



REGIONE CALABRIA GIUNTA REGIONALE

Dipartimento 13 " Tutela della salute e politiche sanitarie "

DECRETO DIRIGENTE DEL

Assunto il 16 MAR. 2011 Prot. 118

CODICE N° _____

DIPARTIMENTO

SETTORE

SERVIZIO

" Registro dei decreti dei Dirigenti della Regione Calabria "

N° 2722 del 1 APR. 2011

OGGETTO: Obiettivi P.S.N. 2009- Accordo Stato-Regioni 25 marzo 2009- Approvazione Conferenza Stato-Regioni dell'8 luglio 2010 repertorio atti n. 104/CSR. Progetto esecutivo "Progettazione e realizzazione di un sistema integrato per la gestione ed il monitoraggio delle persone non autosufficienti" - DGR del 05/05/2009, n. 250. Impegno di spesa.

Settore Ragioneria

Ai sensi dell'art. 44 L.R. 4.2.02 n. 8

Si esprime parere favorevole in ordine alla regolarità contabile e, nel contempo, si attesta che per l'impegno assunto esiste copertura finanziaria

*Il Dirigente del Settore
Dott.ssa Rosaria Guzzo*

Publicato sul BURC

n° _____ del _____

Parte _____

IL DIRIGENTE GENERALE

PREMESSO CHE la struttura competente ha accertato che:

- l'art. 1, comma 34 della legge 662/1996 prevede l'individuazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale al cui perseguimento sono vincolate apposite risorse ai sensi dell'art. 34 bis, della stessa legge;
- nell'allegato A) dell'Accordo tra lo Stato, Regioni e le Province Autonome del 25 marzo 2009 (repertorio atti n. 57/CSR), vengono individuate le linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni e Province Autonome delle risorse vincolate ai sensi all'art. 1, comma 34 e 34 bis, della legge 662/1996 per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2009;
- l'Intesa del 26 febbraio 2009 (repertorio atti n. 32/CSR) ha sancito l'assegnazione delle risorse vincolate alle Regioni ai sensi all'art. 1, comma 34 e 34 bis, della Legge 662/1996 per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2009 quantificandole per la Regione Calabria in complessivi € 53.286.253,00;
- le risorse assegnate alle regioni con la su citata intesa sono state già attribuite alle stesse tramite la citata Intesa nella misura del 70 %, subordinando l'erogazione del 30 % residuo alla presentazione di specifici progetti per ciascuna linea ed all'approvazione degli stessi da parte della Conferenza tra Stato Regioni e Province Autonome;
- ai sensi della citata Intesa la mancata valutazione positiva dei progetti di che trattasi comporta il mancato trasferimento della quota del 30 % ed il recupero nell'annualità successiva del 70 % già erogato;
- la Giunta Regionale nella seduta del 5 maggio 2009 con delibera n. 250 ha approvato i progetti redatti dalla Regione Calabria in conformità alle linee progettuali previste nell'allegato A) dell'Accordo su citato, subordinandone l'attivazione alla valutazione positiva da parte della competente struttura del Ministero della salute, trasmettendoli allo stesso con nota prot. n. 21364 dell'11.08.2009;
- il Ministero della Salute, ha valutato positivamente i progetti di che trattasi e con nota del 10 maggio 2010 ha trasmesso alla Conferenza tra Stato Regioni e Province Autonome la richiesta di ammissione a finanziamento delle risorse vincolate alla realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, per l'anno 2009;
- la Conferenza tra Stato Regioni e Province Autonome, nella seduta dell'8 luglio 2010, repertorio atti n. 104/CSR, ha approvato la proposta del Ministero di salute di ammissione al finanziamento dei progetti inviati dalla Regione Calabria;

CONSIDERATO CHE con la delibera n. 250/2009 si stabilito che:

- a seguito della valutazione sopra indicata dovrà essere definito un piano esecutivo per ciascuno dei progetti approvati che indichi l'impiego delle risorse destinate in ordine alle singole attività previste;
- le somme assegnate sono vincolate all'esecuzione da parte delle Aziende Sanitarie assegnatarie delle attività previste per ciascun progetto;
- le Aziende hanno l'obbligo di rendicontare sull'andamento delle attività progettuali affidate secondo quanto stabilito dall'Accordo del 25 marzo 2009;
- l'esecuzione dei successivi adempimenti è demandata al Dipartimento Tutela della Salute della Regione Calabria;

PRESO ATTO CHE:

- tra i progetti approvati con la su richiamata DGR 250/09, nella linea progettuale 2. *La non autosufficienza*, sussiste il progetto "Progettazione e realizzazione di un sistema integrato per la gestione ed il monitoraggio delle persone non autosufficienti" di durata 12 mesi, per il quale è stato previsto un finanziamento di € 950.000,00;
- il responsabile scientifico del progetto "Progettazione e realizzazione di un sistema integrato per la gestione ed il monitoraggio delle persone non autosufficienti" ha redatto il piano esecutivo dello stesso per come stabilito dalla DGR 250/09, allegato al presente provvedimento;

RITENUTO necessario, per l'attuazione delle attività previste nelle varie fasi del piano esecutivo, individuare l'Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro, quale capofila, che dovrà pianificare, con le altre aziende sanitarie coinvolte, l'utilizzo delle risorse all'uopo assegnate;

PRESO ATTO che in data 23 dicembre 2010 con nota prot. n. 30179 è stata trasmesso alla ragioneria generale il decreto per la prenotazione di impegno prot. n. 907 del 21.12.2010;

CHE il Settore Ragioneria con nota prot. n. 1619 del 13.1.2011, non avendo dato corso all'impegno nel 2010, nel rispetto del patto di stabilità interno e per la difficoltà di valutazione dovuta a una mole di atti pervenuta negli ultimi giorni del 2010, ha restituito il decreto prot. n. 907 del 21.12.2010, non impegnato richiedendone la riproposizione a riapertura dell'esercizio finanziario 2011;

PRESO ATTO che con deliberazione del 19 ottobre 2010 n. 674 è stata effettuata la variazione di bilancio con l'iscrizione sul capitolo 4211161 del bilancio regionale 2010 del finanziamento assegnato relativo agli obiettivi di carattere prioritario del PSN per gli anni 2009 e 2010;

ACCERTATO CHE la somma corrispondente al finanziamento assegnato alla Regione Calabria per le attività del progetto, pari ad € 950.000,00, trova capienza sul capitolo 4211161 del bilancio regionale 2011;

CHE per la realizzazione delle attività previste nel piano esecutivo del progetto "Progettazione e realizzazione di un sistema integrato per la gestione ed il monitoraggio delle persone non autosufficienti", occorre impegnare la somma di € 950.000,00 sul capitolo 4211161 dell'esercizio finanziario 2011, da erogare con successivi atti all'Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro nella misura del 70% all'avvio

dei lavori e riservarsi di erogare il restante 30% secondo quanto definito nella citata DGR 250/2009, previa apposita rendicontazione intermedia;

ACCERTATO, altresì, che si sono realizzate le condizioni di cui all'art. 43 della L.R. n. 8 del 4.2.2002;

VISTA la delibera della Giunta Regionale del 28.9.2010 n. 634, avente per oggetto: "Nomina Dirigente Generale Dipartimento tutela della salute Dr. Antonino Orlando";

VISTA la scheda contabile, proposta di impegno n. 13-123 /2011 del 10.3.2011 generata telematicamente ed allegata al presente atto;

VISTA la legge regionale n. 34 del 2002 e s.m.l. e ritenuta propria la competenza ;

VISTA la legge regionale n. 11 del 15 .5.2007 ;

VISTA la Legge regionale n. 36 del 29.12.2010 con la quale si approva il bilancio 2011;

VISTO il documento istruttorio redatto dal responsabile del procedimento ai sensi e per gli effetti dell'art. 4 e seguenti della Legge Regionale n. 19/2001 che attesta la regolarità tecnica dell'atto medesimo;

