setting assistenziali ed una visualizzazione immediata delle informazioni soprattutto relative al piano assistenziale individuale. • sviluppare un sistema informativo per la verifica dell'effettiva erogazione del PAI e rivalutazione periodica, da parte di una équipe multiprofessionale delle condizioni del paziente al fine di adeguare o confermare il PAI in relazione all'evoluzione dei bisogni assistenziali • realizzare ed implementare il sistema informativo integrato al fine dell'interconnessione telematica tra strutture ospedaliere e territoriali, per favorire la condivisione/circolazione dei dati clinici in modo da ottimizzare il percorso di cura ed evitare inutili ripetizioni di esami, inserendo le persone con cronicità o multicronicità in un monitoraggio continuo da parte dei vari attori assistenziali; • Incrementare l'utilizzo di soluzioni di telemedicina e telesalute per garantire una migliore qualità assistenziale delle attività nonché il supporto alle decisioni cliniche attraverso il monitoraggio di parametri fisiologici, anche in relazione alle criticità organizzative insorte in conseguenza della epidemia COVID19 	
	<ul style="list-style-type: none"> • 	

10	RISULTATI ATTESI	
	A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati al progetto	<ul style="list-style-type: none"> • digitalizzazione dei referti e collegamento tra ospedale, presidi territoriali, MMG • l'interoperabilità per tutti i servizi relativi al Fascicolo Sanitario elettronico • Implementazione e miglioramento dei flussi informativi; • Realizzazione di percorsi formativi specifici.
	A lungo periodo, a cui tendere, non direttamente raggiungibili al termine del progetto	<ul style="list-style-type: none"> • Diffusione della telemedicina per garantire la continuità delle cure dall'ospedale al territorio • Realizzazione ed implementazione di un sistema informativo integrato al fine dell'interconnessione telematica tra strutture ospedaliere, territoriali e MMG, per favorire la condivisione/circolazione dei dati

		clinici in modo da ottimizzare il percorso di cura, evitare inutili ripetizioni di esami, ridurre prestazione inappropriate.
--	--	--

11	PUNTI DI FORZA	
	Indicare i punti di forzato	Indicare le strategie/azioni per l'implementazione
	Sviluppo del sistema informativo integrato e diffusione della telemedicina e teleconsulto	Realizzazione ed implementazione di un sistema informativo integrato al fine dell'interconnessione telematica tra strutture ospedaliere, territoriali e MMG, per favorire la condivisione/circolazione dei dati clinici in modo da ottimizzare il percorso di cura, disporre di un consulto tra diversi specialisti, supportare i processi clinici decisionali, monitorare l'appropriatezza prescrittiva

12	PUNTI DI DEBOLEZZA	
	Indicare i punti di debolezza	Indicare le strategie/azioni per la riduzione
	Disomogeneità dei sistemi informativi Scarsa circolazione e condivisione delle informazioni tra le diverse reti assistenziali	<ul style="list-style-type: none"> • Implementazione e potenziamento del FSE ed interoperabilità dei servizi connessi • Realizzazione ed implementazione di un sistema informativo integrato al fine dell'interconnessione telematica tra strutture ospedaliere, territoriali e MMG • riorganizzazione e coordinamento delle reti assistenziali, con una forte integrazione tra l'assistenza primaria, centrata sul medico di medicina generale, assistenza specialistica ambulatoriale

DIAGRAMMA DI GANT												
Descrizione delle azioni relative a ogni fase	Mesi anno 2022											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Azione 1												
Azione 2												
Azione 3												
Azione 4												

13	DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO
----	------------------------------------

	Obiettivi specifici	Azioni	Breve descrizione dei contenuti	Indicatori di verifica
	Diffusione della digitalizzazione e integrazione dei sistemi informativi	Digitalizzazione referti (Azione1)	Promuovere i processi di digitalizzazione in ospedale, nel territorio e nei percorsi assistenziali integrati ospedale-territorio;	nr. referti digitalizzati
		Implementare e potenziare l'interoperabilità per tutti i servizi relativi al Fascicolo Sanitario elettronico (Azione 2)	Aumento della completezza , qualità e fruibilità dei dati della cartella clinica e della loro presenza nel FSE	Azioni migliorative
		Promozione della telemedicina e del teleconsulto (Azione 3)	Favorire l'utilizzo della telemedicina e del teleconsulto il processo di continuità ospedale-territorio, il consulto tra i diversi specialisti ed il MMG per supportare i processi clinici decisionali ed il collegamento tra i vari setting assistenziali	Azioni poste in essere per favorire la diffusione della telemedicina
		Sviluppare il sistema informativo integrato (Azione 4)	Realizzare ed implementare il sistema informativo integrato al fine dell'interconnessione telematica tra strutture ospedaliere e territoriali, per favorire la condivisione/circolazione dei dati clinici in modo da ottimizzare il percorso di cura ed evitare inutili ripetizioni di esami, inserendo le persone con cronicità o multicronicità in un monitoraggio continuo da parte dei vari attori assistenziali	Azioni poste in essere per integrare il sistema informativo
14	TRASFERIBILITA' Indicare a quale altra realtà il progetto o parte di esso può essere trasferito			
	Tipo di realtà nella quale può essere implementato il progetto		Progetto o parte del progetto che può essere trasferita	
	A tutte le realtà regionali			

