

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 11 dicembre 2024, n. 1732

“Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale FSN 2020. Approvazione progetti 2020 e schede di rendicontazione delle risorse 2019.”

LA GIUNTA REGIONALE

VISTI:

- gli artt. 4, 5 e 6 della L.R. 4 febbraio 1997, n. 7;
- la Deliberazione della Giunta Regionale n. 3261 del 28 luglio 1998;
- gli artt. 4 e 16 del D.lgs. n. 165 del 30.03.2001 e ss.mm.ii.;
- gli artt. 43 e 44 dello Statuto della Regione Puglia;
- il Decreto del Presidente della Giunta regionale 22 gennaio 2021, n. 22 e ss.mm.ii., recante l’Atto di Alta Organizzazione “M.A.I.A. 2.0”;
- il Regolamento interno di questa Giunta;

VISTO il documento istruttorio del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale, Sezione Bilancio della Sanità e dello Sport, concernente l’argomento in oggetto e la conseguente proposta dell’Assessore alla Sanità, Benessere Animale e Sport per tutti;

PRESO ATTO

- a) delle sottoscrizioni dei responsabili della struttura amministrativa competente, ai fini dell’attestazione della regolarità amministrativa dell’attività istruttoria e della proposta, ai sensi dell’art. 6, co. 8 delle Linee guida sul “Sistema dei controlli interni nella Regione Puglia”, adottate con D.G.R. 23 luglio 2019, n. 1374;
- b) della dichiarazione del Direttore di Dipartimento, in merito a eventuali osservazioni sulla proposta di deliberazione, ai sensi degli artt. 18 e 20 del Decreto del Presidente della Giunta regionale 22 gennaio 2021, n. 22 e ss.mm.ii.;

Con voto favorevole espresso all’unanimità dei presenti e per le motivazioni contenute nel documento istruttorio che è parte integrante e sostanziale della presente deliberazione

DELIBERA

1. di recepire, per l’anno 2020, gli Accordi Stato – Regioni “Intesa sancita in Conferenza Stato – Regioni in data 31 marzo 2020, ai sensi dell’art.1, commi 34 e 34 bis, della legge 23 dicembre 1996, n.662, sulla proposta del Ministero della Salute di linee progettuali per l’utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l’anno 2020 (Rep. Atti n.56/CSR) e l’Intesa sancita in Conferenza Stato – Regioni in data 31 marzo 2020 sulla proposta del Ministero della Salute di deliberazione CIPE relativa all’assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate, ai sensi dell’art.1, commi 34 e 34 bis, della legge 23 dicembre 1996 n.662, alla realizzazione degli Obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l’anno 2020 (Rep. Atti n.55/CSR), nonché l’accordo sulle linee progettuali per l’utilizzo delle risorse vincolate alla realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l’anno 2020, raggiunto in sede di Conferenza Stato – Regioni il 31 marzo (Rep. Atti n. 54/CSR);
2. di approvare le schede progetto – allegate a far parte integrante del presente atto – elaborate secondo le linee progettuali indicate nell’Accordo Stato – Regioni e relative alle risorse assegnate alla Regione Puglia per l’anno 2020 pari ad euro 76.564.505,00 e contenute nell’Allegato A, composto da n. 53 pagine, quale parte integrante del presente provvedimento;
3. di autorizzare il Dirigente della Sezione Bilancio della Sanità e dello Sport a disporre, con proprie

Determinazioni, eventuali modifiche e/o integrazioni ai progetti, richieste dai competenti uffici ministeriali, di natura formale e sostanziale, che non costituiscano modificazioni della natura del progetto e della determinazione complessiva del costo;

4. di approvare le schede di rendicontazione – allegate a far parte integrante del presente atto – elaborate secondo le linee progettuali indicate nell'Accordo Stato – Regioni e relative alle risorse assegnate alla Regione Puglia per l'anno 2019 pari ad euro 81.198.487,00 e contenute nell'Allegato B, composto da n. 26 pagine, quale parte integrante del presente provvedimento;
5. di dare atto che dal presente provvedimento non scaturiscono oneri di alcun genere a carico del bilancio regionale, come precisato nella parte relativa agli adempimenti contabili del presente provvedimento;
6. di disporre la pubblicazione della presente deliberazione sul BURP della Regione Puglia nella versione integrale;
7. di notificare il presente atto, a cura della Sezione Bilancio della Sanità e dello Sport, al Ministero della Salute per gli adempimenti di competenza.

Il Segretario Generale della Giunta

ANNA LOBOSCO

Il Presidente della Giunta

MICHELE EMILIANO

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

Oggetto: Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale FSN 2020. Approvazione progetti 2020 e schede di rendicontazione delle risorse 2019.

VISTI:

- la D.G.R. 15 settembre 2021, n. 1466, recante l'approvazione della Strategia regionale per la parità di genere, denominata "Agenda di Genere";
- la D.G.R. del 03 luglio 2023, n. 938 del Registro delle Deliberazioni, avente ad oggetto "D.G.R. n. 302/2022 - Valutazione di impatto di genere. Sistema di gestione e di monitoraggio. Revisione degli allegati";
- la Legge Regionale n. 37 del 29/12/2023, "Disposizioni per la formazione del Bilancio di previsione 2024 e Bilancio pluriennale 2024-2026 della Regione Puglia (Legge di Stabilità Regionale 2024)";
- la Legge Regionale n. 38 del 29/12/2023, "Bilancio di previsione della Regione Puglia per l'esercizio finanziario 2024 e pluriennale 2024-2026";
- la Deliberazione di Giunta regionale del 22/01/2024 n. 18, "Bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2024 e pluriennale 2024-2026. Articolo 39, comma 10, del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118. Documento tecnico di accompagnamento e Bilancio Finanziario Gestionale. Approvazione";
- la L.R. Puglia n. 29/2017 recante "istituzione dell'Agenzia Regionale Sanitaria Strategica per la Salute ed il Sociale (ARESS)", come successivamente integrata e modificata;
- Visto l'Accordo sancito in Conferenza Stato – Regioni in data 31 marzo 2020, ai sensi dell'art.1, commi 34 e 34 bis, della legge 23 dicembre 1996, n.662, sulla proposta del Ministero della Salute di linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2020 (Rep. Atti n.56/CSR);
- Vista l'Intesa sancita in Conferenza Stato – Regioni in data 31 marzo 2020 sulla proposta del Ministero della Salute di deliberazione CIPE relativa all'assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate, ai sensi dell'art.1, commi 34 e 34 bis, della legge 23 dicembre 1996 n.662, alla realizzazione degli Obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2020 (Rep. Atti n.55/CSR);
- Visto l'accordo sulle linee progettuali per l'utilizzo delle risorse vincolate alla realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2020, raggiunto in sede di Conferenza Stato – Regioni il 31 marzo (Rep. Atti n. 54/CSR), con cui sono state definite le seguenti linee progettuali:
 1. Percorso diagnostico terapeutico condiviso e personalizzato per pazienti con multicronicità;
 2. Promozione dell'equità in ambito sanitario;
 3. Costituzione e implementazione della rete della terapia del dolore e sviluppo delle cure palliative e della terapia del dolore in area pediatrica;
 4. Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione;
 5. La tecnologia sanitaria innovativa come strumento di integrazione ospedale territorio.
- Vista la delibera CIPE n. 21 del 14 maggio 2020, con cui è stato disposto il riparto delle risorse vincolate alla realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, con assegnazione, per la Regione Puglia, di € 76.564.505,00;
- Visto che occorre procedere al recepimento degli Accordi Stato - Regioni su obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale e obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno

2020, raggiunto in sede di Conferenza Stato – Regioni il 31 marzo 2020 (Rep. Atti n. 54/CSR), (Rep. Atti n. 55/CSR), (Rep. Atti n. 56/CSR);

- Vista la DGR n. 57 del 26/02/2023 avente ad oggetto “Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale FSN 2019. Recepimento Accordi Stato – Regione sulla proposta del Ministro della salute di linee progettuali per l’utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l’anno 2019. Approvazione progetti e schede di dettaglio delle risorse.”

CONSIDERATO CHE:

- il comma 34-bis dell’art. 1, legge 23 dicembre 1996, n. 662 dispone che “per il perseguimento di tali obiettivi le regioni elaborano specifici progetti sulla scorta di linee guida proposte dal Ministero della Salute e approvate con accordo in sede di Conferenza Stato – Regioni. Il Ministero dell’Economia e finanze, per facilitare le regioni nell’attuazione dei progetti, provvede ad erogare, a titolo di acconto, il 70 per cento dell’importo annuo spettante a ciascuna Regione, mentre l’erogazione del restante 30 per cento è subordinata all’approvazione da parte della Conferenza Stato – Regioni, su proposta del Ministero della Salute, dei progetti presentati dalla Regioni comprensivi di una relazione illustrativa dei risultati raggiunti nell’anno precedente”.
- l’AReSS Puglia ed i competenti uffici regionali hanno predisposto i seguenti progetti, la cui relazione illustrativa, corredata dalla specifica relazione sui risultati raggiunti nell’anno precedente, è allegata al presente atto a costituirne parte integrante:
 - Linea progettuale 1 – Percorso diagnostico terapeutico condiviso e personalizzato per i pazienti con multicronicità: Care Puglia 3.0;
 - Linea progettuale 2 – Promozione dell’equità in ambito sanitario: Centro di Orientamento Oncologico Regionale;
 - 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: Rete regionale di cure palliative;
 - Linea progettuale 4 – Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione: Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione, di cui il 5 per mille destinato al supporto al Piano Nazionale Prevenzione;
 - Linea progettuale 5 – La tecnologia sanitaria innovativa come strumento di integrazione ospedale territorio: Percorsi di cura con servizi di telemedicina.
- nel rispetto dei vincoli specifici alla ripartizione delle risorse assegnate con l’intesa della Conferenza Stato – Regioni sulla proposta del Ministro della Salute relativa all’assegnazione alle Regioni delle quote vincolate alla realizzazione degli Obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l’anno 2020 (Rep. Atti n. 54/CSR) – l’AReSS ha predisposto i progetti allegati al presente atto a costituirne parte integrante;

DATO ATTO CHE:

- i progetti sono integrati, a pieno titolo, nelle attività istituzionali riferite ai Livelli Essenziali di Assistenza, e che sono già state avviate a sostegno dell’attività istituzionale delle Aziende, costituendo vincolo per le stesse indipendentemente dalla burocratizzazione dei procedimenti e dalla materiale erogazione dei fondi, che costituisce supporto aggiuntivo per il detto perseguimento;

- le linee programmatiche approvate rivestono particolare interesse e rilievo per la pianificazione regionale;

VISTE le rendicontazioni aziendali, acquisite agli atti, e visti i modelli LA delle Aziende Sanitarie, predisposti per l'invio al Ministero della Salute, dai quali sulla base delle risultanze economiche per livelli essenziali di assistenza, si è preso atto della coerenza delle destinazioni delle somme vincolate;

RAVVISATA LA NECESSITA' di inviare al Ministero della Salute il presente atto, corredato:

- ✓ delle schede di **programmazione** dei progetti **per l'anno 2020**, al fine di consentire l'effettivo riconoscimento delle risorse assegnate alla Regione Puglia, giusta deliberazione CIPE n. 21/2020, così come di seguito dettagliati:

LINEA	TITOLO DEL PROGETTO	COSTO COMPLESSIVO
1	Care Puglia 3.0	€ 47.343.318,36
2	Centro di Orientamento Oncologico Regionale	€ 2.660.941,68
3	Rete regionale di cure palliative	€ 7.497.986,00
4	Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione	€ 17.995.166,00
	di cui - Supporto al Piano Nazionale Prevenzione	€ 89.976,00
5	Percorsi di cura con servizi di telemedicina	€ 1.067.092,96
TOTALE		€ 76.564.505,00

- ✓ delle schede di **rendicontazione** dei progetti **per l'anno 2019** al fine di completare l'iter procedurale previsto per l'anno 2019, così come di seguito dettagliati:

LINEA	TITOLO DEL PROGETTO	COSTO COMPLESSIVO
1	Care Puglia 3.0	€ 52.801.214,00
2	Centro di Orientamento Oncologico Regionale	€ 1.940.184,00
3	Rete regionale di cure palliative	€ 7.518.966,00
4	Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione	€ 18.045.517,00
	di cui - Supporto al Piano Nazionale Prevenzione	€ 90.228,00
5	Percorsi di cura con servizi di telemedicina	€ 892.606,00
TOTALE		€ 81.198.487,00

TENUTO CONTO CHE:

- la presente deliberazione non comporta implicazioni dirette e/o indirette, di natura economico-finanziaria e/o patrimoniale e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del Bilancio di Previsione 2023 ed al Bilancio Pluriennale 2023-2025 e che assicura il

rispetto dei vincoli di finanza pubblica vigenti e gli equilibri di bilancio ai sensi del D.Lgs.118 /2011 e ss.mm.ii.;

- L'atto ha valore ricognitivo in quanto le somme con riferimento all'anno 2020 sono state già impegnate sul Capitolo 751068/2020 giusti AD n. 168/DIR/2020/511 e n. 168/DIR/2020/550 e liquidate in favore delle Aziende Sanitarie giusti AD n. 168/DIR/2020/511 e n. 168/DIR/2021/337;

TANTO PREMESSO E CONSIDERATO si rende necessario proporre alla Giunta Regionale di:

- approvare le premesse, che costituiscono parte integrante e sostanziale del seguente provvedimento;
- di recepire, per l'anno 2020, gli Accordi Stato – Regioni “Intesa sancita in Conferenza Stato – Regioni in data 31 marzo 2020, ai sensi dell'art.1, commi 34 e 34 bis, della legge 23 dicembre 1996, n.662, sulla proposta del Ministero della Salute di linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2020 (Rep. Atti n.56/CSR) e l'Intesa sancita in Conferenza Stato – Regioni in data 31 marzo 2020 sulla proposta del Ministero della Salute di deliberazione CIPE relativa all'assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate, ai sensi dell'art.1, commi 34 e 34 bis, della legge 23 dicembre 1996 n.662, alla realizzazione degli Obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2020 (Rep. Atti n.55/CSR), nonché l'accordo sulle linee progettuali per l'utilizzo delle risorse vincolate alla realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2020, raggiunto in sede di Conferenza Stato – Regioni il 31 marzo (Rep. Atti n. 54/CSR);
- di approvare le schede progetto – allegate a far parte integrante del presente atto – elaborate secondo le linee progettuali indicate nell'Accordo Stato – Regioni e relative alle risorse assegnate alla Regione Puglia per l'anno 2020 pari ad euro 76.564.505,00 e contenute nell'Allegato A, composto da n. 53 pagine, quale parte integrante del presente provvedimento;
- di autorizzare il Dirigente della Sezione Bilancio della Sanità e dello Sport a disporre, con proprie Determinazioni, eventuali modifiche e/o integrazioni ai progetti, richieste dai competenti uffici ministeriali, di natura formale e sostanziale, che non costituiscano modificazioni della natura del progetto e della determinazione complessiva del costo;
- di approvare le schede di rendicontazione – allegate a far parte integrante del presente atto – elaborate secondo le linee progettuali indicate nell'Accordo Stato – Regioni e relative alle risorse assegnate alla Regione Puglia per l'anno 2019 pari ad euro 81.198.487,00 e contenute nell'Allegato B, composto da n. 26 pagine, quale parte integrante del presente provvedimento;

Garanzie di riservatezza

“La pubblicazione sul BURP, nonché la pubblicazione all'Albo o sul sito istituzionale, salve le garanzie previste dalla legge 241/1990 in tema di accesso ai documenti amministrativi, avvieni nel rispetto della tutela della riservatezza dei cittadini secondo quanto disposto dal Regolamento UE n. 2016/679 in materia di protezione dei dati personali, nonché dal D.Lgs. 196/2003 ss.mm.ii., ed ai sensi del vigente Regolamento regionale 5/2006 per il trattamento dei dati

sensibili e giudiziari, in quanto applicabile. Ai fini della pubblicità legale, il presente provvedimento è stato redatto in modo da evitare la diffusione di dati personali identificativi non necessari ovvero il riferimento alle particolari categorie di dati previste dagli articoli 9 e 10 del succitato Regolamento UE.”. Il presente provvedimento sarà pubblicato in versione integrale sul BURP.

Esiti Valutazione di impatto di genere:

La presente deliberazione è stata sottoposta a Valutazione di impatto di genere ai sensi della D.G.R. n. 938 del 03/07/2023.

L'impatto di genere stimato è: **neutro**

COPERTURA FINANZIARIA AI SENSI DEL D.LGS. 118/2011 E SS.MM.II.

La presente deliberazione non comporta implicazioni dirette e/o indirette, di natura economico-finanziaria e/o patrimoniale e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale. La presente deliberazione non comporta implicazioni di natura finanziaria sul Fondo Sanitario Regionale.

Tutto ciò premesso, ai sensi dell'art. 4, co. 4 lett. k della L.R. 7/1997, si propone alla Giunta regionale:

1. di recepire, per l'anno 2020, gli Accordi Stato – Regioni “Intesa sancita in Conferenza Stato – Regioni in data 31 marzo 2020, ai sensi dell'art.1, commi 34 e 34 bis, della legge 23 dicembre 1996, n.662, sulla proposta del Ministero della Salute di linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2020 (Rep. Atti n.56/CSR) e l'Intesa sancita in Conferenza Stato – Regioni in data 31 marzo 2020 sulla proposta del Ministero della Salute di deliberazione CIPE relativa all'assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate, ai sensi dell'art.1, commi 34 e 34 bis, della legge 23 dicembre 1996 n.662, alla realizzazione degli Obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2020 (Rep. Atti n.55/CSR), nonché l'accordo sulle linee progettuali per l'utilizzo delle risorse vincolate alla realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2020, raggiunto in sede di Conferenza Stato – Regioni il 31 marzo (Rep. Atti n. 54/CSR);
2. di approvare le schede progetto – allegate a far parte integrante del presente atto – elaborate secondo le linee progettuali indicate nell'Accordo Stato – Regioni e relative alle risorse assegnate alla Regione Puglia per l'anno 2020 pari ad euro 76.564.505,00 e contenute nell'Allegato A, composto da n. 53 pagine, quale parte integrante del presente provvedimento;
3. di autorizzare il Dirigente della Sezione Bilancio della Sanità e dello Sport a disporre, con proprie Determinazioni, eventuali modifiche e/o integrazioni ai progetti, richieste dai competenti uffici ministeriali, di natura formale e sostanziale, che non

- costituiscano modificazioni della natura del progetto e della determinazione complessiva del costo;
4. di approvare le schede di rendicontazione – allegate a far parte integrante del presente atto – elaborate secondo le linee progettuali indicate nell’Accordo Stato – Regioni e relative alle risorse assegnate alla Regione Puglia per l’anno 2019 pari ad euro 81.198.487,00 e contenute nell’Allegato B, composto da n. 26 pagine, quale parte integrante del presente provvedimento;
 5. di dare atto che dal presente provvedimento non scaturiscono oneri di alcun genere a carico del bilancio regionale, come precisato nella parte relativa agli adempimenti contabili del presente provvedimento;
 6. di disporre la pubblicazione della presente deliberazione sul BURP della Regione Puglia nella versione integrale;
 7. di notificare il presente atto, a cura della Sezione Bilancio della Sanità e dello Sport, al Ministero della Salute per gli adempimenti di competenza.

I sottoscritti attestano la regolarità amministrativa dell’attività istruttoria e della proposta, ai sensi dell’art. 6, co. 3, lett. da a) ad e) delle Linee guida sul “Sistema dei controlli interni nella Regione Puglia”, adottate con D.G.R. 23 luglio 2019, n. 1374.

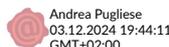
IL RESPONSABILE E.Q. “Controllo di gestione degli Enti SSR e Coordinamento Amministrativo Contabile del SI MOSS”

Gabriella TRIPODO _____



IL DIRIGENTE del Servizio “Controllo di Gestione delle Aziende del SSR e Governo del Sistema Informativo MOSS”

Andrea PUGLIESE _____



IL DIRIGENTE della Sezione “Bilancio della Sanità e dello Sport”

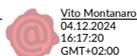
Benedetto G. PACIFICO _____



Il Direttore ai sensi degli artt. 18 e 20 del Decreto del Presidente della Giunta regionale 22 gennaio 2021, n. 22 e ss.mm.ii., NON RAVVISA osservazioni.

IL DIRETTORE del Dipartimento “Promozione della Salute e del Benessere Animale”

Vito MONTANARO _____



L’Assessore alla Sanità, Benessere Animale e Sport per tutti ai sensi del vigente Regolamento della Giunta regionale,

propone

alla Giunta regionale l’adozione del presente atto.