SU proposta del Dirigente del Settore, referente del progetto,

DECRETA

per quanto detto in premessa che qui si intende ripetuto e riportato

di prendere atto:

- della valutazione positiva del Ministero della Salute dei progetti per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2009 approvati dalla Regione Calabria con DGR 250/2009;
- dell'approvazione di ammissione a finanziamento dei progetti inviati dalla Regione Calabria nella seduta dell'8 luglio 2010 della Conferenza tra Stato Regioni e Province Autonome (repertorio atti n. 104/CSR);
- che tra gli stessi nell'Area prioritaria 2. *La non autosufficienza*, insiste il progetto annuale "Progettazione e realizzazione di un sistema integrato per la gestione ed il monitoraggio delle persone non autosufficienti" per un finanziamento di € 950.000,00;
- che si sono realizzate le condizioni previste dalla DGR 250/2009 per l'approvazione del piano esecutivo e l'avvio delle attività progettuali;
- che, conseguentemente, deve essere impegnata la somma per l'esecuzione del progetto già attribuita alla Regione Calabria, pari ad € 950.000,00, quota prevista per la prima annualità;
- del piano esecutivo presentato dal responsabile scientifico del progetto su citato, allegato al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale;

di prendere atto, altresì, della restituzione del decreto per la prenotazione di impegno prot. n. 907 del 21.12.2010, trasmesso il 23 dicembre 2010 con nota prot. n. 30179, avvenuta con nota prot. n. 1619 del 13.1.2011, con la quale il Settore Ragioneria ha comunicato di non aver dato corso all'impegno nel 2010, per il rispetto del patto di stabilità interno e per la difficoltà di valutazione dovuta a una mole di atti pervenuta negli ultimi giorni del 2010 presso lo stesso settore che non ha consentito una adeguata valutazione degli stessi, richiedendone la riproposizione a riapertura dell'esercizio finanziario 2011;

di stabilire che

- l'Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro viene individuata quale azienda capofila per la realizzazione del progetto biennale "Progettazione e realizzazione di un sistema integrato per la gestione ed il monitoraggio delle persone non autosufficienti";
- che, a tal fine, l'ASP di Catanzaro, dovrà dare attuazione alle attività previste nelle varie fasi progettuali pianificando con le altre aziende sanitarie coinvolte l'utilizzo delle risorse all'uopo assegnate;
- con successivi provvedimenti sarà erogato, in favore dell'Azienda sanitaria Provinciale di Catanzaro, il 70% della somma spettante per il primo anno all'avvio delle attività, mentre il restante 30% verrà erogato a seguito di presentazione della relazione scientifica intermedia corredata di rendicontazione delle spese sostenute per le attività realizzate secondo le fasi previste nel piano esecutivo del progetto;

di impegnare sul capitolo 4211161 dell'esercizio finanziario 2011 la somma di € 950.000,00 assegnata per le attività relative alla realizzazione del progetto "Progettazione e realizzazione di un sistema integrato per la gestione ed il monitoraggio delle persone non autosufficienti";

di pubblicare il presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Calabria.

IL DIRIGENTE DEL SETTORE
Dr. Luigi CURIA

IL DIRIGENTE GENERALE
- Dr. Antonino ORLANDO -

Scheda Contabile

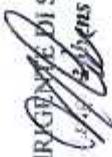
Proposta: 13 - 123 / 2011 del 10/03/2011

130000 - DIPARTIMENTO 13 - TUTELA DELLA SALUTE

Oggetto: Obiettivi P.S.N. - Accordo Stato-Regioni 25 marzo 2009 - Approvazione Conferenza Stato-Regioni dell'8 luglio 2010 repertorio atti n.104/CSR. Progetto esecutivo