SCHEDA PROGETTO		
1	LINEA PROGETTUALE 4	PIANO NAZIONALE PREVENZIONE E SUPPORTO AL PIANO NAZIONALE PREVENZIONE
	TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO	OBIETTIVO PRIORITARIO PNP (PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE)
	AREA DI INTERVENTO	Prevenzione

2	REGIONE RESPONSABILE DEL PROGETTO: REGIONE ABRUZZO	
	Cognome nome Responsabile	Dirigente pro-tempore del Servizio Prevenzione Sanitaria, Medicina territoriale
	Ruolo e qualifica	Dirigente del Servizio
	Recapiti telefonici	
	e-mail	dpf010@regione.abruzzo.it

3	RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO – MODALTA' DI REPERIMENTO RISORSE:		
	Finanziamento	Riferimento (Delibera atto ecc.)	Importo
	Risorse vincolate agli obiettivi di Piano	Accordo Rep. Atti 281/CSR del 21.12.2022	€ 6.800.000,00 cui € 6.766.000,00 alle Asl del territorio ed € 34.000,00 per i progetti di supporto al PNP dei tre network (NIEPB, AIRTUM, ONS)
	Eventuali risorse regionali		

1) OBIETTIVO PRIORITARIO PNP (PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE)

Attuare, per l'annualità 2022, quanto pianificato nel "Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025" di cui alla DGR 920/2021 per i 10 Programmi Predefiniti e per i 3 Programmi Liberi rendicontando entro il 31.03.2023 nella piattaforma web dei PRP lo stato di avanzamento rispetto ai cronogrammi e i relativi indicatori. Di seguito l'estratto dalla piattaforma web dei 10 Programmi predefiniti e 3 Programmi liberi con la tabella degli indicatori anno 2022.

Indicatori specifici			
Codice programma	Indicatore	Formula	Valore atteso

PP01	Documento regionale che descrive i programmi preventivi orientati alle life skills e le azioni/interventi per facilitare l'adozione competente e consapevole di comportamenti e stili di vita sani attraverso il cambiamento dell'ambiente scolastico, sul piano sociale, fisico e organizzativo ("Documento regionale di pratiche raccomandate")	Disponibilità di 1 Documento entro il 2022, con possibili aggiornamenti annuali	si
PP01	Sistema regionale per il monitoraggio della realizzazione degli interventi di cui al "Documento regionale di pratiche raccomandate"	Progettazione/adattamento del sistema entro il 2022	si
PP01	Rete regionale di Scuole che Promuovono Salute	Rete regionale formalizzata entro il 2022	si
PP01	Scuole raggiunte dal Programma – Attuazione pratiche raccomandate	almeno 50%	50
PP03	Documento regionale che descrive le Pratiche raccomandate e sostenibili che vengono proposte alle imprese-aziende/Pubbliche Amministrazioni/Aziende sanitarie e ospedaliere ("Documento regionale di pratiche raccomandate e sostenibili")	disponibilità di 1 Documento entro il 2022	si
PP03	Disponibilità di un sistema di monitoraggio regionale per la rilevazione della realizzazione degli interventi di cui al "Documento regionale di pratiche raccomandate e sostenibili"	Progettazione/adattamento del sistema entro il 2022	si
PP04	Sistema di monitoraggio regionale	Progettazione /adattamento	si
PP05	Documento regionale che descrive i programmi preventivi orientati alle life skills e le azioni/interventi per facilitare l'adozione competente e consapevole di comportamenti e stili di vita sani attraverso il cambiamento dell'ambiente scolastico, sul piano sociale, fisico e organizzativo ("Documento regionale di pratiche raccomandate")	Disponibilità di 1 Documento entro il 2022	si
PP05	Documento regionale che descrive le Pratiche raccomandate e sostenibili che vengono proposte alle imprese-aziende/Pubbliche Amministrazioni/Aziende sanitarie e ospedaliere ("Documento regionale di pratiche raccomandate e sostenibili")	disponibilità di 1 Documento entro il 2022	si
PP07	Strategie di intervento per le attività di vigilanza, controllo, assistenza	Report annuale dell'attività di vigilanza, controllo, assistenza	si
PP07	Piano Mirato di Prevenzione come misura di contrasto ad infortuni e malattie professionali	presenza documento di buone pratiche condivise e scheda di autovalutazione, strutturati secondo le specifiche del PMP, per ciascun comparto (edilizia e agricoltura)	si
PP07	Sorveglianza Sanitaria Efficace	realizzazione di un Report annuale (art. 40 Allegato 3B) e presenza documento di buone pratiche condivise inerente la sorveglianza sanitaria, per i comparti Edilizia e Agricoltura	si