L’ASSESSORE alla Sanità, Benessere Animale e Sport per tutti

Raffaele PIEMONTESE _____





ALLEGATO A

ALLEGATO C

SCHEMA PROGETTO		
1	LINEA PROGETTUALE	Percorso diagnostico terapeutico condiviso e personalizzato per pazienti con multi-cronicità
	TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO	Piano delle Cronicità regionale
	AREA DI INTERVENTO	Gestione delle Multicronicità con assistenza multidisciplinare

2	REGIONE RESPONSABILE DEL PROGETTO		
		<i>Cognome Nome Responsabile</i>	Dott. Vito Carbone
		<i>Ruolo e qualifica</i>	Dirigente Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale
		<i>Recapiti telefonici</i>	
		<i>e-mail</i>	v.carbone@regione.puglia.it

3	RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO - MODALITÀ DI REPERIMENTO RISORSE		
	Finanziamento	Riferimento (Delibera, atto ecc.)	Importo
	○ <i>Risorse vincolate degli obiettivi del PSN</i>		
	○ <i>Eventuali Risorse regionali</i>	<i>DGR 1882 del 30/11/2020 DGR 1346 del 04/08/2021</i>	Euro 47.343.318,36

4	ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
	<i>Tipologia di costi</i>	<i>Importo in euro</i>	<i>Note</i>
	○ Costi per la formazione		
	○ Costi gestione ADI Cronicità	€ 22.902.807,36	In quadratura modello LA
	○ Costi del personale	€ 20.004.995,00	In quadratura modello LA

o	Costi per servizi non sanitari	€ 3.072.753,00	In quadratura modello LA
o	Altri costi di gestione	€ 1.362.763,00	In quadratura modello LA

RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO			
5	<i>RISORSE NECESSARIE</i>	<i>N. RISORSE</i>	<i>NOTE</i>
o	Disponibili	<i>Euro 47.343.318,36</i>	
o	Da acquisire	<i>Euro 47.343.318,36</i>	

6	<p>ANALISI DEL CONTESTO/SCENARIO DI RIFERIMENTO <i>se pertinente riportare dati epidemiologici, di attività, ecc.</i></p>	<p>La sfida della cronicità è stata affrontata a livello nazionale con il Piano Nazionale Cronicità, che indica come gli obiettivi di cura di questi pazienti devono essere finalizzati al miglioramento del quadro clinico e dello stato funzionale, alla minimizzazione della sintomatologia, alla prevenzione della disabilità e al miglioramento della qualità della vita. Il progetto Piano delle Cronicità regionale - partendo dalla esperienza Care Puglia 3.0 - è rivolto principalmente a pazienti affetti da una patologia o più patologie croniche incidenti contemporaneamente (comorbidità o multi-morbidità). Si stima che circa il 70-80% delle risorse sanitarie a livello mondiale sia oggi speso per la gestione delle malattie croniche; il dato diviene ancora più preoccupante alla luce delle più recenti proiezioni epidemiologiche, secondo cui nel 2020 esse rappresenteranno l'80% di tutte le patologie nel mondo. La cura per questi pazienti cronici, non potendo prevedere la guarigione, è finalizzata al miglioramento della qualità di vita attraverso una stabilizzazione del quadro clinico e alla prevenzione delle complicanze e della disabilità.</p> <p>La presenza di pluri-patologie rende ancor più necessaria la presa in carico da parte del medico di assistenza primaria al fine di evitare che l'intervento di diverse figure professionali risulti frammentario, focalizzato solo al trattamento della singola patologia, con approcci a volte contrastanti, che, oltre a possibili sovrapposizioni diagnostiche e terapeutiche, possono rendere complicato l'ottenimento dell'auspicato risultato della riduzione delle complicanze e della disabilità.</p>
---	---	---

	<p>Le malattie croniche, con l'avanzare dell'età, si associano sempre più alla riduzione dell'autonomia, della mobilità, della capacità funzionale e della vita di relazione e possono essere considerate la principale causa di morbidità, disabilità e mortalità, in particolar modo se si associano ad uno stato di svantaggio socio-economico da parte del cittadino. Dalla Banca Dati regionale emerge che la prevalenza dei soggetti cronici si attesta intorno al 40% della popolazione, il quale assorbe circa l'80% del valore tariffario delle prestazioni sanitarie erogate in regione.</p> <p>Il confronto con il resto d'Italia (dati ISTAT) mette in evidenza come la Puglia sia la regione con i più alti carichi di malattia cronica sia per quanto concerne i soggetti con almeno una cronicità grave che i soggetti con tre o più cronicità gravi.</p> <p>Già on DGR del 30 Ottobre 2018 N. 1935 è stato approvato il modello Care Puglia 3.0 per il governo della domanda e presa in carico dei pazienti cronici, predisposto dall'AReSS e dal Dipartimento per la Promozione della Salute della Regione Puglia e già condiviso con il Ministero della Salute.</p> <p>Il progetto si fonda su procedure di gestione delle cronicità integrate con i sistemi di gestione e raccolta strutturata dei dati sanitari e assistenziali integrati nel Fascicolo Sanitario Elettronico e sfrutta piattaforme ICT, la telemedicina e le tecnologie AAL al fine di promuovere un nuovo modello di presa in carico del paziente nel lungo termine, prevenendo e contenendo la disabilità, garantendo continuità assistenziale e integrandosi a pieno con gli interventi sociosanitari.</p>
--	--

CRONOPROGRAMMA IN FORMATO GRAFICO

7	DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO	Data inizio prevista	Data termine prevista	Possibile ulteriore proseguimento per anno successivo
		01/01/2020	31/12/2020	SI

8	OBIETTIVO GENERALE	L'obiettivo principale del progetto in continuità con l'anno precedente è il mantenimento in buona salute della popolazione: considerando come proxy dell'impegno assistenziale i valori tariffari delle prestazioni sanitarie erogate e guardando l'evoluzione della coorte dei cronici pugliesi.
9	OBIETTIVI SPECIFICI	<p>Gli obiettivi specifici del progetto prevedono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • la riorganizzazione della filiera erogativa fra ospedale e territorio, attraverso la presa in carico del paziente, evitando la frammentazione dei processi; • la stratificazione della popolazione assistita nell'ambito territoriale di competenza da parte della Regione Puglia, che assegna ciascun soggetto ad una fascia a diverso livello di complessità e di domanda, in relazione ai bisogni individuati; • il supporto di tutti i processi legati alla gestione della cronicità, in piena aderenza al modello CCM (Chronic Care Model); • la programmazione personalizzata del percorso di cura attraverso un Piano Assistenziale Individuale (PAI) declinato dal PDTA teorico specifico per la patologia; • il reclutamento attivo della persona, presa in carico globale e follow-up proattivo attraverso funzioni di case manager, per garantire il raccordo funzionale e informativo con i vari livelli di cura.
10	<p>RISULTATI ATTESI</p> <p>A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati dal progetto</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorare complessivamente il livello di attuazione del progetto; • Gestire l'orchestrazione degli attori che insistono con diverse complessità e responsabilità nella presa in carico ed attuazione del percorso diagnostico-terapeutico del paziente cronico; • Definire i PDTA 'Percorsi Diagnostico

		<p>Terapeutico Assistenziali' di riferimento per le patologie di interesse. I PDTA stanno avendo forte diffusione nel mondo della Sanità in quanto standardizzano l'accesso alla diagnosi e alla cura;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorare i percorsi di cura personalizzati attraverso i Piani di Assistenza Individuale (PAI) definiti dai medici di medicina generale, declinati dal PDTA di riferimento.
	A lungo periodo, a cui tendere, non direttamente raggiungibili al termine del progetto	<ul style="list-style-type: none"> • Fornire ai pazienti una app (assistente virtuale) in grado di registrare i parametri vitali e prestazioni di carattere diagnostico previste dai PAI (es. glucometri a, saturimetria, spirometri a, ECG), in modo da fornire detti parametri ai medici di medicina generale attraverso sistemi di telemedicina; • Integrarsi con i sistemi informativi della Regione (Edotto, SIST/FSE) attingendo ai dati già esistenti, evitandone la duplicazione, e rappresentando un front-end unico di accesso ai dati per la gestione della cronicità; • Supportare la formazione continua di tutti gli attori che a diverso titolo partecipano alla presa in carico del paziente attraverso sistemi di teleformazione.

PUNTI DI FORZA		
	Indicare le strategie/azioni per l'implementazione	
11	<p>Indicare i punti di forza</p> <p>Progettazione multi-istituzionale che vede una pluralità di soggetti coinvolti nell'attuazione di moduli di lavoro condivisi. Il complessivo modello di gestione delle cronicità, orientato alla presa in carico del paziente, prevede la partecipazione di più attori che interagiscono nella gestione di attività complesse quali l'attenta analisi della domanda sanitaria, l'arruolamento, l'organizzazione del percorso di cura, il monitoraggio e la remunerazione.</p>	<p>Indicare le strategie/azioni per l'implementazione</p> <p>Suddivisione chiara dei compiti degli attori secondo lo schema di seguito riportato: AReSS Puglia – Agenzia Regionale strategica per la Salute e il Sociale:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Effettua la segmentazione e trasmette gli elenchi dei malati cronici ai MMG • Monitora gli esiti (<i>outcome</i>) delle cure per ogni assistito; • Effettua studi epidemiologici orientati al Population Health Management; • Effettua il monitoraggio della spesa legata alla cronicità. <p>Regione Puglia – ASL – Distretti.</p>

PUNTI DI DEBOLEZZA	
Indicare i punti di <i>debolezza</i>	Indicare le strategie/azioni per la riduzione
12 Integrazioni con i Sistemi Regionali e Aziendali	<p>In funzione di quanto previsto dalla DGR n. 1803 del 16/10/2018 che approva il “Piano triennale 2018-2020 di Sanità Digitale della Regione Puglia”, i sistemi regionali Edotto e SIST - FSE ricoprono un ruolo centrale nell’ecosistema sanità della Regione Puglia. Le componenti legate alla piattaforma informatica PGC da realizzare a supporto della presa in carico dei pazienti cronici, devono garantire le opportune integrazioni tra il livello regionale e aziendale, ed eventualmente con i sistemi in uso presso i medici dell’assistenza primaria.</p> <p>Il sistema Edotto è il Sistema Informativo Sanitario della Regione Puglia, e costituisce il sistema cardine indispensabile per il governo del servizio sanitario regionale. La presa in carico del paziente necessita obbligatoriamente delle informazioni del paziente di responsabilità del sistema regionale.</p> <p>I sistemi attualmente in uso presso i MMG/PLS potranno interagire tramite servizi web con la Piattaforma regionale di gestione delle cronicità consentendo una più facile e agevole gestione degli adempimenti previsti nel PAI.</p> <p>Le principali integrazioni da realizzare a beneficio della integrazione e di gestione delle cronicità, sono di seguito elencate:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anagrafica regionale di Edotto per il recepimento delle informazioni anagrafiche e sanitarie di responsabilità del sistema sanitario regionale; • Gestione dei Consensi di Edotto per le relative autorizzazioni in merito al trattamento dei dati personali e clinici; • Fascicolo Sanitario Elettronico del SISR, per garantire la pubblicazione e la consultazione in ambito dei PAI, in particolare alle strutture erogatrici distrettuali ed ai medici di assistenza primaria, e l'interazione con il cittadino come strumento attraverso il quale il cittadino può consultare la propria storia sanitaria; • Sistemi software dei medici di assistenza primaria per raccogliere i dati delle prestazioni/farmaci/ricoveri effettuati per l’effettuazione del PAI; • Eventuale integrazione con i sistemi di prenotazione regionali ed aziendali onde favorire la visibilità sulle agende di prenotazione

		e supportando la tempestiva prenotazione di prestazioni.
	Definizione di una piattaforma unica di gestione delle Cronicità	<p>Ai fini della realizzazione della Piattaforma di gestione della Cronicità occorre prevedere una preliminare fase di <i>assessment</i>, da condurre previa istituzione di apposito tavolo tecnico partecipato dai referenti della Regione e dai responsabili del progetto Care Puglia, e programmate per mezzo di incontri e riunioni finalizzati alla definizione e validazione delle specifiche della piattaforma software da realizzare.</p> <p>Completata la fase di <i>Assessment</i>, definite le specifiche e le strategie di raccolta delle informazioni sui processi di presa in carico della cronicità, il progetto entrerà nella fase di completa operatività e non più di sperimentazione.</p>

DIAGRAMMA DI GANT												
Descrizioni delle azioni relative a ogni fase	Mesi											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Attivazione del Piano Assistenziale Individuale (PAI) sul modello care puglia	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Definizione di un sistema di gestione informatico/informativo	x	x	x	x	x							
Coinvolgimento dei MMG	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Monitoraggio del tasso standardizzato dell'utilizzo dell'assistenza domiciliare popolazione anziana	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO				
	Fase	Azioni	Breve descrizione dei contenuti	Indicatori di verifica
13	1	Monitoraggio PAI	il Piano Assistenziale Individuale (PAI) ovvero un documento di sintesi del programma di diagnosi e cura che consente di adattare la programmazione degli interventi al contesto individuale, sulla base di specifici obiettivi di salute.	>n° di adesioni al PAI rispetto al 2019.
	2	Monitoraggio assistenza pazienti anziani		Tasso standardizzato 2020 > tasso standardizzato 2019

TRASFERIBILITA' <i>Indicare: a quale altra realtà il progetto o parte di esso può essere trasferito</i>	
Tipo di realtà nella quale può essere implementato il progetto	Progetto o parte del progetto che può essere trasferita
<p>1 4</p> <p>Locale_Regionale</p> <p>I pazienti target sono rappresentati dagli assistibili dal SSR Puglia con età superiore a 40 anni affetti dalle patologie di interesse previste nella fase sperimentale:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ipertensione arteriosa • Diabete Mellito di tipo II • Broncopneumopatia cronico-ostruttiva (BPCO) • Scompenso cardiaco <p>I pazienti potenzialmente reclutabili sono complessivamente pari a 1.080.424, pari in media a 295 per ciascun medico di medicina generale.</p>	<p>In Puglia il fenomeno assume una ulteriore valenza se si pensa che dal confronto con il resto d'Italia (dati ISTAT 2015) emerge come la Puglia sia la regione con i più alti carichi di malattia cronica sia per quanto concerne i soggetti con almeno una cronicità grave che i soggetti con tre o più cronicità gravi.</p> <p>La sfida della cronicità è stata affrontata a livello nazionale con il Piano Nazionale Cronicità, che indica come gli obiettivi di cura di questi pazienti devono essere finalizzati al miglioramento del quadro clinico e dello stato funzionale, alla minimizzazione della sintomatologia, alla prevenzione della disabilità e al miglioramento della qualità della vita.</p> <p>E' prevista una prima fase sperimentale della durata massima di due anni, al termine della quale il modello assistenziale così definito potrà essere trasferito all'intera popolazione cronica con il coinvolgimento di tutti i Medici di Medicina Generale.</p>

ALLEGATO C

SCHEMA PROGETTO				
1	LINEA PROGETTUALE	Promozione dell'equità in ambito sanitario.		
	TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO	Centro di Orientamento Oncologico Regionale		
	AREA DI INTERVENTO	Ridurre le barriere di accesso dei pazienti alle strutture sanitarie, così come degli aspetti organizzativi, etc...		
2	REGIONE RESPONSABILE DEL PROGETTO			
		<i>Cognome Nome Responsabile</i>	Dott.ssa Antonella Caroli	
		<i>Ruolo e qualifica</i>	Dirigente Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale	
		<i>Recapiti telefonici</i>		
		<i>e- mail</i>	a.caroli@regione.puglia.it	
3	RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO - MODALITÀ DI REPERIMENTO RISORSE			
		Finanziamento	Riferimento (Delibera, atto ecc.)	Importo
	o	<i>Risorse vincolate degli obiettivi del PSN</i>		
	o	<i>Eventuali Risorse regionali</i>	DGR 1882 del 30/11/2020 DGR 1346 del 04/08/2021	2.660.941,68 €
4	ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO			
		<i>Tipologia di costi</i>	<i>Importo in euro</i>	<i>Note</i>
	o	Costi gestione progetto	261.080,23 €	DA RENDICONTAZIONE AZIENDE

	o Costi del personale	2.399.861,45 €	DA RENDICONTAZIONE AZIENDE
--	-----------------------	----------------	----------------------------

	RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
5	<i>RISORSE NECESSARIE</i>	<i>N. RISORSE</i>	<i>NOTE</i>
	o Disponibili	2.660.941,68 €	
	o Da acquisire	2.660.941,68 €	

6	<p>ANALISI DEL CONTESTO/SCENARIO DI RIFERIMENTO <i>se pertinente riportare dati epidemiologici, di attività, ecc.</i></p>	<p>Il fenomeno della mobilità passiva ha implicazioni sociali ed economiche importanti nel settore anche in termini di promozione e diritto dell'equità di accesso. In termini di volumi di mobilità sanitaria interregionale, con riferimento ai dati SDO 2019, si rileva un dato pressoché stabile in termini di mobilità passiva.</p> <p>In generale, la scelta dei cittadini di "fuggire" al di fuori dei propri confini regionali per avere accesso alle cure necessarie è governata principalmente da tre fattori:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. la qualità delle cure nel 56% dei casi; 2. le liste di attesa nel 25% dei casi; 3. altri motivi di natura logistica nel 19% dei casi.
---	---	---

CRONOPROGRAMMA IN FORMATO GRAFICO

7	DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO	Data inizio prevista	Data termine prevista	Possibile ulteriore proseguimento
---	---------------------------------	----------------------	-----------------------	-----------------------------------

				per anno successivo
		01/01/2020	31/12/2020	SI
8	OBIETTIVO GENERALE	<p>In continuità con l'anno 2019, i Centri di Orientamento Oncologico regionale (COro) devono orientare e supportare l'ingresso dei nuovi pazienti nella Rete Oncologica Regionale, e contestualmente indirizzarli ai Gruppi di Patologia Interdisciplinari (GPI), assicurarne la presa in carico iniziale ed il mantenimento in carico al termine di ogni ciclo terapeutico, tenere traccia dell'intero percorso diagnostico-terapeutico fungendo anche da punto di riferimento per il disbrigo delle pratiche amministrative connesse al percorso di cura. Fungono, pertanto, da elemento cardine per la gestione della continuità assistenziale della persona ammalata attraverso funzione di raccordo con gli altri COro e con i restanti elementi costitutivi della rete. Eliminare la disparità di trattamento e di accesso alle cure dei pazienti grazie ad una accurata organizzazione assistenziale, alla garanzia delle informazioni ed alla conoscenza dei percorsi di cura offerti ai malati. Garantire equità di accesso al percorso di cura oncologica, sia per i pazienti con sospetta diagnosi da accertare che per quelli con diagnosi già accertata.</p>		
9	OBIETTIVI SPECIFICI	<ol style="list-style-type: none"> 1. completamento del modello organizzativo dei COro. 2. Monitoraggio e verifica dei centri di orientamento oncologico istituiti. 3. Verifica dell'Istituzione dei gruppi interdisciplinari di patologia mediante l'individuazione dei componenti del team presso ciascun COro (oncologo, infermiere Care-manager, psico-oncologo, assistente sociale, amministrativo e volontario) 4. Verifica del corretto funzionamento del regolamento di funzionamento dei COro 		

RISULTATI ATTESI		
10	A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati dal progetto	<ol style="list-style-type: none"> 1. Incremento degli accessi dei pazienti con sospetta diagnosi da accertare e dei pazienti con diagnosi già accertata, tramite i COrO. 2. Appropriately ed incremento di esenzioni ticket attivate sin dal primo accesso 3. Riduzione della mobilità passiva per fornire una risposta versatile e completa ai dubbi diagnostici del potenziale paziente e per indirizzarlo al centro di riferimento clinico più adeguato e vicino al domicilio.
	A lungo periodo, a cui tendere, non direttamente raggiungibili al termine del progetto	<ol style="list-style-type: none"> 1. COrO come unica porta di accesso per i pazienti con sospetta diagnosi da accertare o con diagnosi già accertata. 2. Riduzione significativa della mobilità passiva e abbattimento delle liste d'attesa 3. Riduzione dei tempi d'attesa tra "primo contatto COrO" e "prima consulenza COrO" 4. Informatizzazione e digitalizzazione dei COrO.
PUNTI DI FORZA		
11	Indicare i punti di <i>forza</i>	Indicare le strategie/azioni per l'implementazione
	Presenza della Rete Oncologica Pugliese come modello organizzativo Legislazione Sanitaria Regionale già presente nel repertorio regionale	<ul style="list-style-type: none"> - Individuazione degli ambienti da adibire ai centri di orientamento oncologico regionale - Assunzione del personale dedicato - Formazione specifica del personale dedicato - Definizione di regolamenti interni
PUNTI DI DEBOLEZZA		
12	Indicare i punti di <i>debolezza</i>	Indicare le strategie/azioni per la riduzione
	Integrazione dei flussi informativi e loro mappatura	I flussi informativi a supporto di specifiche procedure che i COrO devono alimentare sono: Commissioni invalidi – INPS (compilazione del modello per il riconoscimento della invalidità civile e/o riconoscimento dell'Handicap – legge 104/1992 – Accordo INPS – Regione Puglia)

	<p>Uffici protesi delle ASL (richieste per accesso a dispositivi medici ed ausili protesici connessi alla patologia)</p> <p>Il personale assegnato ai COro è afferente sia al profilo sanitario, sia amministrativo e svolge le proprie attività in maniera dedicata.</p> <p>Nei COro è assicurata la partecipazione a titolo gratuito di Associazioni di Tutela del diritto alla salute e di Volontariato di rilevanza nazionale e maggiormente impegnate sul territorio, non in conflitto d'interesse, in possesso di idonei requisiti e preferibilmente operanti in ambito oncologico.</p> <p>Ciascun COro è coordinato da un Medico Oncologo nominato dal Direttore Generale dell'Azienda in cui la struttura insiste, su proposta del Coordinatore Operativo del DIOnc, sentiti i responsabili di Oncologia Medica. Egli ha funzioni di coordinamento del personale sanitario ed amministrativo del servizio e di responsabilità di gestione coordinata e tempestiva dell'intero percorso di cura.</p> <p>Il medico oncologo è inoltre il referente clinico del paziente che accede al servizio, al quale fa riferimento per la disamina dei passaggi diagnostici e terapeutici prioritari a raggiungere la diagnosi e la cura. In tal senso sarebbe auspicabile per garantire il buon funzionamento del COro la presenza fissa e costante dell'oncologo, nei limiti delle disponibilità, nella sede del COro.</p>
--	---

DIAGRAMMA DI GANT												
Descrizioni delle azioni relative a ogni fase	Mesi											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Completamento del modello organizzativo dei COro.	X	X	X	X								
Monitoraggio e verifica dei centri di orientamento oncologico istituiti				X	X	X						
Verifica dell'Istituzione dei gruppi interdisciplinari di patologia mediante l'individuazione dei componenti del team presso ciascun COro						X	X	X	X	X	X	X

Istituzione dei gruppi interdisciplinari di patologia						X	X	X	X	X	X	X
Verifica del corretto funzionamento del regolamento di funzionamento dei COro			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO			
Fase	Azioni	Breve descrizione dei contenuti	Indicatori di verifica
13 1	Completamento del modello organizzativo dei COro.	La dotazione organica è così composta: UNITÀ DOTAZIONE ORGANICA COro n. 1 Responsabile medico oncologo dedicato all'attività di Centri di Orientamento Oncologico (COro) anche part time; n. 1 Infermiere per singolo COro; n. 1 Coadiutore amministrativo con dimestichezza nell'uso di supporti informatici; n. 1 Psiconcologo del Servizio di Psicologia clinica del Distretto; n. 1 Assistente Sociale; Personale associazione di Volontariato presenti sul territorio	Progettazione esecutiva
2	Monitoraggio e verifica dei centri di orientamento oncologico istituiti	Elenco dei 18 centri da inserire nel regolamento regionale dei Centro di orientamento oncologico	Verbali di verifica e monitoraggio
3	Verifica istituzione dei gruppi interdisciplinari di patologia	Centri di Orientamento Oncologico (COro), nuove strutture, ma una diversa modalità operativa, multidisciplinare, delle esistenti strutture terapeutiche. Essi sono composti da medici di diversa specializzazione (oncologi, radioterapisti, chirurghi, specialisti d'organo, ecc.) appartenenti alle diverse unità operative (UO) che in tempi diversi durante l'iter della malattia prendono in carico il paziente oncologico e lo sottopongono al trattamento terapeutico più appropriato, deciso collegialmente con approccio multidisciplinare.	Verbali di verifica
4	Verifica del corretto funzionamento del regolamento di funzionamento dei COro e testing	DDG A.Re.S.S. n. 230 del 09/07/2019 è stata proposta l'"Adozione del Regolamento dei Centri di Orientamento Oncologico (COro) della R.O.P. e loro istituzione"	Verbali di verifica

TRASFERIBILITA'	
<i>Indicare: a quale altra realtà il progetto o parte di esso può essere trasferito</i>	
14	<p style="text-align: center;">Il modello organizzativo del Centro di orientamento</p> <p>Il modello organizzativo può essere traferito alle patologie non oncologiche per favorire un approccio sistemico e sostenibile, nella profonda convinzione che il contenimento della mobilità passiva rappresenta una fondamentale misura di contrasto alle diseguaglianze di salute, si ritiene necessario intervenire attraverso la messa in atto di una serie di azioni finalizzate a:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) garantire uniformità e accessibilità delle cure su scala regionale b) attuare il riordino della rete d'offerta all'interno di una programmazione strutturata degli standard clinico-assistenziali, per garantire la continuità assistenziale e l'aderenza terapeutica al fine di ridimensionare i costi. c) governare la domanda di salute attraverso la istituzione delle reti cliniche di patologia e relativi PDTA in grado di assicurare da un lato il perseguimento di standard di qualità clinico-assistenziali, anche attraverso l'avvio dei processi di accreditamento istituzionale misurabili e l'umanizzazione dei percorsi assistenziali; dall'altro l'aderenza ai vincoli di equilibrio economico-finanziario, attraverso un processo di razionalizzazione della rete d'offerta che adotti nuovi modelli organizzativi e gestionali ispirati al <i>lean management</i>. d) rafforzare la presa in carico del bisogno di salute del cittadino e la personalizzazione delle cure.

ALLEGATO C

SCHEMA PROGETTO		
1	LINEA PROGETTUALE	Costituzione e implementazione della rete della terapia del dolore e sviluppo delle cure palliative e della terapia del dolore in età pediatrica
	TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO	Rete della terapia del dolore e delle cure palliative
	AREA DI INTERVENTO	Costituzione e implementazione della rete della terapia del dolore

2	REGIONE RESPONSABILE DEL PROGETTO		
		<i>Cognome Nome Responsabile</i>	Dott.ssa Antonella Caroli
		<i>Ruolo e qualifica</i>	Dirigente Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale
		<i>Recapiti telefonici</i>	
		<i>e- mail</i>	a.caroli@regione.puglia.it

3	RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO - MODALITÀ DI REPERIMENTO RISORSE		
	Finanziamento	Riferimento (Delibera, atto ecc.)	Importo
	○ <i>Risorse vincolate degli obiettivi del PSN</i>	Rep. Atti n. 54/CSR del 31/03/2020	Euro 7.497.986,00
	○ <i>Eventuali Risorse regionali</i>		

4	ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
	<i>Tipologia di costi</i>	<i>Importo in euro</i>	<i>Note</i>
	○ Costi del personale	Euro 2.153.000,00	In quadratura modello LA
	○ Costi per servizi non sanitari	Euro 1.068.000,00	In quadratura modello LA
	○ Costi di consumo, prestazione e servizi	Euro 4.276.986,00	In quadratura modello LA

	RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
5	<i>RISORSE NECESSARIE</i>	<i>N. RISORSE</i>	<i>NOTE</i>
	o Disponibili	Euro 7.497.986,00	
	o Da acquisire	Euro 7.497.986,00	

6	<p>ANALISI DEL CONTESTO/SCENARIO DI RIFERIMENTO <i>se pertinente riportare dati epidemiologici, di attività, ecc.</i></p>	<p>I sistemi sanitari regionali sono soggetti a importanti cambiamenti in ordine allo sviluppo delle Reti tra cui anche quelle sulla terapia del dolore e cure palliative, in applicazione della Legge 38 del 15 marzo 2010 "Disposizioni per garantire l'accesso alle Cure Palliative e alla terapia del dolore" nonché al DPCM 12 gennaio 2017 sui nuovi LEA e ai successivi provvedimenti attuativi. In questo contesto, la visione globale del malato, l'attenzione al controllo dei sintomi e della qualità della vita, l'appropriatezza e la proporzionalità degli interventi, il lavoro multi-professionale in équipe e il coordinamento strutturato della Rete costituiscono elementi chiave per lo sviluppo di una progettualità orientata alla qualità dell'assistenza. La regione Puglia al fine di rendere più agevole il contesto attuativo, ha inteso con la deliberazione di Giunta regionale n. 323 del 13/03/2018, istituire il Tavolo tecnico regionale per la terapia del dolore e con successiva determina dirigenziale n. 269 del 26/07/2018 sono stati nominati i componenti del citato gruppo di lavoro. Il gruppo di lavoro ha provveduto a definire quanto segue:</p> <p>a) le prestazioni riconducibili alle procedure di Terapia del dolore, individuando il setting assistenziale appropriato: ricovero, day- service o ambulatoriale, dettagliatamente riportate nell'Allegato del presente provvedimento;</p> <p>b) il centro deputato alla erogazione delle prestazioni riportate nell'allegato A: DEA di II Livello, DEA di I Livello, Ospedale di base o ambulatori distrettuali.</p> <p>Già nel corso del 2018 e del 2019 si sono tenute diverse riunioni, volte alla definizione della rete pugliese della Terapia del dolore, con il coinvolgimento dei referenti di ciascuna Asl o</p>
---	--	---

	<p>Azienda Ospedaliera, in attuazione dell'Accordo Stato – Regioni del 25 luglio 2012 (Rep. Atti n. 151), con il quale sono stati definiti i requisiti minimi e le modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore.</p> <p>Con la deliberazione di Giunta regionale n. 504 del 19/03/2019 è stato adottato il provvedimento recante "Istituzione della Rete ospedaliera della Regione Puglia "Terapia del dolore" – Individuazione delle prestazioni e relativo setting assistenziale. Individuazione Centri Regionali di Riferimento. Revoca della deliberazione di Giunta regionale n. 414 dell'11 marzo 2015 per la parte relativa alla rete ospedaliera".</p> <p>La complessità e la specializzazione necessaria per la corretta gestione dei casi rendono indispensabile la realizzazione di una unica rete per le cure palliative pediatriche e la terapia del dolore, con una copertura regionale e il coinvolgimento a vari livelli di tutte le strutture e gli operatori socio-sanitari coinvolti, in diversa misura, nel processo assistenziale.</p> <p>La rete, a regime, deve garantire la continuità assistenziale 24 ore su 24, qualunque sia la dimora del minore, offrendo la risposta più qualificata possibile ai suoi bisogni, nel luogo più accessibile alla famiglia e dotandosi degli strumenti per assicurare la omogeneità della qualità della cura durante tutto il percorso assistenziale.</p> <p>Gli elementi essenziali della rete regionale in Puglia sono:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. centro di riferimento regionale di terapia del dolore e CPP 2. equipe specialistica di riferimento 3. centro residenziale (hospice pediatrico), 4. strutture sanitarie, ospedaliere e territoriali, e assistenziali coinvolte nella rete delle cure palliative e della terapia del dolore. 5. rete interaziendale pediatrica della Regione Puglia 6. pediatri di libera scelta e MMG, 7. rete regionale dell'Emergenza/Urgenza 118,
--	--

	<p>8. comuni, scuole, associazioni di volontariato.</p> <p>Il Gruppo di lavoro si è riunito negli anni 2018 e 2019, al fine di definire la rete delle cure palliative pediatriche.</p> <p>Il Tavolo tecnico ha predisposto una bozza di documento, attualmente in fase di revisione.</p> <p>Lo spettro di patologie potenzialmente eleggibili alle CPP (malattie neurologiche, muscolari, oncologiche, respiratorie, cardiologiche, metaboliche, cromosomiche, sindromi malformative, infettive, post anossiche, ecc...) è eterogeneo e presuppone una presa in carico articolata sui bisogni del bambino e della famiglia.</p> <p>Le Cure Palliative Pediatriche prevedono l'assistenza precoce all'inguaribilità modulandosi alle peculiarità biologiche, psico-relazionali, cliniche, sociali, etiche e spirituali del paziente pediatrico nel suo percorso di crescita. In Europa, come del resto in tutti i paesi industrializzati, la prevalenza di bambini con "lifelimiting conditions" è rilevante e risulta in progressivo incremento. L'OMS ha proposto una stima del bisogno specifico di CPP in Europa sulla base della mortalità stimata nella fascia di età 0-15 anni pari a 23 su 100.000 abitanti; studi più recenti riportano bisogni di CPP pari a 32 ogni 10.000 abitanti. Per quanto attiene la prevalenza in Puglia, la stima dell'utenza potenziale di CPP proiettata sulla popolazione dei minori pugliesi (0-17 anni) conduce ad individuare un totale che va da 1.631 a 2.088.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>PROVINCIA</th> <th>0-17 ANNI</th> <th>RAPPORTO 25/10.000</th> <th>RAPPORTO 32/10.000</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>BARI</td> <td>203.302</td> <td>508,25</td> <td>650,56</td> </tr> <tr> <td>FOGGIA</td> <td>106.120</td> <td>265,3</td> <td>339,58</td> </tr> <tr> <td>TARANTO</td> <td>93.220</td> <td>233,05</td> <td>298,30</td> </tr> <tr> <td>BRINDISI</td> <td>60.570</td> <td>151,42</td> <td>193,82</td> </tr> <tr> <td>LECCE</td> <td>121.391</td> <td>303,47</td> <td>388,45</td> </tr> <tr> <td>BAT</td> <td>68.151</td> <td>170,37</td> <td>218,08</td> </tr> <tr> <td>TOTALE REGIONE PUGLIA</td> <td>652.754</td> <td>1.631,86</td> <td>2.088,79</td> </tr> </tbody> </table> <p>Di seguito si riporta la distribuzione per province (*).</p> <p>(* dati ISTAT 1 gennaio 2019)</p>	PROVINCIA	0-17 ANNI	RAPPORTO 25/10.000	RAPPORTO 32/10.000	BARI	203.302	508,25	650,56	FOGGIA	106.120	265,3	339,58	TARANTO	93.220	233,05	298,30	BRINDISI	60.570	151,42	193,82	LECCE	121.391	303,47	388,45	BAT	68.151	170,37	218,08	TOTALE REGIONE PUGLIA	652.754	1.631,86	2.088,79
PROVINCIA	0-17 ANNI	RAPPORTO 25/10.000	RAPPORTO 32/10.000																														
BARI	203.302	508,25	650,56																														
FOGGIA	106.120	265,3	339,58																														
TARANTO	93.220	233,05	298,30																														
BRINDISI	60.570	151,42	193,82																														
LECCE	121.391	303,47	388,45																														
BAT	68.151	170,37	218,08																														
TOTALE REGIONE PUGLIA	652.754	1.631,86	2.088,79																														

CRONOPROGRAMMA IN FORMATO GRAFICO

7	DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO	Data inizio prevista	Data termine prevista	Possibile ulteriore proseguimento per anno successivo
		01/01/2020	31/12/2020	SI
8	OBIETTIVO GENERALE	<p>Istituire la Rete ospedaliera della Regione Puglia della "Terapia del dolore":</p> <p>1) individuazione e attivazione dei centri di riferimento</p> <p>Istituire la rete delle cure palliative in età pediatrica:</p> <p>1) individuazione e attivazione dei centri di riferimento</p>		
9	OBIETTIVI SPECIFICI	<p>Sui due obiettivi generali si individuano i seguenti obiettivi specifici:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Individuazione dei Centri Regionali di Riferimento (CRR) per Area Vasta 2. Definizione dei percorsi e dei relativi setting assistenziali 3. Condivisione di procedure e protocolli dei centri di terapia del dolore insistenti nel proprio territorio di competenza anche attraverso di formazione 		

RISULTATI ATTESI		
10	A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati dal progetto	<p>Individuare il setting assistenziale appropriato: ricovero, day-service o ambulatoriale attraverso la costituzione del gruppo di lavoro regionale.</p> <p>Istituire la rete della terapia del dolore e lo sviluppo delle cure palliative e della terapia del dolore in età pediatrica attraverso l'individuazione dei centri di riferimento.</p>
	A lungo periodo, a cui tendere, non direttamente raggiungibili al termine del progetto	<p>Uniformare, in questo contesto, la visione globale del malato, l'attenzione al controllo dei sintomi e della qualità della vita, l'appropriatezza e la proporzionalità degli interventi, il lavoro multi-professionale in équipe.</p> <p>Definire un coordinamento strutturato della Rete come elemento chiave per lo sviluppo di una progettualità orientata alla qualità dell'assistenza.</p>
PUNTI DI FORZA		
11	Indicare i punti di <i>forza</i>	Indicare le strategie/azioni per l'implementazione
	<ul style="list-style-type: none"> rispondere ai requisiti regionali per l'accREDITamento delle strutture necessarie all'erogazione delle procedure ambulatoriali invasive (struttura ambulatoriale ad indirizzo chirurgico) 	<p>Per rendere possibile l'erogazione delle attività evidenziate nel centro ospedaliero di tipo hub opera una équipe multi professionale di personale dedicato, adeguato all'attività erogata, comprendente almeno due specialisti in anestesia e rianimazione, infermieri e psicologi in numero adeguato ai volumi e alla tipologia organizzativa HUB.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> garantire una apertura minima h12 nei giorni feriali integrata con sistema di reperibilità h24. 	<p>In riferimento ai requisiti organizzativi, si ritiene di dettagliare ulteriormente quelli di cui all'Intesa stato-Regioni in riferimento ai Centri Hub proponendo la presenza nel Centro del seguente personale minimo dedicato:</p> <p>a) n.3 Specialisti in anestesia e rianimazione; b) n.3 Infermieri; c) n.3 Operatori Socio Sanitari d) n. 1 psicologo per almeno 12 ore settimanali</p> <p>I predetti requisiti organizzativi si applicano anche ai Centri di Terapia del dolore insistenti negli Ospedali di II Livello, dotati di almeno due posti letto dedicati.</p>

PUNTI DI DEBOLEZZA	
	Indicare le strategie/azioni per la riduzione
12	<p>Indicare i punti di <i>debolezza</i></p> <ul style="list-style-type: none"> E' opportuno che, a regime, la sede del Centro di riferimento coincida con l'Hospice pediatrico, per la condivisione di spazi e la ottimizzazione del personale, con la realizzazione di una struttura funzionale che espleti i suoi compiti e le sue funzioni utilizzando il personale dell'equipe specialistica che, a regime, opererà anche nella struttura residenziale. <p>Nelle more della realizzazione dell'Hospice pediatrico, il Centro di riferimento regionale avrà sede presso i locali dell'Ospedale Pediatrico Giovanni XXIII a Bari e svolgerà le sue funzioni grazie agli operatori dell'equipe stessa.</p>

DIAGRAMMA DI GANT												
Descrizioni delle azioni relative a ogni fase	Mesi											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Individuazione dei Centri Regionali di Riferimento (CRR) per Area Vasta	X	X	X	X								
2. Definizione dei percorsi e dei relativi setting assistenziali				X	X	X	X	X	X			
3. Condivisione di procedure e protocolli dei centri di terapia del dolore insistenti nel proprio territorio di competenza									X	X	X	X

DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO			
Fase	Azioni	Breve descrizione dei contenuti	Indicatori di verifica
13 1	Individuazione dei Centri Regionali di Riferimento (CRR) per Area Vasta	<p>Gli Ospedali di II Livello ed alcuni ospedali di I Livello sono dotati di almeno due posti letto dedicati alla terapia del dolore. Tale numero potrà variare in base all'attività registrata nel corso dell'anno. In particolare, nell'ambito della Rete "Terapia del dolore", si intende procedere all'individuazione di n. 3 (tre) HUB per Area Vasta e precisamente:</p> <ol style="list-style-type: none"> HUB Area Salento (Province di Lecce, Taranto e Brindisi): Ospedale "V. Fazzi" di Lecce; HUB Area Bari (Provincia di Bari): Azienda Ospedaliero Consorziale Policlinico di Bari; 	Delibera di Giunta regionale

			<p>3. HUB Area Puglia Nord (Province BT e Foggia): Azienda Ospedaliera "OO.RR." di Foggia.</p> <p>Inoltre, nelle tre Aree sopra individuate, si individuano, tenuto conto dei dati di attività, oltre agli HUB anche gli Ospedali dotati di almeno due posti letto che devono avere, altresì, la stessa organizzazione degli Ospedali individuati come HUB nell'ambito della Rete "Terapia del dolore" e precisamente:</p> <p>a) Ospedale "SS. Annunziata di Taranto"</p> <p>b) Ospedale "Perrino di Brindisi"</p> <p>c) Ente Ecclesiastico "Panico" di Tricase</p> <p>d) Ente Ecclesiastico "Miulli" di Acquaviva delle Fonti</p> <p>e) IRCCS privato accreditato "Casa Sollievo della Sofferenza" di San Giovanni Rotondo</p>	
2	Definizione dei percorsi e dei relativi setting assistenziali	<p>Per rendere possibile l'erogazione delle attività evidenziate nel centro ospedaliero di tipo hub opera una equipe multi professionale di personale dedicato, adeguato all'attività erogata, comprendente almeno due specialisti in anestesia e rianimazione, infermieri e psicologi in numero adeguato ai volumi e alla tipologia organizzativa dell'hub.</p> <p>In riferimento ai requisiti organizzativi, si ritiene di dettagliare ulteriormente quelli di cui all'Intesa stato-Regioni in riferimento ai Centri Hub proponendo la presenza nel Centro del seguente personale minimo dedicato:</p> <p>a) n.3 Specialisti in anestesia e rianimazione;</p> <p>b) n.3 Infermieri;</p> <p>c) n.3 Operatori Socio Sanitari</p> <p>d) n. 1 psicologo per almeno 12 ore settimanali</p> <p>I predetti requisiti organizzativi si applicano anche ai Centri di Terapia del dolore insistenti negli Ospedali di II Livello e alle predette strutture private accreditate (EE. "Panico" di Tricase, E.E. "Miulli" di Acquaviva delle Fonti ed IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza"), dotati di almeno due posti letto dedicati.</p>	Delibera di giunta regionale dei percorsi e dei relativi setting	
3	Condivisione di procedure e protocolli dei centri spoke di	I Centri SPOKE di Terapia del dolore sono individuati presso gli Ospedali di I livello e	Delibera di giunta Regionale	

		<p>terapia del dolore insistenti nel proprio territorio di competenza</p>	<p>di base espressamente individuati già dal Regolamento regionale di riordino della rete ospedaliera n. 7/2017 e ss.mm.ii nonché nell'ambito dell'assistenza territoriale. Lo Spoke è un centro di terapia del dolore ambulatoriale. Nello stesso modo si definisce un centro spoke di terapia del dolore se risponde ai requisiti di accreditamento regionali per strutture ambulatoriali ad indirizzo chirurgico, con una attività minima pari ad almeno 18 ore di attività settimanali a pazienti esterni garantendo l'erogazione di tutte le prestazioni di terapia del dolore previste in regime ambulatoriale. La dotazione minima di personale per l'esplicamento delle attività previste è almeno un Anestesista Rianimatore dedicato all'attività di terapia antalgica, supportato da una procedura organizzativa che garantisca la presenza di un infermiere esperto durante lo svolgimento dell'attività invasiva maggiore.</p> <p>INTEGRAZIONE OSPEDALE – TERRITORIO Al fine di garantire una reale presa in carico del paziente, si ritiene necessario garantire una efficace integrazione ospedale – territorio anche nell'ambito della terapia del dolore, auspicando che le strutture territoriali siano collegate con le strutture ospedaliere.</p>	
--	--	---	--	--

<p>TRASFERIBILITA' <i>Indicare: a quale altra realtà il progetto o parte di esso può essere trasferito</i></p>	
<p>Tipo di realtà nella quale può essere implementato il progetto</p>	<p>Progetto o parte del progetto che può essere trasferita</p>
<p>14 <i>Nel caso specifico la formazione e l'informazione rappresentano un momento fondamentale del progetto di realizzazione della rete anche con gli enti di volontariato</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Formazione di livello avanzato, specialistica, indirizzata ai membri dell'equipe di riferimento regionale.</i> - <i>formazione specifica sul singolo caso delle professionalità della rete per la presa in carico del singolo paziente, effettuata dall'equipe, supportata dal personale messo a disposizione nel progetto bambino, che prevede incontri di abilitazione in procedure tecniche, lavoro in equipe e supporto e preparazione in ambito psicologico e psico-relazionale:</i> - <i>programmazione della supervisione periodica dell'equipe da parte di esperti certificati</i> - <i>tutoraggio: supporto alle unità di valutazione distrettuale da parte delle professionalità sanitarie</i>