PP08	Piano Mirato di Prevenzione come misura di contrasto ad infortuni e malattie professionali	2022: presenza documento di buone pratiche condivise e scheda di autovalutazione, strutturati secondo le specifiche del PMP, per ciascun rischio	si
PP08	Sorveglianza Sanitaria Efficace	realizzazione di un Report annuale (art. 40 Allegato 3B) e presenza documento di buone pratiche condivise inerente alla sorveglianza sanitaria	si
PP09	Accordi inter-istituzionali per il miglioramento della sorveglianza epidemiologica della popolazione residente nelle aree interessate da elevate criticità e pressioni ambientali	Stipula Accordo entro il 2022	si
PP09	Programmazione e realizzazione interventi di controllo in materia di sicurezza chimica trasversale agli ambienti di vita e di lavoro, e su prodotti immessi sul mercato	Realizzazione annuale del Programma regionale di controllo	si
PP09	Corso di formazione	1 report del corso effettuato	1
PP09	Corso di formazione	1 CORSO	1
PP10	Sorveglianza e monitoraggio (a)	verifica annuale	si
PP10	Sorveglianza e monitoraggio (b)	Incremento rispetto anno precedente	si
PP10	Sorveglianza e monitoraggio (d)_laboratori	Elenco dei Laboratori	si
PP10	Sorveglianza e monitoraggio dell'impiego degli antibiotici in ambito veterinario (d): A	Produzione Report annuale	si
PP10	Sorveglianza e monitoraggio dell'impiego degli antibiotici in ambito veterinario (d): B	produzione report annuale	si
PP10	Sorveglianza e monitoraggio dell'impiego degli antibiotici in ambito veterinario (d): C	Incremento rispetto anno precedente	si
PP10	Sorveglianza e monitoraggio dell'impiego degli antibiotici in ambito veterinario (d): D	Incremento rispetto anno precedente	si
PP10	Sorveglianza e monitoraggio (e)	Incremento rispetto anno precedente	si
PP10	Sorveglianza e monitoraggio (f)	numero di sorveglianze	3
PP10	Sorveglianza e monitoraggio (g)	Percentuale dei Comitati che producono un report annuale sulle infezioni correlate all'assistenza	100
PP10	Promozione dell'uso appropriato di antibiotici in ambito veterinario (b):	iniziative regionali di promozione dell'uso appropriato di antibiotici in ambito veterinario	1
PP10	Prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) (a):	Percentuale di ospedali che hanno attivato un Comitato per il controllo delle Infezioni correlate all'assistenza	100
PL11	nuovo sistema unico regionale di informatizzazione screening	acquisizione nuovo sistema informatizzato screening	si
PL11	implementazione del programma di screening della mammella e del colon retto	Adozione documento regionale	si