		<p><i>dedicate, esperte nelle attività di cure palliative e terapia del dolore</i></p> <ul style="list-style-type: none">- <i>attività formativa di base, rivolta a tutti gli operatori che erogano cure palliative di base (MMG e PLS) o che operano in ambito socio-sanitario da parte del personale del centro di riferimento regionale</i>- <i>Adozione di protocolli e procedure condivisi per la gestione di patologie caratterizzate da particolare complessità.</i>- <i>Informazione e Sensibilizzazione: ha lo scopo di aumentare il livello di attenzione della popolazione generale al tema in oggetto, aumentandone quindi la disponibilità a comprendere, favorire ed eventualmente anche supportare, direttamente ed indirettamente, le attività.</i>- <i>Sensibilizzazione del volontariato e delle associazioni di malati.</i>
--	--	---

ALLEGATO C

SCHEMA PROGETTO		
1	LINEA PROGETTUALE	La tecnologia sanitaria innovativa come strumento di integrazione ospedale-territorio
	TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO	Percorsi di cura con servizi di telemedicina
	AREA DI INTERVENTO	Promuovere i processi di digitalizzazione in sanità

2	REGIONE RESPONSABILE DEL PROGETTO		
		<i>Cognome Nome Responsabile</i>	Di Cillo Ottavio
		<i>Ruolo e qualifica</i>	Responsabile Dirigente Medico Cardiologo
		<i>Recapiti telefonici</i>	
		<i>e-mail</i>	ottavio.dicillo@policlinico.ba.it

3	RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO - MODALITÀ DI REPERIMENTO RISORSE		
	Finanziamento	Riferimento (Delibera, atto ecc.)	Importo
	○ <i>Risorse vincolate degli obiettivi del PSN</i>		
	○ <i>Eventuali Risorse regionali</i>	<i>DGR 1882 del 30/11/2020 DGR 1346 del 04/08/2021</i>	<i>€ 1.067.092,96</i>

4	ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
	<i>Tipologia di costi</i>	<i>Importo in euro</i>	<i>Note</i>
	○ Costi per la formazione		
	○ Costi gestione progetto	<i>€ 579.887,77</i>	DA RENDICONTAZIONE AZIENDE
	○ Costo del personale	<i>€ 450.350,67</i>	DA RENDICONTAZIONE AZIENDE
○ Costo infrastruttura digitale	<i>€ 36.854,52</i>	DA RENDICONTAZIONE AZIENDE	

	RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
5	<i>RISORSE NECESSARIE</i>	<i>N. RISORSE</i>	<i>NOTE</i>
	o Disponibili	€ 1.067.092,96	
	o Da acquisire	€ 1.067.092,96	

6	ANALISI DEL CONTESTO/SCENARIO DI RIFERIMENTO <i>se pertinente riportare dati epidemiologici, di attività, ecc.</i>	<p>In regione Puglia la DGR n. 2316 del 28 dicembre 2017, con oggetto "Cambiamento tecnologico e organizzativo: Approvazione delle linee di indirizzo e modello di governance e della programmazione per l'attuazione del Piano Triennale dell'ICT 2017/2019" ha confermato la ferma scelta di rafforzare il sistema digitale regionale attraverso una più forte integrazione tra infrastrutture qualificanti, servizi e contenuti digitali ad alto valore aggiunto in grado di garantire sia cittadinanza, competenza ed inclusione digitali che crescita digitale in termini di economia della conoscenza e della creatività, al fine di facilitare condizioni favorevoli allo sviluppo di nuove imprese, secondo i contenuti descritti negli Allegati A e B della Delibera.</p> <p>In ottemperanza alle disposizioni del Nuovo CAD la Regione ha nominato il Responsabile dello Transizione Digitale che assicura il presidio tematico e favorisce la coerenza tra gli investimenti ICT già realizzati. la loro evoluzione. i nuovi strumenti di pianificazione nazionali e la programmazione strategica regionale in ambito sanitario.</p>
---	---	--

CRONOPROGRAMMA IN FORMATO GRAFICO

7	DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO	Data inizio prevista	Data termine prevista	Possibile ulteriore proseguimento per anno successivo
		01/01/2020	31/12/2020	SI

8	OBIETTIVO GENERALE	<p>Pertanto in continuità con l'anno 2019 sono stati individuati come prioritari gli interventi mirati:</p> <ol style="list-style-type: none">1) evoluzione del Fascicolo Sanitario Elettronico;2) diffusione di applicativi software di cartello clinico informatizzato in tutti i setting assistenziali, alla informatizzazione dei PDTA (percorsi diagnostica terapeutici assistenziali), delle reti delle patologie e della presa in carico dei cronici con la capillare dematerializzazione della documentazione sanitario, con particolare riferimento al ciclo prescrittivo;3) realizzazione di un sistema per la gestione e la programmazione delle attività in materia di prevenzione;4) diffusione sistemica dei sistemi di telemedicina in accordo con le linee guida nazionali e regionali;5) empowerment del paziente, mediante sia l'evoluzione di sistemi di interazione con il sistema sanitario soprattutto in mobilità (app) e l'utilizzo di sistemi di rilevazione (anche in remoto) di parametri vitali e clinici;6) diffusione di strumenti di governance per finalità di ricerca;7) programmazione e gestione sanitaria basate su piattaforme di dato warehouse, maggior controllo a livello regionale dei fattori di produzione.
---	--------------------	---

9	OBIETTIVI SPECIFICI	<p>1°. Obiettivo: Evoluzione dei sistemi informativi già realizzati</p> <p>2°. Obiettivo: Individuazione di nuove progettualità volte a far evolvere il processo di innovazione digitale all'interno del settore sanitario in Regione Puglia.</p> <p>3°. Obiettivo: Portale unico regionale e l'APP Puglia_Salute</p> <p>4°. Obiettivo: Sistema di Accoglienza Regionale (SAR).</p> <p>5°. Obiettivo: Sistemi informativi contabili</p> <p>6°. Obiettivo: Potenziamento delle infrastrutture digitali sanitari</p>
---	---------------------	--

RISULTATI ATTESI		
10	<p>A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati dal progetto</p>	<p>Ciascun sistema potrà cooperare con gli altri in un'ottica complessivo di ottimizzazione dei servizi e dei dati persistenti, oltre che con i sistemi informativi aziendali e con quelli in uso presso gli operatori sanitari convenzionali - medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, Medici della continuità assistenziale, medici specialisti - e presso le strutture private accreditate, secondo quanto rappresentato in forma semplificata.</p>
	<p>A lungo periodo, a cui tendere, non direttamente raggiungibili al termine del progetto</p>	<p>Parallelamente al rafforzamento dei Sistemi Informativi sanitari in una logica di sistema. si è anche proceduto nella direzione della razionalizzazione delle infrastrutture materiali secondo le linee Guida per la razionalizzazione della infrastruttura digitale della Pubblica Amministrazione dell'Agenzia per l'Italia Digitale (AgID). promuovendo l'ospitalità oltre che dei sistemi regionali anche dei sistemi applicativi aziendali nel Data Center Regionale. che consente a ciascuna Azienda Sanitaria di erogare i propri servizi. collegandosi attraverso lo RUPAR-SPC ed in prospettiva attraverso collegamenti dedicati in fibra ottica, con la qualità garantita di questa infrastruttura.</p>

		Un tale contesto di infrastrutture materiali ho consentito il raggiungimento dei seguenti benefici di natura tecnico ed economico: 1) ambienti più sicuri e affidabili; 2) maggior controllo dei costi dell'IT (dovendo gestire un minor numero di asset) anche in situazioni non prevedibili e non continuative e contenimento dei costi di manutenzione e gestione; 3) promozione dell'adozione di soluzioni SOA (Service Oriented Architecture); 4) promozione della cooperazione applicativa tra Amministrazioni.
--	--	---

PUNTI DI FORZA	
	Indicare le strategie/azioni per l'implementazione
11	<p>Indicare i punti di <i>forza</i></p> <p>Ambienti più sicuri e affidabili: maggior controllo dei costi dell'IT (dovendo gestire un minor numero di asset) anche in situazioni non prevedibili e non continuative e contenimento dei costi di manutenzione e gestione; promozione dell'adozione di soluzioni SOA (Service Oriented Architecture); promozione della cooperazione applicativa tra Amministrazioni.</p>
	<p>Indicare le strategie/azioni per l'implementazione</p> <p>Rafforzamento dei Sistemi Informativi sanitari in una logica di sistema. si è anche proceduto nella direzione della razionalizzazione delle infrastrutture materiali secondo le linee Guida per la razionalizzazione della infrastruttura digitale della Pubblica Amministrazione dell'Agenzia per l'Italia Digitale (AgID). promuovendo l'ospitalità oltre che dei sistemi regionali anche dei sistemi applicativi aziendali nel Data Center Regionale. che consente a ciascuna Azienda Sanitaria di erogare i propri servizi. collegandosi attraverso lo RUPAR-SPC ed in prospettiva attraverso collegamenti dedicati in fibra ottica, con la qualità garantita di questa infrastruttura.</p>

PUNTI DI DEBOLEZZA	
	Indicare le strategie/azioni per la riduzione
12	<p>Indicare i punti di <i>debolezza</i></p> <p>Gestione del cambiamento inteso come esigenza di dover coordinare una pluralità di soggetti che, seppur diversi nel ruolo. nella funzione e nell'organizzazione, sono chiamati a partecipare alla realizzazione di progetti regionali e nazionali che richiedono una coerenza delle soluzioni da adottare nel rispetto dei tempi e delle regole stabilite.</p>
	<p>Indicare le strategie/azioni per la riduzione</p> <p>La Gestione del cambiamento definisce un modello di governance per l'attuazione del Piano e per il raggiungimento degli obiettivi. Più precisamente, saranno condotte attività atte a garantire: la gestione del Piano, mediante azioni di pianificazione, di monitoraggio e di coordinamento delle attività; il supporto all'attuazione del Piano, con iniziative volte a rispondere alle domande sul Piano medesimo, a facilitare, sensibilizzare e formare le aziende sanitarie pubbliche nel processo di trasformazione digitale, così l'aggiornamento dello stesso Piano.</p>

DIAGRAMMA DI GANT												
Descrizioni delle azioni relative a ogni fase	Mesi											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Evoluzione dei sistemi informativi già realizzati	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	

Diffusione di applicativi software di cartello clinico informatizzato in tutti i setting assistenziali, alla informatizzazione dei PDTA				x	x	x	x	x	x	x	x	x
Portale unico regionale e l'APP Puglia_Salute				x	x	x	x	x	x	x	x	x
Sistema di Accoglienza Regionale (SAR)									x	x	x	x
Sistemi informativi contabili				x	x	x	x	x	x	x	x	x
Potenziamento delle infrastrutture digitali sanitari				x	x	x	x	x	x	x	x	x

DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO			
Fase	Azioni	Breve descrizione dei contenuti	Indicatori di verifica
13	Evolutione dei sistemi informativi già realizzati	Fornire alle Aziende ed Enti pubblici del SSR indicazioni, anche in termini temporali, volte a garantire che i processi di acquisizione, sviluppo ed evoluzione dei sistemi informativi sanitari aziendali siano in linea con la programmazione sanitaria nazionale e regionale in materia, soddisfino la coerenza architettonica del disegno complessivo e garantiscano i requisiti minimi necessari per assicurare l'integrazione e la cooperazione con i sistemi regionali e nazionali	Coinvolgimento di almeno 10 enti del SSR
	Diffusione di applicativi software di cartello clinico informatizzato in tutti i setting assistenziali, alla informatizzazione dei PDTA	Fascicolo Sanitario Elettronico e sua diffusione verso cittadini e professionisti; azioni organizzative e tecniche di supporto all'interoperabilità tra le soluzioni regionali; identificazione degli ambiti di utilizzo del FSE a supporto dei processi territorio-ospedale e intra-ospedalieri, come elemento di integrazione di nuove forme di assistenza (PDTA, Telesalute, Teleconsulto) e di dati di salute rilevati da medici e dispositivi;	In attuazione di quanto previsto dal Patto per la Salute 2014-2016 il Ministero della Salute ha predisposto il Patto per la Sanità Digitale, con l'obiettivo di definire un piano triennale di interventi per la diffusione della sanità digitale e individuare forme di finanziamento innovative che vedono anche il coinvolgimento degli stakeholder privati.

	Portale unico regionale e l'APP Puglia_Salute	Sviluppo di nuovi servizi e applicazioni nell'ambito della Prevenzione: verifica dello proprio posizione screening oncologico e vaccinale. comunicazione dei dati di contatto (p.es. per comunicazioni di recati screening e vacci nazione), ecc.;	Il Portale e l' APP Puglia Salute attualmente rappresentano l'infrastruttura condivisa per realizzare: il portale istituzionale di ciascuna delle aziende e degli enti del Servizio Sanitario della Regione Puglia assolvendo in tal modo a tutti gli obblighi e adempimenti o carico delle aziende e riconosciuti assolti per il tramite del portale istituzionale (pubblicità legale ...), i portali tematici di interesse del SSR (ad es., Osservatori. Registri. ...): lo porta di accesso per il cittadino e per le imprese ai servizi web offerti dalle aziende e dagli enti del Servizio Sanitario della Regione Puglia	Sviluppo di almeno due nuovi applicativi
	Sistemi informativi contabili	Standardizzazione ed armonizzazione dei modelli contabili oltre che di controllo e razionalizzazione dei processi di gestione della soni è regionale.	In questo ambito si inserisce il progetto regionale di realizzazione di un sistema amministrativo contabile centralizzato per lo Regione e le Aziende Sanitarie. in grado. attraverso l'unificazione dei sistemi informativi amministrativo-contabili delle Aziende Sanitarie pubbliche, di assolvere al meglio alle esigenze di standardizzazione ed armonizzazione dei modelli contabili oltre che di controllo e razionalizzazione dei processi di gestione della soni è regionale .	Sviluppo del sistema informativo per il monitoraggio della spesa sanitaria
	Potenziamento delle infrastrutture digitali sanitari	Rafforzare ulteriormente la strategia regionale già intrapresa. va evidenziato il recente Accordo Stato-Regioni il cui obiettivo è definire e supportare il processo di trasformazione digitale coordinato da AgiD nel quadro descritto dall'Agenda digitale Italia 2020. L'Accordo trova nelle Regioni e nelle province autonome soggetti deputati al coordinamento territoriale delle priorità, delle modalità di intervento e delle azioni da compiere. nell'ambito di un disegno che evidenzia la complementarità tra il livello nazionale e quello regionale	La Regione e le Aziende Sanitarie pubbliche sono da tempo impegnate nel consolidamento e nella razionalizzazione delle proprie infrastrutture IT. Gli interventi da mettere in cantiere sono indirizzati da un lato all'adempimento dei vincoli imposti dal l'Agenzia per l'Italia Digitale, dall'altro a supportare l'evoluzione tecnologico SSR verso un modello innovativo al passo con le evoluzioni organizzative e con le aspettative delle diverse categorie di utenti.	Istituzione del data center

TRASFERIBILITA' <i>Indicare: a quale altra realtà il progetto o parte di esso può essere trasferito</i>	
Tipo di realtà nella quale può essere implementato il progetto	Progetto o parte del progetto che può essere trasferita
14 Enti del Servizio sanitario Regionale e sue agenzie Strategiche	<p>Altre iniziative regionali. sviluppate doli' ARESS, riguardano il MAAP (Modello di Analisi dello Appropriatezza dei ricoveri ospedalieri per elenchi normativi di Procedure) per l'analisi della appropriatezza organizzativa dei ricoveri partendo da un punto di vista clinico, e la Banca Dati Assistito (BDA) quale strumento di profilazione della popolazione assistito pugliese e per l'analisi delle cronicità.</p> <p>A queste si affiancano anche esperienze significative nell'ambito della telemedicina con particolare riferimento allo tele-cardiologia in emergenza-urgenza, presso l'Azienda Universitario Ospedaliero Policlinico di Bori - Giovanni XXIII. ed tele-monitoraggio domiciliare (ASL BR).</p> <p>Infine, nel più specifico ambito delle Malattie Rare. la Regione Puglia ha aderito al SIMaRRP, soluzione nazionale proposta dolio Regione del Veneto e adottata da altre regioni (Emilia Romagna. PA Trento. ecc .) a supporto della Rete Regionale e sovraregionale delle malattie rare.</p>

ALLEGATO C

SCHEMA PROGETTO		
1	LINEA PROGETTUALE	4
	TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO	Piano Nazionale della Prevenzione e Supporto al Piano Nazionale della Prevenzione
	AREA DI INTERVENTO	Prevenzione Collettiva, epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute

2	REGIONE RESPONSABILE DEL PROGETTO		
		<i>Cognome Nome Responsabile</i>	Dott. Onofrio Mongelli
		<i>Ruolo e qualifica</i>	Dirigente Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale
		<i>Recapiti telefonici</i>	
	<i>e- mail</i>	o.mongelli@regione.puglia.it	

3	RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO - MODALITÀ DI REPERIMENTO RISORSE			
		Finanziamento	Riferimento (Delibera, atto ecc.)	Importo
	o <i>Risorse vincolate degli obiettivi del PSN</i>		Rep. Atti n. 54/CSR del 31/03/2020	€ 17.995.166 di cui il 5 per mille, ossia € 89.976, destinato al supporto del piano Nazionale della Prevenzione
	o <i>Eventuali Risorse regionali</i>			

4	ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO			
		Tipologia di costi	Importo in euro	Note
	o	Costi per la formazione		
	o	Costi gestione	€ 17.995.166	In quadratura Modello LA
	o	Costi del personale		

	o Costi per servizi non sanitari		
	o Altri costi di gestione		

	RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
5	<i>RISORSE NECESSARIE</i>	<i>N. RISORSE</i>	<i>NOTE</i>
	o Disponibili	€ 17.995.166	
	o Da acquisire	€ 17.995.166	

6	<p>ANALISI DEL CONTESTO/SCENARIO DI RIFERIMENTO <i>se pertinente riportare dati epidemiologici, di attività, ecc.</i></p>	<p>Il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2014-2018, approvato dall'Intesa Stato-Regioni del 13 novembre 2014, ha determinato la realizzazione di un programma articolato per la prevenzione e il monitoraggio delle malattie oncologiche. In particolare, il Registro Tumori della Regione Puglia è stato istituito per raccogliere e analizzare i dati epidemiologici relativi alla mortalità e all'incidenza dei tumori, allo scopo di supportare politiche regionali basate su evidenze scientifiche. A partire dal 2020, il progetto ha visto un continuo aggiornamento delle piattaforme di raccolta dati, con l'integrazione delle informazioni relative ai vari distretti socio-sanitari. La Regione Puglia, nel 2020, ha rafforzato la sorveglianza sanitaria, utilizzando il sistema PugliaCan per il monitoraggio delle neoplasie e per la visualizzazione dei dati epidemiologici.</p>
---	--	--

CRONOPROGRAMMA IN FORMATO GRAFICO

7	DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO	Data inizio prevista	Data termine prevista	Possibile ulteriore proseguimento per anno successivo
		01/01/2020	31/12/2020	NO
8	OBIETTIVO GENERALE	<p>Il progetto mira a consolidare l'implementazione del Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) attraverso l'aggiornamento e l'integrazione dei dati relativi al Registro Tumori della Regione Puglia, migliorando il supporto alle politiche di prevenzione oncologica e garantendo l'accessibilità dei dati per il monitoraggio delle malattie oncologiche. L'obiettivo include l'integrazione del sistema PugliaCan con nuove sezioni informative per il monitoraggio della sopravvivenza e della mortalità oncologica, utilizzando metodi di analisi avanzati per la gestione dei dati epidemiologici.</p>		
9	OBIETTIVI SPECIFICI	<p>Monitoraggio epidemiologico continuo: Ottimizzare l'analisi dei dati relativi all'incidenza e mortalità per tumore, aggiornando il Registro Tumori con nuove informazioni epidemiologiche.</p> <p>Formazione e supporto agli operatori sanitari: Potenziare la formazione del personale sanitario, in particolare degli operatori delle ASL, sul corretto uso dei dati epidemiologici.</p> <p>Integrazione e accessibilità dei dati: Migliorare l'integrazione tra i dati del Registro Tumori e altre banche dati regionali, per supportare la pianificazione delle politiche sanitarie.</p> <p>Coinvolgimento dei cittadini: Favorire l'accesso alle informazioni attraverso il portale PugliaCan, migliorando la comprensione dei dati relativi alla salute oncologica.</p>		
10	RISULTATI ATTESI			
	A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati dal progetto		<p>Breve termine (2020):</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Aggiornamento completo delle statistiche relative ai tumori, con l'integrazione dei dati da diverse fonti regionali. ● Implementazione di un sistema di 	

		reportistica avanzato per la visualizzazione dei dati a livello di distretto socio-sanitario.
	A lungo periodo, a cui tendere, non direttamente raggiungibili al termine del progetto	<p>Lungo termine (2020-2024):</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Miglioramento della qualità dei dati epidemiologici, con un monitoraggio costante e tempestivo delle malattie oncologiche. ● Rafforzamento delle politiche di prevenzione oncologica grazie a dati più completi e dettagliati, con un miglioramento delle strategie di screening e prevenzione.
	PUNTI DI FORZA	
	Indicare i punti di <i>forza</i>	Indicare le strategie/azioni per l'implementazione
11	Progettazione multi-istituzionale che vede una pluralità di soggetti coinvolti nell'attuazione del Piano secondo un Piano di lavoro condiviso moduli di lavoro condivisi	<p>Approccio integrato: Coinvolgimento di diversi attori regionali (ASL, Università, Agenzia Regionale Sanitaria) nella gestione e analisi dei dati.</p> <p>Tecnologia avanzata: Uso di piattaforme come PugliaCan per raccogliere e visualizzare i dati epidemiologici.</p> <p>Trasparenza e accessibilità: Maggiore accessibilità delle informazioni per i professionisti sanitari e i cittadini.</p>
	PUNTI DI DEBOLEZZA	
	Indicare i punti di <i>debolezza</i>	Indicare le strategie/azioni per la riduzione
12	Consapevolezza degli strumenti messi a disposizione a livello centrale e periferico degli obiettivi del Piano Nazionale della Prevenzione.	<p>Limitata partecipazione dei MMG: Necessità di un maggiore coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale nel processo di raccolta e utilizzo dei dati epidemiologici.</p> <p>Sfide nella diffusione dei dati: Bisogna aumentare l'alfabetizzazione sanitaria tra la popolazione per una fruizione consapevole dei dati.</p>

DIAGRAMMA DI GANT												
Descrizioni delle azioni relative a ogni fase	Mesi											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Per il diagramma si riporta il dettaglio complessivo delle azioni di cui all'allegato 1 e 2.												

DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO		Breve descrizione dei contenuti	Indicatori di verifica
Fase	Azioni		
Per la descrizione analitica si riporta il dettaglio complessivo delle azioni di cui all'allegato 1 e 2.			

TRASFERIBILITA'	
<i>Indicare: a quale altra realtà il progetto o parte di esso può essere trasferito</i>	
Tipo di realtà nella quale può essere implementato il progetto	Progetto o parte del progetto che può essere trasferita
14 Il Piano nazionale di prevenzione 2014-2018 (Pnp) ha visto ufficialmente la luce con l'Intesa Stato-Regioni di novembre 2014. Il PNP ha trasferito nel documento ministeriale per le regioni i principi e la visione per lo sviluppo della prevenzione quinquennale. In tal senso il Piano ha identificato 10 macro-obiettivi che definiscono l'ambito della prevenzione, 73 obiettivi centrali e 139 indicatori.	Sulla base della struttura precedentemente delineata, in particolare le Regioni, hanno lavorato alla definizione di programmi locali mirati al raggiungimento degli obiettivi del PNP, attraverso la realizzazione di azioni e progetti quanto più possibile basati su prove di efficacia. Ad esempio nel programma specifico salute in tutte le politiche , in attesa che la strategia europea di "Salute in tutte le politiche" (<i>Health in all Policies</i>) diventi operativa anche nel nostro Paese, le Regioni hanno studiato e, in parte applicato nei propri Piani, strategie inter e multisettoriali, che coinvolgono non soltanto gli attori del sistema pubblico (come la scuola), ma anche quelli del settore privato, come le associazioni no profit, che diventano a pieno titolo <i>stakeholder</i> e co-responsabili della buona riuscita del piano di prevenzione. Il modello di implementazione e gestione del Registro Tumori Puglia può essere replicato in altre regioni italiane, grazie alla modularità della piattaforma PugliaCan. L'approccio di integrazione dei dati e di trasparenza nei processi di raccolta e analisi dei dati è facilmente adattabile ad altri contesti regionali. L'esperienza acquisita in Puglia può essere trasferita, migliorando la capacità di monitoraggio a livello nazionale.

Allegato 1 - Registro Tumori

Già con Deliberazione di G.R. n. 2040 del 13 dicembre 2016 il Governo Regionale ha stabilito:

- a. di identificare, con decorrenza immediata, nell'Agenda Regionale Sanitaria il centro di coordinamento del Registro Tumori Puglia, con compiti di raccolta e analisi dei dati personali anagrafici e sanitari relativi a casi diagnosticati di neoplasia del territorio della Regione Puglia, assicurando l'omogeneità delle procedure di rilevazione e di elaborazione dei dati e fornendo supporto metodologico e formativo ai Registri Tumori provinciali.
- b. di confermare che il centro di coordinamento regionale, in capo all'Agenda Regionale Sanitaria, si occupi dell'elaborazione delle informazioni epidemiologiche e statistiche ai fini di programmazione, gestione, controllo e valutazione dell'assistenza sanitaria in campo oncologico, garantendo la gestione amministrativa, tecnica ed informatica del Registro Tumori Puglia.
- c. di disporre che, a questo scopo, l'IRCCS Oncologico Giovanni Paolo II di Bari e l'Agenda Regionale Sanitaria definiscano, attraverso apposita intesa, le modalità per il trasferimento delle risorse umane, strumentali e tecnologiche per il funzionamento del centro di coordinamento del Registro Tumori Puglia nonché della cessione, a decorrere dal 31 dicembre 2016, delle obbligazioni connesse al trasferimento di competenze assunte.

Dal punto di vista amministrativo, sono stati quindi predisposti gli atti necessari a garantire il funzionamento del centro di coordinamento presso la nuova sede.

In particolare:

- sono stati acquisiti i contratti del personale adibito al centro di coordinamento (n. 1 statistico, n. 2 informatici, n. 1 codificatore) – (Deliberazione del Commissario Straordinario n. 5 del 23.01.2017)
- È stata sottoscritta una convenzione con l'Associazione Italiana Registri Tumori (AIRTum), avente ad oggetto il potenziamento delle attuali modalità operative del Centro Registro Tumori pugliese e la conseguente formazione del personale addetto tanto ai registri provinciali quanto al centro di coordinamento operante presso l'Agenda Regionale Sanitaria per la Puglia, quali requisiti preliminari e propedeutici all'accreditamento presso l'AIRTUM dei registri delle province di Bari e Foggia, nonché per l'accreditamento internazionale dei dati (Deliberazione del Commissario Straordinario n. 41 del 22.02.2017).
- È stato acquisito il contratto per la fornitura del servizio di assistenza e manutenzione evolutiva dei programmi per la produzione di indicatori di performance e di esito, funzionali anche all'avvio della Rete Oncologica Pugliese (Deliberazione del Commissario Straordinario n. 68 del 26.04.2016);
- è stato acquisito il contratto per la fornitura biennale del servizio di assistenza e manutenzione correttiva ed evolutiva del software gestionale Registro Tumori Puglia, implementato con nuove funzionalità di sicurezza (Deliberazione del Commissario Straordinario n. 111 del 14.06.2017);
- Sono state acquistate le licenze software per la funzionalità del server unico regionale collocato presso InnoVaPuglia, presso cui sono stati trasferiti i database dei registri provinciali (Deliberazione del Commissario Straordinario n. 113 del 14.06.2017);

Attività del centro di coordinamento del Registro Tumori Puglia - 2020

A seguito dello spostamento in ARESS, il centro di coordinamento ha curato in primo luogo il trasferimento di tutti i database dei registri tumori provinciali verso un unico server regionale allocato presso InnoVaPuglia e ha curato l'acquisizione di tutti i flussi informativi regionali. In virtù dell'implementazione del Sistema Informativo Regionale delle Anatomie Patologiche (SIRAP). Nella tabella di seguito si riporta la consistenza dei flussi informativi principali gestiti dal centro di coordinamento del Registro Tumori Puglia:

Sono state inoltre acquisiti l'anagrafe, i flussi della specialistica ambulatoriale, il nuovo flusso day service, la farmaceutica territoriale e sono stati caricati tutti i flussi già a disposizione dei singoli registri provinciali (es.

archivio delle radioterapie, archivi clinici delle oncologie mediche, ecc.). Il personale del centro di coordinamento ha supportato i registri provinciali di Bari e Foggia per le procedure di accreditamento AIRTum, attraverso attività di codifica della casistica, addestramento del personale, esecuzione e commento dei risultati del controllo di qualità CheckAIRTum, affiancamento per la predisposizione della documentazione necessaria e per la sitevisit. Già nel corso del 2017 si è proceduto, inoltre, ad aggiornare *PugliaCan*, lo strumento di divulgazione dei dati del Registro Tumori Puglia reso disponibile sul sito web alla pagina: <http://rtp.sanita.regione.puglia.it/pclive> In particolare, rispetto al Rapporto predisposto nel 2016, i dati di incidenza, di mortalità e di sopravvivenza sono stati aggiornati con un'annualità aggiuntiva per ciascun registro, con eccezione dei registri di Bari e Foggia, per i quali le stime pubblicate sono state sostituite con dati di registrazione. Inoltre, è stata implementata la possibilità di visualizzare i dati per distretto socio-sanitario. Tale attività ha comportato quindi il calcolo di tassi diretti e indiretti di incidenza e mortalità, l'elaborazione dei relativi trend temporali, il calcolo delle stime di sopravvivenza per ogni distretto socio-sanitario e per ogni ASL della regione Puglia, nonché l'aggiornamento della pagina web con l'introduzione di nuove sezioni. È stato sviluppato, nell'ambito del software gestionale RTP, un sistema di controllo di gestione delle attività del centro di coordinamento e dei registri periferici, attraverso l'implementazione di indicatori di attività che tengono conto dell'articolazione dei compiti affidati agli operatori e che consentono di dare conto dell'efficienza dei singoli operatori e dei registri nel loro complesso. È possibile visualizzare, sia a livello di singolo operatore che di registro, l'andamento nel tempo della totalità delle operazioni effettuate, del numero di inserimenti/modifiche/completamenti/eliminazioni di casi nonché di un indicatore composito che pesa diversamente, in funzione della complessità, le singole attività. Tale sistema, attualmente in fase di test, sarà alla base della formulazione di specifici obiettivi di performance che saranno assegnati per l'anno 2018. È stato assicurato il supporto all'Agenzia e al Dipartimento per il riscontro a numerose richieste di dati da parte di ASL, Comuni, movimenti politici, associazioni di cittadini e sono state aggiornate le stime di mortalità, incidenza e ospedalizzazione a supporto della VDS di Taranto. Le attività di elaborazione dati routinarie sono state gestite grazie allo sviluppo, da parte degli informatici e dello statistico del registro, di uno strumento denominato *PugliaStat*, ancora in fase di perfezionamento in attesa dell'acquisizione di software necessari per le funzionalità programmate, che genera indicatori epidemiologici a partire dai dati disponibili di mortalità e ricoveri per una prima descrizione dello stato di salute della popolazione pugliese, arrivando ad un livello di disaggregazione comunale.

Il personale del Registro Tumori Puglia ha partecipato all'Annuale Riunione Scientifica AIRTum presentando contributi scientifici di notevole spessore.

Per gli approfondimenti si riporta il link al seguente portale di consultazione on line:

<http://rtp.sanita.regione.puglia.it/pclive2>

ALLEGATO 2

PANORAMICA SULLA PIANIFICAZIONE A LIVELLO DI PIANO**Presentazione del PRP**

Il Piano regionale della prevenzione (PRP) rappresenta la cornice programmatica degli obiettivi di tutte le aree rilevanti per la Sanità Pubblica che la Regione Puglia ha delineato sia in funzione del miglioramento della capacità di erogare i Livelli Essenziali di Assistenza, sia per cogliere le sfide dei mutati scenari di riferimento, in relazione all'emergenza pandemica tuttora in atto ma anche alle opportunità di riorganizzazione del Sistema Sanitario in ottica di Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.

Già con il PRP 2014-2018 la Regione Puglia ha manifestato l'impegno ad investire nella promozione della salute e nella prevenzione, raggiungendo gli obiettivi prefissati, sia in termini di adempimenti, sia in termini di consolidamento del sistema di governo delle azioni di sanità pubblica, che si è peraltro dovuto duramente confrontare dal febbraio 2020 in poi con l'emergenza pandemica.

Tale circostanza, tuttora in atto, ha evidenziato da un lato drammaticamente le esigenze di rafforzamento strutturale dei presidi territoriali deputati alla prevenzione, dall'altro la necessità di impostare un modello di governo in grado di rinnovare le competenze dei servizi e degli operatori e di esprimere una capacità adattativa, anche di tipo funzionale, rimodulando gli assetti e linee di intervento in funzione delle priorità.

Proprio nell'ottica di strutturare in modo adeguato rispetto alle molteplici esigenze di intervento i Dipartimenti di Prevenzione, la Regione Puglia, con la pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia n.151 del 30.10.2020 del regolamento regionale 28 ottobre 2020, n. 18 recante «Criteri e Standard per la definizione dei Piani Triennali di Fabbisogno di Personale per i Dipartimenti di Prevenzione delle AA.SS.LL. Puglia ai sensi del L.R. 25/2006» ha concluso l'iter utile per la definizione del fabbisogno di personale sia sotto il profilo quantitativo sia sotto quello professionale.

Accanto al potenziamento strutturale, si rende necessario un investimento rilevante sulle competenze e sulle modalità operative del sistema della prevenzione.

Già i LEA della prevenzione delineati con il DPCM 12.01.2017, hanno introdotto importanti novità, sia nell'impostazione che nei contenuti, esplicitando la mission specifica rivolta alla promozione e tutela della salute destinati alla popolazione. L'elemento più rilevante è l'introduzione esplicita del tema della intersectorialità, collegata a quello delle valutazioni di impatto preventive di politiche, piani e interventi, che consente di intersecare i fattori di rischio individuali con quelli collettivi, attraverso lo strumento del profilo di salute. Dal punto di vista strategico, questa impostazione trova coerenza negli obiettivi dell'Agenda 2030 che proietta le azioni di sanità pubblica nel contesto economico, sociale e ambientale in cui si determinano, anche nell'ottica del contrasto alle disuguaglianze e in una logica One Health.

L'integrazione, la multidisciplinarietà e l'intersectorialità diventano principi cardine dell'azione di sanità pubblica delineata nel PRP 2020-2025 che diventa efficace se è in grado di incrociare le strategie di comunità, orientate alla promozione della salute, e strategie basate sull'individuo, mirato a seconda dei fattori di rischio propri della persona e della sua disponibilità al cambiamento, secondo la strategia dei co-benefici.

La Regione Puglia aveva già avviato una sperimentazione in questo senso con il Centro Salute Ambiente, un corpo di iniziative progettuali che – a partire dalla prevenzione primaria – costruiva un percorso di promozione della salute, intervenendo sui determinanti individuali e collettivi attraverso un approccio integrato ambiente e salute che ha da un lato implementato strumenti di valutazione preventiva degli impatti ambientali e sanitari, dall'altro ha influenzato l'organizzazione dei servizi sanitari per la presa in carico precoce delle malattie croniche non trasmissibili in un contesto di elevata vulnerabilità, anche socio-economica.

Il modello si è basato sull'integrazione funzionale tra livelli di governo (nazionale/regionale/locale), tra competenze (ambiente e salute) e tra livelli di assistenza (prevenzione primaria e secondaria, assistenza territoriale, assistenza ospedaliera) e si è innestato in un percorso di progressivo consolidamento delle strategie complessive di promozione della salute nell'ambito del PRP 2014-2018, che hanno investito il setting scolastico, comunitario, gli ambienti di vita e di lavoro, ma anche incrociando le previsioni del Piano Nazionale delle Cronicità.

Il nuovo Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025 investe sulla messa a sistema dei programmi di prevenzione collettiva di provata efficacia, e impostando linee di azione basate su evidenze di costo-

efficacia, buone pratiche documentate sui diversi macro-obiettivi.

L'evoluzione della situazione epidemiologica della pandemia da COVID-19 ha confermato la necessità di adeguati interventi di Sanità Pubblica, evidenziando l'esigenza di rimodulare e potenziare, nel breve e medio periodo, gli interventi di prevenzione e promozione della salute basati su reti integrate di servizi sociosanitari e sul coinvolgimento della popolazione in processi di empowerment.

La scelta di sostenere il riorientamento di tutto il sistema della prevenzione verso un approccio di Promozione della Salute rappresenta un forte elemento strategico di innovazione del nuovo Piano, rendendo trasversale a tutti i Macro Obiettivi lo sviluppo di strategie di empowerment e capacity building raccomandate dalla letteratura internazionale e dall'OMS, coerentemente con lo sviluppo dei principi enunciati dalla Carta di Ottawa: nell'ambito dei programmi predefiniti, il filo conduttore è rappresentato da interventi sull'assetto istituzionale che mirano a definire modelli di governo (orizzontali e verticali) e strategie intersettoriali: alcune fanno riferimento a percorsi già da tempo intrapresi, come ad esempio nell'ambito scolastico con il Piano Strategico per la Promozione della Salute nella Scuola che propone nel proprio catalogo progettualità orientate alla promozione di stili di vita e comportamenti salutogenici.

Accanto ai programmi predefiniti, sono stati individuati 6 Programmi Liberi: Donna e Neonato; Tutela dei consumatori e prevenzione nutrizionale; Screening Oncologici; Vaccinazioni; Malattie trasmesse dagli Alimenti; Vettori.

La scelta dei programmi liberi manifesta la volontà regionale di intervenire su alcune criticità di sistema, di tutelare specifici contesti di fragilità e di impostare azioni che guardino operativamente all'integrazione ambiente-salute-clima in una logica One Health.

In questo contesto, la definizione di un modello di governance efficiente ed efficace rappresenta un elemento strategico per conseguire gli obiettivi di salute connessi alle previsioni di piano.

Già in fase di progettazione la Regione ha inteso dotarsi di un modello di governance generale del Piano, adottando una struttura organizzativa del PRP 2020-2025, con Determinazione del Dirigente della Sezione Promozione della Salute e del Benessere n. 13 del 17/02/2021, costruita in modo da valorizzare le competenze specifiche per identificare azioni volte a perseguire gli obiettivi strategici della programmazione regionale e nazionale.

Tale modello prevede l'identificazione di responsabili dei diversi programmi – predefiniti e liberi – che a loro volta costruiscono gruppi di referenti interaziendali con il compito di tradurre le previsioni programmatiche in processi operativi e risultati valutabili.

Documenti associati alla presentazione del PRP

Nome	Tipo	Data upload	
DGR_2131_2020_12_22_Recepimento Piano Nazionale Prevenzione	.pdf	14/07/2021 10:48:00	

Griglia HEA - Governance regionale

Nei precedenti PRP come è stato prevalentemente affrontato, nella Regione, il problema delle disuguaglianze, ovvero quale è stato l'approccio generale più comune delle politiche, dei programmi e degli interventi di contrasto alle disuguaglianze, nell'ambito del sistema di prevenzione?

Interventi strutturali, di tipo "macro", diretti ad impattare sui determinanti distali (occupazione, reddito, welfare) ovvero sulle cause sociali delle disuguaglianze di salute e quindi più frequentemente sotto la responsabilità di soggetti istituzionali non sanitari o comunque perseguibili con approcci intersettoriali

- Interventi di tipo "micro", diretti ad impattare sui determinanti prossimali (influenzando le risorse di salute disponibili, l'accessibilità a queste risorse ed il loro effettivo utilizzo) e quindi più tradizionalmente e frequentemente sotto la responsabilità della sanità, in particolare della prevenzione
- Interventi diretti a target 'specifici', mirati al miglioramento delle condizioni di salute dei gruppi più svantaggiati/deprivati (es. campagna di comunicazione rivolta ad uno specifico sottogruppo) o comunque pensati su misura dei gruppi di popolazione che si vogliono raggiungere con l'obiettivo di migliorare il loro stato di salute senza un preciso riferimento alla riduzione delle disuguaglianze di salute
- Interventi diretti a ridurre il gap di salute che esiste tra i più svantaggiati e i più avvantaggiati (e che quindi richiedono un confronto tra i due gruppi, ex ante ed ex post intervento)
- Interventi di comunità, estesi a tutta la popolazione secondo un approccio universalistico (stessa offerta a tutti)
- Interventi graduati e modulati rispetto alla domanda (offerta proporzionata al bisogno)
- Integrazione/combinazione delle varie tipologie, a più livelli
- Altro

se altro, specificare

Gli interventi sono stati basati su evidenze o buone pratiche?

si, in parte



A che "livello" il contrasto delle disuguaglianze è stato adottato come un orientamento trasversale e integrato in tutte le strategie di prevenzione e promozione della salute?

A livello programmatico (pianificazione di interventi)



se altro, specificare

Quali sono i fattori facilitanti quest'ultimo processo ?

- Capacity building per avere a disposizione e saper utilizzare dati, evidenze, strumenti, tecnologie ,... nel contesto in cui si opera
- Integrazione e utilizzo integrato dei sistemi informativi/di sorveglianza
- Risorse finanziarie

- Risorse umane
- Costruzioni di reti e alleanze con partner sanitari
- Costruzioni di reti e alleanze con partner extra sanitari
- Innovazione e/o integrazione di competenze
- Governance con chiara definizione del mandato, del ruolo e dell'ambito di azione
- Azioni centrali a supporto e di accompagnamento, strategie/piani nazionali
- Utilizzo di metodologie validate, flessibili e standardizzate (es. Health Equity Audit), anche per la valutazione di impatto
- Sistemi di monitoraggio e valutazione dei processi e dei risultati inglobati nelle regole di sistema e/o nei sistemi di valutazione nazionale (es. NSG - LEA)
- Altro specificare

se altro, specificare

Nei precedenti PRP l'equità è stata perseguita con riferimento ad almeno un Obiettivo Strategico ed una Linea di intervento coerenti con il PNP 2020-2025?

Se sì quali? (specificare un Obiettivo e una Linea)

In questo percorso è stata applicata la metodologia HEA?

20. Se Sì, ad oggi in quale step del ciclo HEA si colloca il percorso di cui sopra?

Quali dimensioni della salute sono state esplorate?

- Stato di salute e determinanti (speranza di vita, stato e percezione di salute, mortalità, Incidentalità, fattori di rischio, indici dipendenza, disabilità, utilizzo servizi, ecc.)
- Contesto demografico (struttura, fecondità, dinamica di popolazione, ecc.)
-

Contesto sociale ed economico (livello di istruzione, disoccupazione, caratteristiche delle famiglie, densità abitativa, occupati per settore di attività economica, ecc.)

- Fattori comportamentali (fumo, alcol, sovrappeso e obesità, attività fisica, ecc.)
- Fattori ambientali (inerenti i fattori facilitanti/opportunità per l'adozione di stili di vita salutari)
- Aspetti organizzativi (offerta sanitaria, accesso, ecc.)

• **Nella analisi delle disuguaglianze, anche alla luce dello scenario introdotto dall'epidemia da Covid-19, sono stati considerati i principali meccanismi di generazione delle disparità nella salute (al fine di individuare i punti di ingresso per le politiche e gli interventi di contrasto), di seguito elencati**

- Posizione sociale
- Esposizione
- Vulnerabilità
- Danno problema di salute
- Conseguenze sociali dell'esperienza di malattia

L'analisi delle disuguaglianze è stata declinata rispetto ad uno o più setting del PNP?

Se sì, quali

- Comunità
- Scuola
- Ambienti di lavoro
- Servizi di prevenzione/cura/assistenza socio-sanitaria
- Comune, Municipalità
- altro

Se altro, specificare

L'analisi delle disuguaglianze è stata declinata rispetto al ciclo di vita ovvero alle finestre temporali di salute e di "opportunità di salute" dell'individuo?

Se sì, quali

- Primi 1000 giorni
- Infanzia

- Adolescenza
- Età riproduttiva
- Genitorialità
- Età adulta/lavorativa
- Anziani
- altro

Se altro, specificare

Griglie HEA indicatori

I dati e gli indicatori utilizzati per l'elaborazione del profilo di salute ed equità derivano da:

- Sistemi informativi e di sorveglianza correnti, disponibili a livello regionale e nazionale
- Indagini ad hoc o fonti disponibili solo nella Regione
- Record linkage di più fonti
- Altro specificare

Per la costruzione del profilo di salute ed equità sono stati utilizzati strumenti validati quali banche dati interattive e algoritmi a supporto della individuazione dei meccanismi principali di generazione delle disuguaglianze e quindi della prioritizzazione degli interventi?:

no



Se sì, specificare:

Sintesi del Profilo di salute ed equità

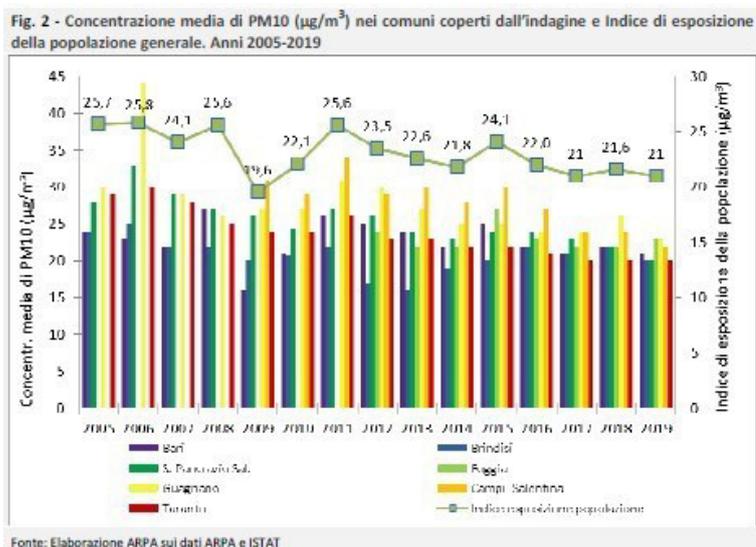
Con riferimento alle risposte fornite nella Griglia HEA, descrivere il profilo di salute ed equità della Regione

La Regione Puglia ha approvato la legge regionale 31 ottobre 2019, n. 47 "Il benessere equo e sostenibile (BES) a supporto della programmazione finanziaria e di bilancio regionale". Al lavoro sul BES si è affiancato quello sugli indicatori per il monitoraggio degli obiettivi dell'Agenda 2030 sullo sviluppo sostenibile, i Sustainable Development Goals (SDGs) delle Nazioni Unite (Goal Agenda ONU 2030). I due insiemi di indicatori sono parzialmente sovrapponibili e complementari. L'ultimo aggiornamento degli indicatori BES è quello intermedio di marzo 2021 (<https://www.regione.puglia.it/web/ufficio-statistico/attivita-e-report/bes> – (<https://www.regione.puglia.it/web/ufficio-statistico/attivita-e-report/bes>)).

Il set dei 152 indicatori BES e SDGs esplorano le dimensioni del benessere in 12 domini, che consentono di approfondirne la distribuzione e valutare le disuguaglianze territoriali, anche a livello di province e città metropolitane.

La lettura di questi indicatori, con le variazioni temporali e i confronti geografici, può rappresentare la base per l'individuazione delle principali criticità, per la realizzazione di piani di intervento integrati per il miglioramento della qualità della vita nello specifico contesto di riferimento socio-economico e ambientale, nonché per il monitoraggio e la valutazione degli esiti e degli impatti delle azioni realizzate.

In relazione al dominio Ambiente, la Regione Puglia presenta valori critici rispetto al confronto con i dati nazionali in corrispondenza del conferimento di rifiuti in discarica (36% vs. 21%); disponibilità di verde urbano (9,4 m² per abitante vs. 32,8); impermeabilizzazione del suolo da copertura artificiale (8,12% vs. 1,02%); dispersione da rete idrica comunale (45,1% vs. 42%); preoccupazione per cambiamenti climatici e per la perdita di biodiversità; siti contaminati (9,3 per 1000 abitanti vs. 1,3). Alcuni degli indicatori negativi presentano trend in miglioramento nel tempo come il conferimento di rifiuti in discarica era pari al 93% nel 2005, vs. una media nazionale prossima al 60%, mentre il dato sulla disponibilità di verde urbano è stabilmente problematico, mentre peggiora il dato relativo ai siti contaminati. Dati positivi riguardano le coste marine balneabili e la qualità delle acque di balneazione, la produzione di energia elettrica da fonti rinnovabili, il trattamento delle acque reflue, la percentuale di popolazione esposta al rischio frane e alluvioni, l'indice di durata dei periodi di caldo. Con riferimento al particolato atmosferico, considerato dal WHO il più rilevante fattore di rischio ambientale per la salute, il BES fornisce solo un dato relativo alla qualità delle attività di monitoraggio. Per l'analisi è possibile tuttavia fare riferimento al patrimonio di indicatori ambientali sviluppato da ARPA Puglia (<https://rsaonweb.weebly.com/>): la media annua della concentrazione di PM10 (mg/m³) a cui è potenzialmente esposta la popolazione residente in ambito urbano stima l'esposizione media della popolazione urbana alle concentrazioni in outdoor del PM10, sulla base dei dati di concentrazione media annua rilevati dalle stazioni di rilevamento di background urbano. L'indicatore appare in miglioramento nel periodo considerato in tutte le province, attestandosi a 21. Dati positivi e trend in miglioramento riguardano anche l'esposizione in ambito urbano a PM2.5, ozono, biossido di azoto e benzo(a)pirene.



Per quanto riguarda il benessere economico, praticamente tutti gli indicatori risultano peggiori rispetto al dato nazionale, con l'eccezione del sovraccarico del costo delle abitazioni. In peggioramento di quasi 4 punti percentuali il rischio di povertà.

Analogamente, risultano critici gli indicatori del dominio Innovazione, Ricerca e Creatività, in particolare quelli relativi alle competenze digitali e alle disponibilità di accesso alla connessione Internet, anche a causa della bassa copertura della rete fissa di accesso ultra veloce a Internet.

Le competenze, alfabetiche, numeriche, digitali, e in generale gli indicatori relativi al dominio dell'Istruzione e della Formazione si confermano critiche, e in peggioramento quelle relative alla partecipazione culturale fuori casa.

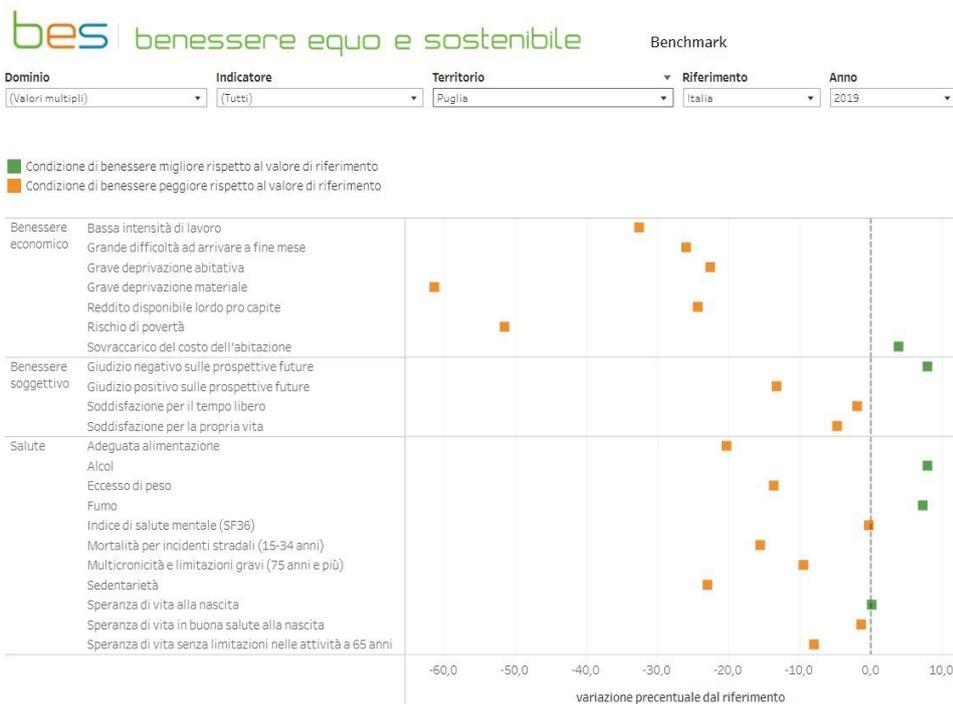
Numerosi indicatori evidenziano aspetti problematici con riferimento al lavoro e conciliazione tempi di vita, anche con riferimento al tema della sicurezza (tasso di infortuni mortali sul lavoro e inabilità permanenti).

Anche il paesaggio e il patrimonio culturale mostrano dati negativi, in particolare in tema di abusivismo edilizio, densità di verde storico e di patrimonio museale, pressione delle attività estrattive.

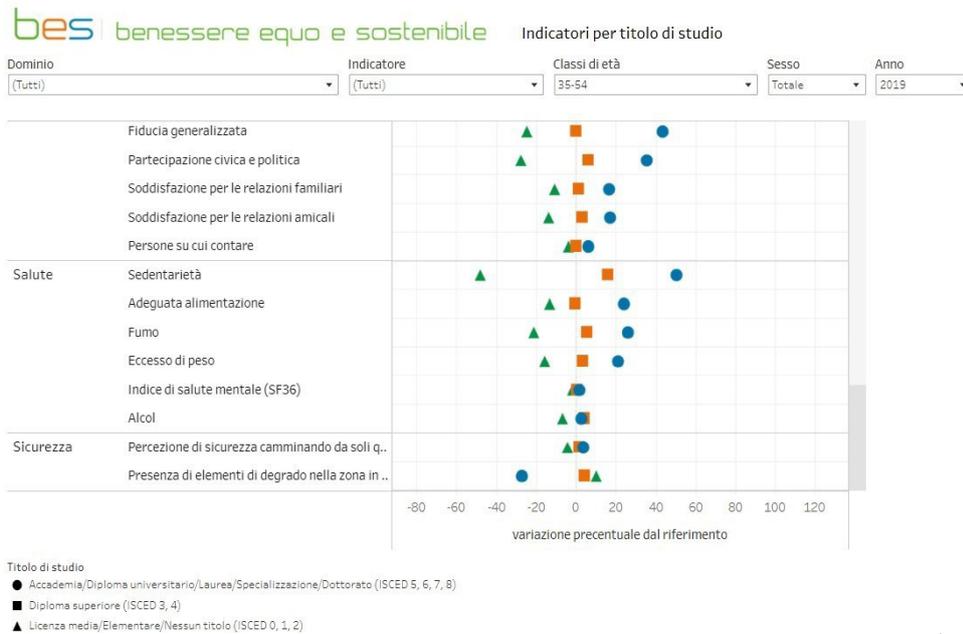
Considerando la qualità dei servizi la percentuale di anziani trattati in assistenza domiciliare integrata è pari al 2% rispetto al dato nazionale pari a 2,7%, in lieve miglioramento nel tempo; si registra una inferiore disponibilità di personale medico e di posti letto ospedalieri, e un tasso di rinuncia alle prestazioni sanitarie più elevato e in peggioramento nel tempo.

La partecipazione civica e politica ha valori critici, a differenza della partecipazione sociale, in particolare grazie all'attività delle organizzazioni no profit.

Esplorando gli indicatori più propriamente sanitari, valori di confronto negativi si registrano in corrispondenza della speranza di vita (alla nascita, in buona salute alla nascita e senza limitazioni nelle attività a 65 anni), della sedentarietà (tasso standardizzato per 100: 42 Puglia vs. 34 Italia); adeguata alimentazione (tasso standardizzato per 100: 12,9 vs 18,8); eccesso di peso (tasso standardizzato 48 vs. 45,5). Valori favorevoli nel confronto riguardano invece il consumo di alcol, l'abitudine al fumo, l'indice di salute mentale, la mortalità evitabile, la mortalità per tumore, la multicronicità e le limitazioni gravi.



Il sito del BES mette a disposizione la stratificazione degli indicatori per titolo di studio (https://public.tableau.com/views/BES2021_Gennaio/Titolodistudio?%3Alanguage=it&%3Adisplay_count=y&%3Aorigin=viz_share_link&%3AshowVizHome=no (https://public.tableau.com/views/BES2021_Gennaio/Titolodistudio?%3Alanguage=it&%3Adisplay_count=y&%3Aorigin=viz_share_link&%3AshowVizHome=no)), da cui si evince una forte associazione tra titolo di studio Licenza media/elementare/nessuno con la sedentarietà, l'eccesso di peso, la inadeguata alimentazione, il consumo eccessivo di alcol e l'abitudine al fumo.



In generale, gli indicatori di mortalità risultano favorevoli per la Regione Puglia: guardando i dati del Sistema di Valutazione delle Performance dei Sistemi Sanitari Regionali del Laboratorio MES della Scuola Sant'Anna di Pisa, si osserva che, oltre alla mortalità per tumore, la Puglia mostra valori più positivi della media delle altre regioni in tema di mortalità neonatale e infantile, mortalità per malattie cardio-circolatorie e per suicidi.

L'indicatore sintetico sugli stili di vita, calcolato sulla base del Sistema di Sorveglianza PASSI in analogia al corrispondente indicatore del NSG, mostra invece il dato più sfavorevole tra le Regioni partecipanti, come pure con riferimento agli screening oncologici, sia in termini di estensione che di adesione.

Questi ultimi dati sembrano spiegare la peggiore performance in termini di sopravvivenza dei pazienti con patologie oncologiche evidenziata dal Rapporto AIRTUM 2016. Un'analisi condotta sui dati di Taranto e BT del Registro Tumori Puglia ha peraltro evidenziato i differenziali di sopravvivenza per titolo di studio (Coviello V et, in XLII Convegno AIE 2018; Salerno: AIE; 2018. Disponibile all'indirizzo: [http://www.epidemiologia.it/wpecontent/](http://www.epidemiologia.it/wpecontent/uploads/2018/10/Abstract18_004.pdf)—([http://www.epidemiologia.it/wpecontent/](http://www.epidemiologia.it/wpecontent/uploads/2018/10/Abstract18_004.pdf)) uploads/2018/10/Abstract18_004.pdf). Le evidenze supportano pertanto un effetto combinato dello svantaggio individuale e di contesto: la minore disponibilità di risorse sanitarie (screening oncologici) si interseca con un accesso diseguale ai servizi (minore adesione in relazione al livello di istruzione) e si traduce in esiti sfavorevoli di salute (peggiore sopravvivenza per tumore nelle persone con bassa scolarità).

L'analisi della mortalità per causa a livello provinciale dell'ultimo quinquennio disponibile (2014-2018, Fonte dati: ISTAT), in termini di rapporti standardizzati utilizzando la popolazione regionale come riferimento, evidenzia nell'area di Foggia eccessi di rischio di morte per malattie dell'apparato cardiocircolatorio, e malattie dell'apparato digerente nel sesso maschile; nell'area Bari-BT un eccesso di rischio di morte per tumore del fegato, in particolare nel sesso maschile; nell'area salentina, un eccesso di rischio per malattie dell'apparato respiratorio, sia neoplastiche che non, e per tumore alla vescica, in entrambi i sessi; in provincia di Taranto eccessi per tumori maligni e malattie dell'apparato cardio-circolatorio.

L'Atlante Italiano delle disuguaglianze di mortalità per livello di istruzione (Epidemiol Prev 2019; 43 (1) Suppl 1:1-120. doi: 10.19191/EP19.1.S1.002) conferma le criticità relative alla mortalità per i tumori maligni del fegato, per le malattie del sistema respiratorio, in particolare nel Salento, per diabete mellito nelle donne. Osservando la frazione di mortalità attribuibile, ovvero la proporzione di decessi che si potrebbero evitare se la popolazione con titolo di studio medio-basso avesse una mortalità pari a quella della popolazione con titolo di studio alto si evidenzia per la Puglia un valore superiore al 25% per le malattie del sistema circolatorio, in particolare per le malattie ischemiche del cuore, per le malattie cerebrovascolari, per i tumori maligni dello stomaco, del fegato, del polmone, per le malattie respiratorie croniche nel sesso maschile, per diabete nel sesso femminile.

Gli indicatori relativi alla speranza di vita, che già nell'analisi BES presentavano criticità in particolare con riferimento alla speranza di vita senza limitazioni a 65 anni, appaiono anch'essi fortemente condizionati dal livello di istruzione, con un differenziale di 2 anni, in entrambi i sessi tra chi ha un'elevata scolarità (82,5 anni negli uomini, 86,2 anni nelle donne) rispetto alle persone con bassa scolarità (79,8 anni negli uomini e 84,5 anni nelle donne).

L'analisi del profilo di salute regionale complessivamente, in relazione ai principali determinanti, sia di tipo individuale che collettivo, evidenzia alcune criticità che appaiono riverberarsi sugli esiti sanitari. In particolare, per le patologie che presentano eccessi di rischi di morte vi è un'evidenza circa l'esistenza di un consistente margine di evitabilità, associato alle risorse socio-economiche-culturali.

In sintesi, si registra una coerenza tra gli indicatori regionali di contesto socio-economico e culturale e gli indicatori sanitari: risultano critici quelli collegati a più scarse risorse materiali e culturali, anche in considerazione dei notevoli spazi di intervento a carico della qualità ambientale e paesaggistica, ottenibili attraverso l'implementazione di scelte che invertano alcune tendenze negative, con riferimento ad esempio al consumo di suolo e alla disponibilità di verde urbano, e che consolidino i progressi ottenuti (ciclo dei rifiuti, produzione di energia da fonti rinnovabili, esposizione della popolazione a particolato atmosferico). L'elevata prevalenza di comportamenti e stili di vita sfavorevoli, più frequenti nelle persone con bassa scolarità, supporta la necessità di implementare programmi mirati di promozione della salute che tengano conto del ruolo che svolge la

posizione socio-economica, anche influenzando l'accesso alle informazioni e ai servizi.

Documenti associati alla sezione HEA

Nome	Tipo	Data upload	
BES COMPLETO MARZO 2021	.pdf	31/08/2021 15:27:00	
2019_ambiente_e_salute_1_pm10 (1)	.pdf	31/08/2021 15:27:00	
PSE Reg Puglia_sett2021	.pdf	21/12/2021 12:38:00	

Programmi Predefiniti

codice	titolo
PP01	Scuole che promuovono Salute
PP02	Comunità attive
PP03	Luoghi di lavoro che promuovono salute
PP04	Dipendenze
PP05	Sicurezza negli ambienti di vita
PP06	Piano mirato di prevenzione
PP07	Prevenzione in edilizia e agricoltura
PP08	Prevenzione del rischio cancerogeno professionale, delle patologie professionali dell'apparato muscolo-scheletrico e del rischio stress correlato al lavoro
PP09	Ambiente, clima e salute
PP10	Misure per il contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza

Programmi Liberi

codice	titolo
PL11	Donna e Neonato
PL12	Tutela dei consumatori e prevenzione nutrizionale
PL13	Screening Oncologici
PL14	Vaccinazioni
PL15	Malattie Trasmesse dagli Alimenti
PL16	Vettori



ALLEGATO B

SCHEDA DEI RISULTATI RAGGIUNTI CON I PROGETTI OBIETTIVI DEL PSN ANNO 2019 <i>Accordo e Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano 191 del 28/11/2019</i>

1	REGIONE	Puglia
---	----------------	--------

2	LINEA PROGETTUALE	Percorso diagnostico terapeutico condiviso e personalizzato per pazienti con multi-cronicità
---	--------------------------	--

3	TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO	Care Puglia 3.0 e Piano delle Cronicità regionale
---	---------------------------------------	---

4	DURATA DEL PROGETTO	Data inizio progetto	Data chiusura progetto	Data presentazione risultati
		1/1/2019	31/12/2019	30/11/2024

5	RISORSE FINANZIARIE UTILIZZATE PER REALIZZAZIONE IL PROGETTO - MODALITÀ DI REPERIMENTO RISORSE		
	Finanziamento	Riferimento (Delibera, atto ecc.)	Importo
	<i>Risorse vincolate degli obiettivi del PSN</i>		
	<i>Eventuali Risorse regionali</i>	<i>DGR 2169 del 27/11/2019</i> <i>DGR 1329 del 7/08/2020</i>	€ 52.801.214,00

6	INDICATORI DEI RISULTATI RAGGIUNTI			
	Fase del progetto in mesi	Breve descrizione delle attività svolte	Ambito sanitario di intervento	Risultati quantitativi degli Indicatori di verifica previsti
	1-3 mesi	<ul style="list-style-type: none"> - Avvio del progetto e analisi dei fabbisogni assistenziali. - Definizione dei Percorsi Diagnostico-Terapeutico-Assistenziali (PDTA) per le patologie croniche principali. - Organizzazione delle prime attività di formazione per il personale sanitario. 	Gestione delle cronicità - Diabete - Insufficienza cardiaca - Malattia polmonare cronica ostruttiva	- Definiti i PDTA per 3 patologie principali (diabete, insufficienza cardiaca, malattia polmonare cronica). - 80% del personale sanitario formato sui nuovi protocolli di cura.
	4-6 mesi	<ul style="list-style-type: none"> - Avvio del monitoraggio dei pazienti cronici. - Implementazione del Piano Assistenziale Individuale (PAI) per ciascun paziente. - Avvio della piattaforma di telemedicina per il monitoraggio remoto. 	Monitoraggio remoto della cronicità	- 10.000 adesioni al PAI , con un incremento del 15% rispetto all'anno precedente.