PL11	elaborazione PDTA del carcinoma della mammella	atto formale regionale	si
PL11	Ricostituzione del comitato di coordinamento regionale screening	Ricostituzione del comitato di coordinamento regionale screening	si
PL11	attuazione protocollo di screening cervicale differenziato per le bambine vaccinate a 11-12 anni contro l'HPV	invio lettera tipo bambine coorte 1997	si
PL12	Sviluppo di un programma di comunicazione univoco regionale basato sull'evidenza per la gestione della corretta informazione sui vaccini ai fini dell'adesione consapevole	offerta formativa regionale	si
PL12	Implementazione anagrafe vaccinale regionale in tutte e 4 le Asl	Completo inserimento dati vaccinali e recupero coorti pregresse	si
PL12	Consolidamento e monitoraggio nuovo sistema notifiche Malattie infettive "PREMAL"	4 asl territoriali	4
PL12	Accessibilità screening HCV,HIV,HBV,sifilide	N° inviti per test HCV,HIV,HBV,sifilide/totale della popolazione target	50
PL12	Recepimento e attuazione piani nazionali per prevenzione e controllo malattie ed emergenze infettive	Atto regionale di recepimento	si
PP01	Accordi intersettoriali (a)	Presenza di 1 Accordo regionale formalizzato - almeno a valenza quinquennale	si
PP01	Formazione congiunta "Scuola – Sanità" per la condivisione del modello Scuole che Promuovono Salute	realizzazione di almeno 1 percorso formativo di carattere regionale, progettato e gestito insieme alla Scuola	1
PP01	Formazione operatori sanitari, socio-sanitari, insegnanti e altri stakeholder	realizzazione di almeno 1 percorso formativo di carattere regionale	1
PP01	Comunicazione per diffondere la conoscenza del modello Scuole che Promuovono Salute e i risultati raggiunti	progettazione e produzione di almeno 2 strumenti/materiali (uno riguardante l'approccio e uno riguardante i risultati raggiunti) a carattere regionale	2
PP01	Lenti di equità	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA	si
PP02	Accordi intersettoriali	almeno 1 Accordo regionale	1
PP02	Formazione intersettoriale	Realizzazione di almeno 1 percorso formativo per ogni anno di vigenza del piano	1
PP02	Formazione sul counseling breve	disponibilità di almeno 1 percorso formativo di carattere regionale, con chiara identificazione e quantificazione del target formativo	1
PP02	Comunicazione ed informazione	Realizzazione di almeno 1 intervento di comunicazione/informazione per anno	1

PP02	Lenti di equità	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA	si
PP03	Accordi intersettoriali finalizzati a diffusione/sviluppo e sostenibilità del programma	almeno 1 Accordo di carattere regionale	1
PP03	Formazione dei Medici Competenti al counseling breve	realizzazione di almeno 1 percorso formativo	1
PP03	Iniziative di marketing sociale per lavoratori, famiglie, datori, associazioni	progettazione e produzione di strumenti/materiali per iniziative di marketing sociale	si
PP03	Lenti di equità	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA	si
PP04	Accordi intersettoriali	Almeno 1 accordo	1
PP04	Formazione (A)	realizzazione di almeno un percorso formativo	1
PP04	Formazione (B)	realizzazione di almeno 1 percorso formativo	1
PP04	Formazione (C)	Realizzazione di almeno un percorso formativo ogni anno	1
PP04	Comunicazione ed informazione	progettazione e produzione di strumenti/materiali per iniziative di comunicazione sociale	si
PP04	Lenti di equità	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA	si
PP05	Accordi intersettoriali	Almeno 1 accordo	1
PP05	Formazione Operatori sanitari e sociosanitari – ambito età pediatrica	Realizzazione di almeno 1 percorso formativo di carattere regionale	1
PP05	Formazione Operatori Sanitari e Sociosanitari – ambito anziani	Realizzazione di almeno 1 percorso formativo di carattere regionale	1
PP05	Comunicazione e informazione	Realizzazione di almeno 1 intervento di comunicazione/informazione	1
PP05	Lenti di equità	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA	si
PP06	Intersettorialità	almeno 2 incontri annui (livello regionale/territoriale) con redazione dei relativi verbali	si
PP06	Formazione incentrata su metodologie efficaci di verifica della valutazione del rischio	almeno 1 iniziativa annuale (incontro/seminario/convegno)	1
PP06	Comunicazione	almeno 1 report annuale sulle attività svolte e sui risultati raggiunti	1
PP06	Lenti di equità	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA	si
PP07	Operatività Comitati di Coordinamento ex art 7	almeno due incontri annui nei quali sia documentata la	2