				- 1.000 pazienti monitorati tramite telemedicina.
7-9 mesi	- Ottimizzazione dei PDTA in base ai risultati intermedi. - Estensione dei servizi di telemedicina e formazione continua.	Telemedicina e formazione sanitaria		- 50% dei pazienti cronici seguiti da remoto tramite piattaforma di telemedicina. - 1.200 professionisti sanitari formati con corsi di aggiornamento.
<p>Gli indicatori di verifica previsti si riferiscono principalmente al numero di adesioni al PAI, al monitoraggio remoto tramite telemedicina, e alla formazione del personale sanitario. Il progetto ha raggiunto obiettivi quantitativi significativi, con un notevole incremento nelle adesioni al PAI e una crescente implementazione della piattaforma digitale di monitoraggio remoto.</p> <p>Nel corso delle fasi successive, l'integrazione dei sistemi ICT e la collaborazione tra ospedali e territorio sono state rafforzate per garantire un'assistenza integrata e continua per i pazienti cronici.</p>				

TRASFERIBILITÀ	
Tipo di realtà nella quale può essere implementato il progetto	Progetto o parte del progetto che può essere trasferita
7 Regioni e territori con un sistema sanitario pubblico integrato (simile alla Regione Puglia)	- Integrazione dei servizi sanitari e sociali : il modello di coordinamento tra ospedali, medicina territoriale e servizi sociali. - Definizione e implementazione dei Percorsi Diagnostico-Terapeutico-Assistenziali (PDTA) : applicabili a diverse patologie croniche (diabete, insufficienza cardiaca, malattia polmonare cronica).
Aziende sanitarie locali (ASL) e strutture ospedaliere	- Sistemi ICT per la gestione integrata dei dati sanitari e sociali (ad esempio Edotto, FSE): il modello di raccolta e integrazione delle informazioni cliniche e sociali dei pazienti. - Piattaforma di telemedicina : il sistema di monitoraggio remoto dei pazienti cronici tramite tecnologie digitali.
Enti locali e amministrazioni regionali	- Formazione continua per il personale sanitario : il modello di formazione e aggiornamento per medici di medicina generale, infermieri e altri professionisti sanitari. - Piano Assistenziale Individuale (PAI) : il sistema di personalizzazione dei percorsi di cura e monitoraggio continuo per i pazienti cronici.
Strutture sanitarie private e convenzionate	- Riorganizzazione della filiera ospedale-territorio : un modello che può essere adottato anche in strutture sanitarie private per garantire una continuità assistenziale.

	- Approccio di stratificazione della popolazione cronica: il sistema per identificare i pazienti a rischio e personalizzare l'assistenza in base alla gravità delle condizioni.
--	--

CRITICITA' RILEVATE
<p>Il progetto Care Puglia 3.0 è altamente trasferibile a contesti diversi grazie alla sua struttura modulare e alla forte integrazione tra sanità, assistenza sociale e sistemi ICT. Le tecnologie digitali utilizzate per il monitoraggio remoto e l'integrazione dei dati possono essere facilmente adattate a realtà sanitarie diverse, mentre la formazione del personale rappresenta un elemento fondamentale che può essere implementato a livello nazionale e regionale. La riorganizzazione delle reti assistenziali ospedale-territorio può essere adattata anche a realtà con sistemi sanitari diversi, assicurando una continuità nella gestione dei pazienti cronici.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Difficoltà nell'integrazione dei sistemi informativi regionali e aziendali <ul style="list-style-type: none"> ○ Descrizione: Nonostante gli sforzi per integrare i vari sistemi informativi sanitari e sociali (come Edotto e FSE), sono emerse difficoltà nella completa sincronizzazione dei dati tra i diversi attori coinvolti (ospedali, ASL, medici di medicina generale, servizi sociali). Questa mancanza di interoperabilità ha rallentato il flusso di informazioni essenziali per la gestione integrata dei pazienti cronici. ○ Impatto: La difficoltà nell'integrazione dei sistemi ha causato ritardi nella condivisione delle informazioni tra i professionisti sanitari, con possibili ripercussioni sulla tempestività della presa in carico e sul monitoraggio continuo dei pazienti. 2. Resistenza al cambiamento da parte di alcuni operatori sanitari e istituzionali <ul style="list-style-type: none"> ○ Descrizione: In alcune aree, vi è stata una certa resistenza nell'adottare nuovi modelli organizzativi e tecnologici, in particolare per quanto riguarda l'uso della telemedicina e dei PAI. Ciò è stato causato da una certa riluttanza ad abbandonare modelli consolidati di assistenza, soprattutto tra il personale più anziano o meno abituato alle tecnologie digitali. ○ Impatto: La scarsa adesione ai nuovi modelli operativi ha limitato l'efficacia complessiva del progetto, rallentando l'implementazione dei Percorsi Diagnostico-Terapeutico-Assistenziali (PDTA) e dei sistemi di monitoraggio remoto. 3. Difficoltà nella standardizzazione dei Percorsi Diagnostico-Terapeutico-Assistenziali (PDTA) <ul style="list-style-type: none"> ○ Descrizione: Nonostante gli sforzi per definire e implementare i PDTA per le principali patologie croniche, sono emerse difficoltà nella loro applicazione uniforme su tutto il territorio regionale. Le differenze nelle risorse, nelle competenze e nelle strutture tra le diverse ASL hanno contribuito a disomogeneità nell'adozione e nell'efficacia di tali percorsi. ○ Impatto: La mancanza di una standardizzazione completa ha portato a variabilità nelle prestazioni e nell'accesso alle cure, con alcuni pazienti che hanno avuto difficoltà ad accedere alle stesse risorse sanitarie rispetto ad altri. 4. Carenti risorse economiche e organizzative per la gestione delle cronicità a lungo termine

- **Descrizione:** La gestione delle malattie croniche, specialmente a lungo termine, richiede risorse significative in termini di personale, finanziamenti e infrastrutture. In alcune aree, le risorse disponibili non sono state sufficienti per garantire una gestione ottimale e continuativa dei pazienti, specialmente per le cronicità più complesse.
- **Impatto:** La carenza di risorse ha limitato la capacità di monitoraggio continuo e di personalizzazione dei piani assistenziali, rendendo difficoltosa l'implementazione del modello di presa in carico integrata e continuativa.

5. Sfide nella personalizzazione dei Piani Assistenziali Individuali (PAI)

- **Descrizione:** Nonostante l'intento di personalizzare i percorsi assistenziali per i pazienti cronici, si sono presentate difficoltà nell'individuare con precisione le necessità individuali di ogni paziente e nel garantire l'adeguatezza dei PAI per ogni situazione. La stratificazione della popolazione cronica, sebbene utile, ha rivelato lacune nell'accuratezza dei dati raccolti e nel monitoraggio dei cambiamenti nel quadro clinico dei pazienti.
- **Impatto:** La personalizzazione parziale dei PAI ha ostacolato la piena efficacia del progetto, con alcuni pazienti che non hanno ricevuto il tipo di assistenza più adatta alle loro specifiche esigenze cliniche.

6. Problemi logistici e organizzativi nella riorganizzazione della filiera ospedale-territorio

- **Descrizione:** La riorganizzazione dei processi assistenziali tra ospedale e territorio, sebbene ben avviata, ha incontrato difficoltà logistiche e organizzative legate alla comunicazione e al coordinamento tra i diversi attori sanitari e sociali. La frammentazione territoriale e le differenze nelle strutture sanitarie hanno reso difficile implementare un modello di assistenza veramente integrato.
- **Impatto:** La scarsa coordinazione tra le diverse strutture ha causato dei ritardi nel trattamento dei pazienti cronici e ha reso difficile garantire una continuità assistenziale senza discontinuità o interruzioni nei percorsi terapeutici.

7. Limitazioni nelle tecnologie e nella telemedicina

- **Descrizione:** Sebbene siano stati compiuti progressi nell'uso della telemedicina per il monitoraggio remoto dei pazienti cronici, ci sono stati dei limiti legati alla disponibilità e all'affidabilità delle tecnologie, soprattutto nelle aree rurali o meno servite da infrastrutture adeguate. In alcuni casi, le piattaforme di telemedicina non sono state sufficientemente user-friendly o compatibili con i dispositivi utilizzati dai pazienti anziani o con scarsa familiarità con la tecnologia.
- **Impatto:** La limitata accessibilità alle tecnologie ha ridotto il numero di pazienti che hanno beneficiato pienamente del monitoraggio remoto e ha rallentato l'adozione di soluzioni innovative per la gestione delle cronicità.

Sintesi delle Criticità:

Il progetto ha affrontato diverse criticità che riguardano principalmente la **tecnologia**, l'**integrazione dei sistemi informativi**, la **resistenza al cambiamento** da parte degli operatori, e la **carenza di risorse** adeguate per la gestione continua delle cronicità. Tuttavia, sono stati fatti significativi passi avanti verso la creazione di un modello di assistenza integrata, che necessiterà di ulteriori miglioramenti per essere pienamente efficiente e sostenibile.

SCHEDA DEI RISULTATI RAGGIUNTI CON I PROGETTI OBIETTIVI DEL PSN ANNO 2019 <i>Accordo e Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano 191 del 28/11/2019</i>

1	REGIONE	Puglia
---	----------------	--------

2	LINEA PROGETTUALE	Promozione dell'equità in ambito sanitario.
---	--------------------------	---

3	TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO	Centro di Orientamento Oncologico Regionale
---	---------------------------------------	---

4	DURATA DEL PROGETTO	Data inizio progetto	Data chiusura progetto	Data presentazione risultati
		1/1/2019	31/12/2019	30/11/2024

5	RISORSE FINANZIARIE UTILIZZATE PER REALIZZAZIONE IL PROGETTO - MODALITÀ DI REPERIMENTO RISORSE		
	Finanziamento	Riferimento (Delibera, atto ecc.)	Importo
	<i>Risorse vincolate degli obiettivi del PSN</i>		
	<i>Eventuali Risorse regionali</i>	<i>DGR 2169 del 27/11/2019 DGR 1329 del 7/08/2020</i>	€ 1.940.184,00

6	INDICATORI DEI RISULTATI RAGGIUNTI			
	Fase del progetto in mesi	Breve descrizione delle attività svolte	Ambito sanitario di intervento	Risultati quantitativi degli Indicatori di verifica previsti
1-2		Progettazione e definizione del modello organizzativo dei COro. Identificazione dei professionisti da inserire nel team dei COro. Pianificazione delle modalità operative dei Centri di Orientamento Oncologico.	Gestione organizzativa e supporto ai pazienti oncologici.	- - Completamento della progettazione del modello. - Nomina dei responsabili medici, infermieri, e personale amministrativo.

				-Definizione della struttura operativa dei COrO, con indicazione delle risorse necessarie.
3-4	Istituzione e attivazione dei primi centri di orientamento oncologico (COrO). Mappatura e individuazione delle 18 sedi dei COrO.	Accesso alle strutture sanitarie oncologiche.	<ul style="list-style-type: none"> ● Attivazione di 9 COrO con piena operatività. ● Creazione di un sistema di gestione delle informazioni per il paziente in fase di diagnosi e cura. 	
5-6	Attivazione e avvio completo dei restanti 9 COrO. Organizzazione dei gruppi interdisciplinari di patologia.	Trattamento multidisciplinare e presa in carico del paziente oncologico.	<p>Completamento dei 18 COrO attivi.</p> <p>Istituzione di gruppi interdisciplinari di patologia, con almeno 2 team operativi per ciascun COrO.</p> <p>Risoluzione della prima fase di formazione del personale sanitario.</p>	

	7-8	<p>Predisposizione dei regolamenti interni e attivazione dei processi operativi dei COro.</p> <p>Testing del modello di funzionamento e monitoraggio delle prime attivazioni.</p>	<p>Controllo qualità e continuità assistenziale.</p>	<p>Redazione del regolamento di funzionamento dei COro.</p> <p>Testing operativo di almeno il 50% dei COro in relazione alla gestione del paziente oncologico.</p> <p>Avvio di monitoraggio dei risultati relativi alla presa in carico e all'orientamento del paziente.</p>
	9-12	<p>Continuazione del supporto ai COro con integrazione delle risorse.</p> <p>Monitoraggio dei risultati relativi alla mobilità passiva e alle liste di attesa.</p>	<p>Miglioramento dell'accesso alle cure oncologiche e riduzione delle disuguaglianze regionali.</p>	<p>Riduzione del 20% dei casi di mobilità passiva.</p> <p>Diminuzione dei tempi di attesa per il primo accesso ai COro del 15%.</p> <p>Aumento dell'appropriatezza dei percorsi diagnostico-terapeutici, con almeno un miglioramento del 10% nella gestione delle esenzioni ticket.</p>

7	TRASFERIBILITÀ	
	Tipo di realtà nella quale può essere implementato il progetto	Progetto o parte del progetto che può essere trasferita

<p>Il progetto, incentrato sull'attivazione di Centri di Orientamento Oncologico (COro), può essere implementato in diverse tipologie di realtà sanitarie e territoriali, inclusi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Strutture ospedaliere pubbliche e private: Gli ospedali con reparti oncologici potrebbero attivare i COro come supporto per i pazienti oncologici, con l'obiettivo di ottimizzare la presa in carico e migliorare la gestione del percorso diagnostico e terapeutico. 2. Centri di salute territoriali e cliniche specialistiche: Potrebbero essere creati COro nelle strutture sanitarie territoriali, in modo da ridurre il sovraccarico degli ospedali, migliorare l'accesso ai servizi e rafforzare la rete di supporto per i pazienti oncologici. 3. Case della salute e ambulatori di medicina generale: Le case della salute, attraverso la collaborazione con i medici di medicina generale, potrebbero diventare luoghi di orientamento per i pazienti oncologici, specialmente in contesti rurali o periferici. 4. Associazioni e organizzazioni non profit attive nell'oncologia: Le ONG e le associazioni di pazienti oncologici, come fondazioni o gruppi di supporto, potrebbero adattare il modello dei COro per offrire orientamento e supporto alle persone che affrontano il cancro, in particolare nelle prime fasi di diagnosi. 5. Aziende sanitarie locali (ASL) e servizi di salute pubblica: Le ASL potrebbero implementare i COro per integrare i servizi di cura oncologica nella rete di assistenza pubblica, migliorando la distribuzione dei servizi sul 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Modello di gestione dei COro: Il progetto può essere trasferito in altre realtà attraverso l'adattamento del modello organizzativo e operativo dei Centri di Orientamento Oncologico. Il modello prevede la creazione di uno spazio fisico e virtuale di supporto per i pazienti oncologici, facilitando l'accesso a informazioni, consulenze multidisciplinari e percorsi terapeutici. 2. Formazione del personale sanitario: La parte del progetto che riguarda la formazione dei professionisti sanitari, inclusi medici, infermieri, psicologi e personale amministrativo, è facilmente trasferibile. Potrebbero essere organizzati corsi di aggiornamento e programmi di formazione continua per far acquisire le competenze necessarie per gestire i COro in altre realtà. 3. Protocolli operativi e regolamenti: I protocolli e le linee guida che disciplinano il funzionamento dei COro, comprese le modalità di presa in carico dei pazienti e la gestione dei flussi informativi, possono essere adattati a contesti sanitari diversi. Questi documenti potrebbero essere standardizzati e utilizzati come base per la creazione di COro in altre strutture. 4. Tecnologie e piattaforme digitali: La digitalizzazione e informatizzazione dei percorsi di cura, come i sistemi informativi integrati per la gestione delle informazioni dei pazienti, può essere trasferita a realtà sanitarie che desiderano adottare soluzioni tecnologiche per migliorare l'efficienza e la comunicazione tra i professionisti del settore oncologico. 5. Processi di monitoraggio e valutazione dei risultati: I metodi di monitoraggio e valutazione adottati nel progetto, inclusi gli indicatori di risultato (es. riduzione della mobilità passiva, miglioramento dei tempi di attesa, incremento dell'appropriatezza delle cure), sono facilmente trasferibili per misurare l'impatto di COro in altre realtà. Questi strumenti permettono di monitorare costantemente l'efficacia del modello.
---	--

	territorio e riducendo le disuguaglianze di accesso alle cure.	

CRITICITA' RILEVATE
<p>CRITICITÀ RILEVATE</p> <p>1. Integrazione dei flussi informativi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Problema: La difficoltà nell'integrare e mappare i flussi informativi tra i vari enti e strutture coinvolte (ASL, INPS, uffici protesì, ecc.) può rallentare la gestione dei dati e l'efficacia dell'orientamento dei pazienti. ○ Strategia di riduzione: È necessario sviluppare un sistema di gestione e monitoraggio dei flussi informativi, in grado di garantire l'interoperabilità tra le diverse piattaforme e una gestione centralizzata delle informazioni. Questo potrebbe includere l'adozione di software interoperabili e la formazione del personale sulle procedure corrette. <p>2. Coordinamento tra i diversi attori del sistema:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Problema: La molteplicità di soggetti coinvolti (medici oncologi, psico-oncologi, infermieri, assistenti sociali, amministrativi, associazioni di volontariato, ecc.) potrebbe generare difficoltà nel coordinamento delle attività e nella gestione condivisa dei pazienti. ○ Strategia di riduzione: Potrebbe essere utile creare un coordinamento centralizzato tra i vari attori, implementando strumenti di comunicazione e riunioni periodiche di aggiornamento per garantire una gestione fluida e integrata del paziente. <p>3. Disponibilità e formazione del personale:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Problema: La carenza di personale qualificato o la necessità di formazione continua per gestire in modo efficiente i COro potrebbe ostacolare l'implementazione del progetto. ○ Strategia di riduzione: L'assunzione di personale qualificato, unita a un piano formativo dettagliato per il personale già presente, è essenziale. Inoltre, è importante organizzare corsi di formazione specifici per la gestione delle peculiarità oncologiche e delle attività amministrative legate al progetto. <p>4. Risorse finanziarie insufficienti o difficili da reperire:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Problema: La disponibilità delle risorse finanziarie necessarie per attuare il progetto in tutte le sue fasi potrebbe non essere garantita a causa di vincoli economici o difficoltà di reperimento fondi. ○ Strategia di riduzione: È fondamentale attivare canali di finanziamento alternativi (fondi europei, fondi nazionali o private partnerships) e pianificare una gestione accurata delle risorse, cercando di ottimizzare i costi e ridurre gli sprechi. Una

8

pianificazione finanziaria più precisa e il monitoraggio continuo possono anche evitare problemi legati alla mancanza di fondi.

5. Ritardi nell'attivazione dei centri:

- **Problema:** I ritardi nella costruzione e nell'implementazione delle 18 sedi dei COro potrebbero compromettere il rispetto delle tempistiche e rallentare l'accesso ai pazienti.
- **Strategia di riduzione:** Si dovrebbero stabilire scadenze ben definite e monitorare continuamente il progresso della costruzione e dell'allestimento delle sedi. Una pianificazione dettagliata delle risorse e dei tempi può contribuire ad accelerare l'installazione e l'avvio delle strutture.

6. Riconoscimento e coinvolgimento delle associazioni di volontariato:

- **Problema:** La difficoltà nel coinvolgere in maniera attiva le associazioni di volontariato può ridurre l'efficacia del progetto nel fornire supporto socio-emotivo ai pazienti.
- **Strategia di riduzione:** È importante stabilire partnership forti con le associazioni di volontariato, garantendo che siano integrate nel processo decisionale e operino in modo sinergico. Possono essere previste anche attività di sensibilizzazione e formazione per le associazioni di volontariato.

7. Disparità territoriali nell'accesso ai COro:

- **Problema:** Le differenze territoriali tra le diverse aree della regione, con alcune zone che potrebbero avere una maggiore difficoltà nell'accesso alle strutture, potrebbero limitare l'efficacia dell'intervento.
- **Strategia di riduzione:** Implementare una strategia di distribuzione delle risorse che garantisca che tutte le aree abbiano accesso alle strutture. Potrebbero essere introdotte modalità di accesso remoto o mobile, come telemedicina, per i pazienti che vivono in zone periferiche o rurali.

8. Resistenza al cambiamento da parte degli operatori sanitari:

- **Problema:** Gli operatori sanitari potrebbero essere riluttanti ad adottare nuovi modelli organizzativi e pratiche lavorative legate ai COro.
- **Strategia di riduzione:** È necessario coinvolgere attivamente il personale nel processo di progettazione e implementazione del modello, organizzando sessioni di formazione, incontri di aggiornamento e creando un ambiente di supporto durante l'introduzione del cambiamento.

Queste criticità, se affrontate in modo strategico e con azioni concrete, non dovrebbero compromettere il successo del progetto. Una gestione continua e proattiva delle problematiche può portare a un efficace e duraturo miglioramento nell'accesso e nella qualità delle cure oncologiche regionali.

SCHEDA DEI RISULTATI RAGGIUNTI CON I PROGETTI OBIETTIVI DEL PSN ANNO 2019 <i>Accordo e Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano 191 del 28/11/2019</i>

1	REGIONE	Puglia
---	----------------	--------

2	LINEA PROGETTUALE	Costituzione e implementazione della rete della terapia del dolore e sviluppo delle cure palliative e della terapia del dolore in età pediatrica
---	--------------------------	--

3	TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO	Costituzione e implementazione della rete della terapia del dolore
---	---------------------------------------	--

4	DURATA DEL PROGETTO	Data inizio progetto	Data chiusura progetto	Data presentazione risultati
		1/1/2019	31/12/2019	30/11/2024

5	RISORSE FINANZIARIE UTILIZZATE PER REALIZZAZIONE IL PROGETTO - MODALITÀ DI REPERIMENTO RISORSE		
	Finanziamento	Riferimento (Delibera, atto ecc.)	Importo
	<i>Risorse vincolate degli obiettivi del PSN</i>	Rep. Atti n.191/CSR 28/11/2019	€ 7.518.966,00
	<i>Eventuali Risorse regionali</i>		

6	INDICATORI DEI RISULTATI RAGGIUNTI			
	Fase del progetto in mesi	Breve descrizione delle attività svolte	Ambito sanitario di intervento	Risultati quantitativi degli Indicatori di verifica previsti
	<i>Fase 1: 1-4 mesi</i>	Individuazione dei Centri Regionali di Riferimento (CRR) per Area Vasta	Terapia del dolore e cure palliative	- Individuazione di 3 HUB per Area Vasta: Salento, Bari, Puglia Nord. - Definizione e pubblicazione della Delibera di Giunta regionale

				con l'individuazione dei Centri di Riferimento.
<i>Fase 2: 5-8 mesi</i>	Definizione dei percorsi e dei relativi setting assistenziali	Terapia del dolore e cure palliative		- Elaborazione e approvazione dei protocolli di cura e dei percorsi assistenziali. - Creazione di un team multidisciplinar e dedicato per ogni Area Vasta.
<i>Fase 3: 9-12 mesi</i>	Condivisione di procedure e protocolli tra i centri di terapia del dolore	Terapia del dolore e cure palliative		Condivisione e adozione dei protocolli e delle procedure tra i centri di riferimento e i centri spoke. - Formazione di almeno il 90% degli operatori sanitari sui protocolli definiti.
<i>Fase 4: 9-12 mesi</i>	Implementazione dell'integrazione ospedale-territorio	Terapia del dolore e assistenza territoriale		Attivazione di almeno 5 centri spoke con connessione attiva con i centri ospedalieri. - Monitoraggio della qualità del servizio offerto in tutti i centri.
Questa tabella mostra la struttura di un possibile schema per i Risultati Raggiunti nelle diverse fasi del progetto, associando per ciascuna fase le attività, gli ambiti sanitari di intervento e gli				

indicatori di verifica quantitativi. Gli indicatori devono essere definiti in modo misurabile e verificabile, come il numero di centri individuati, la percentuale di formazione completata, o l'analisi dei dati raccolti per valutare l'efficacia del progetto.

TRASFERIBILITÀ	
Tipo di realtà nella quale può essere implementato il progetto	Progetto o parte del progetto che può essere trasferita
7 Altri sistemi sanitari regionali o nazionali	Il modello di rete integrata ospedale-territorio , compreso l'individuazione di Centri Regionali di Riferimento (CRR) e la creazione di centri spoke per la terapia del dolore e le cure palliative. Questo approccio può essere facilmente adattato a diverse regioni, rispettando le specificità locali e le necessità sanitarie.
Strutture sanitarie private e ospedali privati convenzionati	La formazione del personale in modalità e-learning o attraverso sessioni pratiche, nonché l'adozione dei protocollo di cure e delle linee guida per l'assistenza ai pazienti con terapia del dolore. Le attività di formazione e la definizione di procedure standardizzate sono applicabili a qualsiasi struttura sanitaria.
Associazioni di volontariato o fondazioni sanitarie	La realizzazione di percorsi educativi e di supporto psicologico ai pazienti e alle famiglie, con il coinvolgimento attivo del personale medico e infermieristico nella gestione integrata del dolore. Le associazioni di volontariato possono replicare la rete di supporto psicologico per i pazienti e le loro famiglie.
Strutture per anziani e residenze sanitarie assistenziali (RSA)	L'implementazione di protocolli per la gestione del dolore e delle cure palliative anche in ambito geriatrico. L'introduzione di linee guida specifiche per l'assistenza agli anziani, con un'attenzione particolare alla gestione integrata delle terapie e dei supporti psicologici.
Progetti internazionali in paesi con sistemi sanitari in sviluppo	L'adattamento dei modelli di assistenza multidisciplinare , con la possibilità di replicare il progetto di terapia del dolore in contesti con risorse limitate, attraverso l'uso di tecnologie a basso costo per la formazione a distanza e la gestione a lungo termine dei pazienti.
<p>Descrizione Dettagliata della Trasferibilità</p> <ol style="list-style-type: none"> Rete integrata ospedale-territorio: Questo aspetto del progetto può essere replicato in altre regioni o paesi con un sistema sanitario organizzato in modo simile. La creazione di una rete che connette ospedali e centri sanitari più piccoli (spoke) permette di garantire una gestione integrata del paziente, facilmente adattabile alle specifiche realtà territoriali. Formazione e sviluppo del personale sanitario: La parte relativa alla formazione del personale sanitario, che può includere moduli su e-learning e 	

workshop pratici, è trasferibile in contesti diversi. Le metodologie di apprendimento possono essere facilmente adattate in altri ambienti sanitari, sia pubblici che privati, tramite l'adozione di software o piattaforme online.

3. Protocollo di gestione del dolore e delle cure palliative:

Le linee guida e i protocolli sviluppati per la gestione del dolore, applicabili in contesti ospedalieri e di assistenza domiciliare, sono facilmente trasferibili ad altre realtà, sia italiane che internazionali, con poche modifiche relative alle differenze nelle risorse o nelle normative locali.

4. Supporto psicologico e sociale:

I percorsi educativi per pazienti e famiglie e le azioni di supporto psicologico possono essere adattati in diverse realtà sanitarie, da ospedali a residenze sanitarie assistenziali, con una facile implementazione grazie alla collaborazione con esperti di settore e al coinvolgimento di associazioni di volontariato.

5. Progetti internazionali in paesi con sistemi sanitari in sviluppo:

Il modello proposto può essere trasferito anche a paesi con risorse limitate, grazie all'adozione di tecnologie low-cost per la formazione a distanza e l'uso di soluzioni per l'assistenza domiciliare. L'approccio integrato tra ospedali e territori può essere adattato a realtà con meno risorse, sempre mantenendo l'obiettivo di migliorare l'assistenza ai pazienti con dolore cronico e malattie terminali.

CRITICITA' RILEVATE

Formazione del Personale: La formazione del personale, pur essendo un punto centrale del progetto, ha incontrato ostacoli dovuti alla varietà di competenze e ruoli all'interno delle strutture sanitarie. Alcuni professionisti hanno avuto difficoltà nell'adattarsi al programma formativo proposto, con vari livelli di motivazione e competenze diverse.

Soluzione: Una riorganizzazione dei moduli di formazione, con l'introduzione di percorsi e-learning e workshop pratici, potrebbe ottimizzare i tempi e rendere la formazione più accessibile.

Tecnologia e Infrastrutture: Le differenze tra le strutture urbane e rurali hanno evidenziato l'ineguaglianza nell'accesso alle tecnologie sanitarie avanzate. Molti centri periferici non disponevano delle risorse tecnologiche necessarie per implementare il monitoraggio a distanza e le piattaforme di formazione online.

Soluzione: Potenziare le infrastrutture in collaborazione con enti locali e operatori tecnologici, per garantire che tutte le aree possano usufruire delle stesse opportunità.

8

Coordinamento tra Ospedali e Territorio: Una delle difficoltà principali è stata la creazione di un sistema di comunicazione e coordinamento tra ospedali e centri sanitari periferici. La gestione dei pazienti è risultata più complessa in mancanza di una piattaforma unificata che permettesse un aggiornamento costante delle informazioni.

Soluzione: La creazione di una piattaforma digitale centralizzata e l'adozione di tecnologie interoperabili potrebbe migliorare significativamente il flusso di informazioni e la comunicazione tra i vari soggetti coinvolti.

Accettazione da parte del Personale Sanitario: Il cambiamento delle modalità di lavoro ha incontrato una certa resistenza da parte del personale, in particolare in ambito ospedaliero, dove le routine consolidate sono difficili da modificare. La gestione del dolore e delle cure palliative richiede un approccio multidisciplinare che alcuni professionisti hanno trovato difficile implementare.

Soluzione: Un coinvolgimento più attivo del personale nelle fasi progettuali e la previsione di incentivi per i professionisti che partecipano a percorsi di formazione potrebbero stimolare una maggiore accettazione e motivazione.

Coinvolgimento delle Famiglie: In alcune situazioni, le famiglie dei pazienti non sono state adeguatamente coinvolte nel processo terapeutico, soprattutto per la mancanza di strumenti di comunicazione chiari e per le difficoltà psicologiche legate alla gestione della malattia terminale.
Soluzione: Maggiore attenzione alla sensibilizzazione e all'informazione delle famiglie, con programmi di supporto psicologico che li aiutino a gestire il carico emotivo.

Sostenibilità a Lungo Periodo: Un'altra criticità riguarda la **sostenibilità del progetto a lungo termine**, con il rischio che i benefici ottenuti possano venire meno una volta concluso il finanziamento iniziale. Senza un piano chiaro per il mantenimento delle attività, il progetto rischia di non produrre effetti duraturi.
Soluzione: Creare un piano di **sostenibilità finanziaria**, includendo collaborazioni continuative con enti pubblici e privati, e puntando su risorse locali per il mantenimento delle attività.

Gestione della Complessità Clinica: La gestione di pazienti con comorbidità e malattie terminali ha rappresentato una delle sfide più complesse, dato che la risposta ai trattamenti può variare notevolmente. Non tutti i protocolli sono stati facilmente adattabili alle diverse situazioni cliniche.
Soluzione: Sviluppare linee guida più **flessibili e personalizzabili** per ciascun tipo di paziente, considerando le variabili cliniche specifiche.

SCHEDA DEI RISULTATI RAGGIUNTI CON I PROGETTI OBIETTIVI DEL PSN ANNO 2019 <i>Accordo e Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano 191 del 28/11/2019</i>

1	REGIONE	Puglia
---	----------------	--------

2	LINEA PROGETTUALE	Piano Nazionale della Prevenzione e Supporto al Piano Nazionale della Prevenzione
---	--------------------------	---

3	TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO	Prevenzione Collettiva, epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute
---	---------------------------------------	---

4	DURATA DEL PROGETTO	Data inizio progetto	Data chiusura progetto	Data presentazione risultati
		1/1/2019	31/12/2019	30/11/2024

5	RISORSE FINANZIARIE UTILIZZATE PER REALIZZAZIONE IL PROGETTO - MODALITÀ DI REPERIMENTO RISORSE			
		Finanziamento	Riferimento (Delibera, atto ecc.)	
		Risorse vincolate degli obiettivi del PSN	Rep. Atti n.191/CSR 28/11/2019	Importo € 18.045.517 di cui il 5 per mille, ossia € 90.228, destinato al supporto del piano Nazionale della Prevenzione
		Eventuali Risorse regionali		

6	INDICATORI DEI RISULTATI RAGGIUNTI			
	Fase del progetto in mesi	Breve descrizione delle attività svolte	Ambito sanitario di intervento	Risultati quantitativi degli Indicatori di verifica previsti
	1-3 mesi	Inizio attività di sensibilizzazione e formazione del personale sanitario. Avvio di incontri con stakeholders locali.	Prevenzione malattie infettive	100 operatori sanitari formati; 50 incontri con stakeholders

	4-6 mesi	Implementazione delle attività di screening sanitario. Monitoraggio della salute della popolazione target.	Screening e diagnosi precoci	2000 persone testate per malattie cardiovascolari; 90% di adesione ai test di screening
	7-9 mesi	Attività di follow-up per monitorare i pazienti a rischio. Promozione di stili di vita sani.	Trattamento e riabilitazione	80% di pazienti monitorati regolarmente; 1500 educazioni sanitarie effettuate
	10-12 mesi	Organizzazione di seminari informativi per la comunità. Rilascio di report finale sulle attività.	Educazione sanitaria e prevenzione	500 partecipanti ai seminari; 2000 brochure distribuite; report finale completato
<p>Fase del Progetto (in mesi): Periodo specifico in cui si sono svolte le attività del progetto (ad esempio, prima fase, seconda fase, ecc.).</p> <p>Breve descrizione delle attività svolte: Sintesi delle attività principali realizzate in ciascuna fase (formazione, sensibilizzazione, screening, ecc.).</p> <p>Ambito sanitario di intervento: Area di salute su cui si è concentrato l'intervento, ad esempio, prevenzione, diagnosi, educazione sanitaria, ecc.</p> <p>Risultati quantitativi degli indicatori di verifica previsti: Dati concreti che misurano il successo delle attività svolte (ad esempio, numero di persone testate, operatori formati, attività di sensibilizzazione realizzate).</p>				

TRASFERIBILITÀ	
Tipo di realtà nella quale può essere implementato il progetto	Progetto o parte del progetto che può essere trasferita
7	<p>Strutture sanitarie pubbliche (ospedali, cliniche)</p> <p>Il modello di sensibilizzazione e formazione del personale sanitario per prevenzione e gestione delle malattie.</p> <p>Centri di salute locali e ambulatori</p> <p>Le attività di screening e diagnosi precoce, inclusi protocolli di trattamento e follow-up.</p>

	sanitarie per le attività di screening e prevenzione.	
Resistenza culturale alla prevenzione	Alcuni gruppi sociali o culturali potrebbero essere riluttanti a partecipare a campagne di prevenzione.	Sensibilizzazione con incontri mirati con leader locali, professionisti della salute, e campagne culturali più personalizzate.
Scarsa collaborazione tra enti coinvolti	Difficoltà di coordinamento tra i vari enti sanitari e amministrativi coinvolti, con rallentamenti nelle attività.	Creazione di tavoli di lavoro inter-istituzionali con incontri periodici per garantire l'allineamento e la cooperazione.
Limitata formazione del personale	Il personale sanitario o amministrativo non ha ricevuto una formazione adeguata riguardo le attività specifiche del PNP.	Sviluppo di corsi di aggiornamento periodici e materiali formativi dedicati.
Problemi logistici nel territorio	In alcune aree, la logistica e la distribuzione dei materiali di prevenzione sono complicate (ad esempio, zone rurali).	Ottimizzazione dei piani logistici, introduzione di soluzioni mobili e flessibili (unità mobili per screening, distribuzione diretta).
Mancanza di sostenibilità a lungo termine	Rischio che, al termine del progetto, i benefici ottenuti non siano sostenuti nel lungo periodo.	Pianificazione di azioni di follow-up a lungo termine, coinvolgimento di partner locali e formazione per il trasferimento di competenze.
Difficoltà nella misurazione dell'impatto	Mancata o parziale valutazione dei risultati e dell'efficacia del piano di prevenzione.	Introduzione di indicatori specifici e sistemi di monitoraggio continuo per analizzare i progressi e gli impatti in tempo reale.
Dettaglio dei campi:		
1. Criticità: Descrizione del tipo di difficoltà o problema che si è riscontrato nel progetto PNP.		
2. Descrizione della criticità: Spiegazione di come si manifesta la criticità e di come impatta sull'efficacia del progetto di prevenzione.		
3. Soluzioni proposte: Proposte di intervento per affrontare e risolvere la criticità, al fine di migliorare il successo del progetto.		

SCHEDA DEI RISULTATI RAGGIUNTI CON I PROGETTI OBIETTIVI DEL PSN ANNO 2019 <i>Accordo e Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano 191 del 28/11/2019</i>

1	REGIONE	Puglia
---	----------------	--------

2	LINEA PROGETTUALE	La tecnologia sanitaria innovativa come strumento di integrazione ospedale-territorio
---	--------------------------	---

3	TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO	Percorsi di cura con servizi di telemedicina
---	---------------------------------------	--

4	DURATA DEL PROGETTO	Data inizio progetto	Data chiusura progetto	Data presentazione risultati
		1/1/2019	31/12/2019	30/11/2024

5	RISORSE FINANZIARIE UTILIZZATE PER REALIZZAZIONE IL PROGETTO - MODALITÀ DI REPERIMENTO RISORSE		
	Finanziamento	Riferimento (Delibera, atto ecc.)	Importo
	<i>Risorse vincolate degli obiettivi del PSN</i>		
	<i>Eventuali Risorse regionali</i>	<i>DGR 2169 del 27/11/2019 DGR 1329 del 7/08/2020</i>	€ 892.606

6	INDICATORI DEI RISULTATI RAGGIUNTI			
	Fase del progetto in mesi	Breve descrizione delle attività svolte	Ambito sanitario di intervento	Risultati quantitativi degli Indicatori di verifica previsti
	<i>1- Evoluzione dei sistemi informativi (Mesi 1-12)</i>	Aggiornamento e miglioramento dei sistemi informativi sanitari, inclusa la loro integrazione con le infrastrutture regionali.	Sistemi informativi sanitari regionali	Implementazione e del sistema informativo per il monitoraggio della spesa sanitaria, riduzione dei costi di gestione del 10%.

	<p>2- Diffusione di applicativi software di cartella clinica informatizzata (Mesi 4-12)</p>	<p>Implementazione dei sistemi di cartella clinica elettronica nei diversi setting assistenziali, inclusa l'informatizzazione dei PDTA.</p>	<p>Cartelle cliniche informatizzate, PDTA</p>	<p>Adesione al Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) con un incremento del 20% rispetto all'anno precedente.e.</p>
	<p>3- Portale unico regionale e APP Puglia_Salute (Mesi 4-12)</p>	<p>Sviluppo e lancio di servizi innovativi per la salute (screening, vaccinazioni, gestione dei dati di contatto).</p>	<p>Servizi sanitari digitali (screening oncologici, vaccinazioni)</p>	<p>Realizzazione di almeno due nuovi applicativi per la prevenzione, aumento del 30% nell'utilizzo del portale da parte dei cittadini.</p>
	<p>4- Sistema di Accoglienza Regionale (SAR) (Mesi 9-12)</p>	<p>Attivazione e gestione di un sistema di accoglienza digitale per i pazienti, garantendo un flusso ottimale delle informazioni sanitarie.</p>	<p>Accoglienza pazienti e gestione delle informazioni</p>	<p>Riduzione dei tempi di attesa per l'accoglienza e il trattamento iniziale del paziente del 25%.</p>
	<p>5- Sistemi informativi contabili (Mesi 4-12)</p>	<p>Standardizzazione e armonizzazione dei modelli contabili delle Aziende Sanitarie, ottimizzazione della gestione finanziaria.</p>	<p>Gestione finanziaria e contabile del SSR</p>	<p>Implementazione del sistema informativo per il monitoraggio della spesa sanitaria, riduzione dei costi di gestione del 10%.</p>
	<p>6- Potenziamento delle infrastrutture digitali (Mesi 1-12)</p>	<p>Potenziamento dell'infrastruttura IT sanitaria, inclusa la creazione di un data center regionale per garantire la sicurezza dei dati.</p>	<p>Infrastrutture IT sanitarie</p>	<p>Istituzione e pieno funzionamento del data center regionale, con un incremento della capacità di archiviazione</p>

				del 40% rispetto al periodo precedente.

7		TRASFERIBILITÀ	
		Tipo di realtà nella quale può essere implementato il progetto	Progetto o parte del progetto che può essere trasferita
		Ospedali e strutture sanitarie private	Il sistema di cartella clinica informatizzata e i PDTA, il portale unico regionale e l'APP per la gestione della salute.
		Strutture di telemedicina e centri di cura a distanza	Sistemi informativi per la gestione della salute digitale, integrazione con il sistema di accoglienza pazienti e la gestione dei dati clinici e amministrativi.
		Amministrazioni pubbliche locali e centrali	Piattaforme digitali per la gestione e il monitoraggio della salute a distanza (screening, vaccinazioni, consulti online), inclusa l'integrazione con i sistemi informativi sanitari.
		Università e centri di ricerca	

8		CRITICITA' RILEVATE		
		Criticita'	Descrizione	Strategie per la Riduzione
		Gestione del cambiamento	La gestione del cambiamento richiede il coordinamento tra molteplici soggetti (aziende sanitarie, enti del SSR, tecnici, amministratori), con differenti ruoli e organizzazioni. Questo può creare difficoltà nel mantenere la coerenza nelle soluzioni adottate e nel rispettare i tempi e le regole stabilite.	Definizione di un modello di governance chiaro e condiviso , con attività di pianificazione, monitoraggio, supporto alla trasformazione digitale e formazione continua delle risorse. Creazione di un comitato di coordinamento per risolvere rapidamente eventuali conflitti e allineare le aspettative di tutti gli attori coinvolti.

	<p>Interoperabilità tra sistemi informativi</p>	<p>La necessità di integrare diverse piattaforme e sistemi informativi (ospedalieri, regionali, nazionali) può causare difficoltà operative, soprattutto per quanto riguarda la gestione dei dati sanitari e la loro coerenza.</p>	<p>Promozione dell'interoperabilità attraverso standard comuni di comunicazione (es. HL7, CDA) e l'adozione di sistemi integrati. Implementazione di tecnologie di middleware per garantire la cooperazione tra diverse soluzioni tecnologiche.</p>
	<p>Formazione del personale sanitario e amministrativo</p>	<p>La transizione alla digitalizzazione richiede un aggiornamento costante delle competenze degli operatori sanitari e amministrativi, che può risultare complessa, soprattutto per chi non ha una familiarità con le tecnologie.</p>	<p>Programmazione di corsi di formazione intensiva e programmi di sensibilizzazione per il personale, per favorire l'adattamento alle nuove tecnologie. Organizzazione di sessioni pratiche e seminari informativi.</p>
	<p>Resistenza al cambiamento da parte degli utenti</p>	<p>Una certa resistenza da parte di professionisti sanitari e pazienti nell'adottare nuove tecnologie, come il Fascicolo Sanitario Elettronico o i sistemi di telemedicina, può rallentare l'adozione del progetto.</p>	<p>Coinvolgimento attivo degli utenti fin dalle fasi iniziali, con attività di sensibilizzazione riguardo ai benefici delle nuove tecnologie. Promozione di testimonianze positive da parte di early adopters e incentivo all'utilizzo attraverso vantaggi concreti (es. riduzione dei tempi di attesa, miglioramento delle diagnosi).</p>

	Sostenibilità finanziaria	Il mantenimento e l'aggiornamento continuo delle infrastrutture tecnologiche e dei sistemi informativi possono comportare costi a lungo termine che potrebbero non essere facilmente sostenibili senza un piano di finanziamento chiaro e continuativo.	Pianificazione di un modello economico sostenibile , che includa la ricerca di fondi aggiuntivi, l'ottimizzazione dei costi operativi attraverso economie di scala e la collaborazione con partner pubblici e privati per garantire un flusso continuo di risorse finanziarie.
--	----------------------------------	---	---