		condivisione degli obiettivi e delle strategie del PMP	
PP07	Formazione SSL rivolta agli operatori del settore edile per il contrasto del fenomeno infortunistico e tecnopatico	almeno n. 3 iniziative/incontri/seminari/convegni all'anno	3
PP07	Comunicazione dell'approccio al rischio	Realizzazione di almeno 1 intervento di comunicazione/informazione per anno	1
PP07	Lenti di equità	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA	si
PP08	Operatività Comitati di Coordinamento ex art 7	almeno 2 incontri annui nei quali sia documentata la condivisione degli obiettivi e delle strategie dei PMP	si
PP08	Formazione incentrata su metodologie efficaci di verifica della valutazione del rischio	almeno 1 iniziativa annuale (incontro/seminario/convegno)	1
PP08	Comunicazione dell'approccio al rischio	Realizzazione di almeno 1 intervento di comunicazione/informazione	1
PP08	Lenti di equità	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA	si
PP09	Attività intersettoriali	Almeno un programma/accordo	1
PP09	Formazione Operatori Sanitari e Sociosanitari ed Operatori esterni al SSN	realizzazione di almeno un percorso formativo	1
PP09	Iniziativa/strumenti/materiali per informare e sensibilizzare la comunità e gli operatori sanitari sugli stili di vita ecosostenibili e la riduzione degli impatti diretti e indiretti dei cambiamenti climatici sulla salute	realizzazione di almeno un intervento di informazione/sensibilizzazione	1
PP09	Lenti di equità	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA	si
PP10	Tavoli tecnici intersettoriali	Costituzione di almeno un tavolo tecnico regionale	1
PP10	Formazione sull'uso appropriato di antibiotici	realizzazione di almeno un percorso formativo di carattere regionale	1
PP10	Comunicazione sull'uso appropriato di antibiotici	Realizzazione annuale del programma di comunicazione	si
PP10	Lenti di equità	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA	si
PL11	Lenti di equità	stato di avanzamento dell'azione equity-oriented	si
PL11	Accordo con Associazioni tutela diritti del cittadino	Stipula accordo	si
PL11	Presenza di un percorso formativo validato	evento formativo	si

PL11	Iniziative di marketing sociale per lavoratori, famiglie, datori, associazioni	progettazione e produzione di strumenti/materiali per iniziative di marketing sociale	si
PL11	Accordi intersettoriali	almeno 1 Accordo regionale	1
PL11	Formazione intersettoriale	Realizzazione di almeno 1 percorso formativo per ogni anno di vigenza del piano	1
PL11	Iniziative di marketing sociale per lavoratori, famiglie, datori, associazioni	progettazione e produzione di strumenti/materiali per iniziative di marketing sociale	si
PL12	Accordi intersettoriali (a)	Presenza di 1 Accordo regionale formalizzato - almeno a valenza quinquennale	si
PL12	Formazione sul counseling breve	disponibilità di almeno 1 percorso formativo di carattere regionale, con chiara identificazione e quantificazione del target formativo	1
PL12	Iniziative di marketing sociale per lavoratori, famiglie, datori, associazioni	progettazione e produzione di strumenti/materiali per iniziative di marketing sociale	si
PL12	Lenti di equità	stato di avanzamento dell'azione equity-oriented	si
PL13	Lenti di equità	stato di avanzamento dell'azione equity-oriented	si
PL13	Accordi intersettoriali	Almeno 1 accordo	1
PL13	Formazione intersettoriale	Realizzazione di almeno 1 percorso formativo per ogni anno di vigenza del piano	1
PL13	Iniziative di marketing sociale per lavoratori, famiglie, datori, associazioni	progettazione e produzione di strumenti/materiali per iniziative di marketing sociale	si

2) OBIETTIVO PRIORITARIO "SUPPORTO AL PNP"

Per le attività da realizzare si rimanda ai progetti come già approvati con DGR 127/2022 di durata quinquennale. Nel corso del 2022 dovranno essere sottoscritti tra il Dipartimento Sanità e i tre Network gli specifici accordi di collaborazione ai sensi art.15 legge 241/90 di durata pari alla vigenza del PRP della regione Abruzzo come approvato con DGR 920/2021.

QUOTA VINCOLATA: 6.800.000,00 di cui € 6.766.000,00 alle Asl del territorio ed € 34.000,00 per i progetti di supporto al PNP dei tre network (NIEPB, AIRTUM, ONS) quale maggiore somma rispetto ad € 29.137,00 quale quota fissa da Intesa. Le somme assegnate alle Asl del territorio calcolate sulla popolazione residente al 01/01/2022 sono:

Aziende sanitarie	importo
ASL 1 - Avezzano Sulmona L'Aquila	1.532.169,46
ASL 2 Lanciano Vasto Chieti	1.981.746,04
ASL 3 Pescara	1.663.122,07
ASL 4 Teramo	1.588.962,43
Tot.	6.766.000,00