Impegni

Impegno	Capitolo	Art.	Descr. Capitolo	Importo	Descrizione	Debiti Fuori Bil.	Impegno Parente
527 2011	4211161	0	SPESE PER IL FINANZIAMENTO DI PROGETTI PER IL PERSEGUIMENTO DEGLI OBIETTIVI DI CARATTERE PRIORITARIO E DI RILIEVO NAZIONALE PREVISTI NEL PIANO SANITARIO NAZIONALE (ART. 1, COMMI 34 E 34 BIS, DELLA LEGGE 23.12.1996, N.662, INTRODOTTO DALL'ART. 33, COMMA 1, DELLA LEGGE 27.12.1997, N.449).	950.000,00	Obiet. PSN 2009-Accordo Stato_Regioni 25/03/2009. Approvaz. Conf. Stato-Reg. 8/7/10. Prog. gestione e mont. persone non autosufficienti.	<input type="checkbox"/>	

IL DIRIGENTE DI SETTORE
 Dr.  CURIA

Linea progettuale: 2 “La non autosufficienza”

Titolo: Progettazione e realizzazione di un sistema integrato per la gestione ed il monitoraggio delle persone non autosufficienti

PIANO ESECUTIVO

Responsabile scientifico : Dott. Luigi Turrà

Sommario

1. Introduzione.....	3
2. Stato dell'arte	4
2.1 Assistenza Domiciliare Integrata e i Centri di Assistenza Domiciliare	4
2.2 Modelli organizzativi: il Disease Management	4
2.2.1 Percorso Diagnostico Terapeutico	6
2.2.2 Care e Case Management	6
2.2.3 Patient empowerment	6
2.2.4 Nuovo modello assistenziale: Innovative Care for Chronic Conditions	6
3. Sistema Informativo	7
3.1 Piattaforma SIGeMoNA.....	7
3.1.1 Area Residenziale e semiresidenziale: avere precisa prontezza dell'offerta e avere la possibilità di conoscere in tempo reale la situazione di tutte le strutture residenziali e semiresidenziali	8
3.1.2 Area Domiciliare: disporre di uno strumento per una più agevole misurazione della domanda	9
3.1.3 Area Territoriale: disporre di strumenti utili alla programmazione degli interventi a livello regionale e di singola ASP	9
3.1.4 Modello per la rilevazione delle prestazioni e del relativo flusso informativo: disporre di strumenti operativi per verificare l'erogazione delle prestazioni sul territorio regionale	9
3.1.5 Supporto centralizzato alla valutazione della qualità: formulare linee guida e protocolli per omogeneizzare a livello territoriale, nelle strutture residenziali e semiresidenziali, gli strumenti di valutazione multidimensionale.....	9
3.2 Progettazione del sistema informatico	10
4. Quadro economico e pianificazione di massima	10
4.1 Quadro economico e indicatori	10
4.2 Pianificazione di massima	11

1. Introduzione

L'avvento dell'**Information and Communication Technology (ICT)** impone alla società dei ripensamenti anche sulla politica dei servizi socio sanitari alle persone.

L'attività di assistenza sociosanitaria degli enti pubblici evolve verso nuove funzioni e più moderne scelte politiche per i servizi tenendo conto delle nuove tecnologie sempre più sofisticate e capaci di dare risposte, in tempo reale, a una molteplicità di bisogni. Una ben organizzata assistenza domiciliare, nella quale a pieno titolo si inserisce l'ICT, si è dimostrata, laddove sono più avanzati questi servizi, più efficace per affrontare le esigenze delle persone definite a rischio tra le quali emergono gli anziani/e. Peraltro, sono note a tutti le modificazioni che l'avvento della società industriale prima, e della società postindustriale oggi, hanno portato nell'istituzione familiare. La famiglia patriarcale ha lasciato il campo a un nuovo modello di famiglia di tipo nucleare, decisamente meno solidaristica, determinando sostanziali mutamenti nei rapporti intersoggettivi. Oggi si parla tanto di questa istituzione, della sua diversa e talvolta inconsueta composizione, della sua crisi, di come essa non svolga più alcune funzioni storiche, e dei tentativi, più o meno palesi, proposti talvolta in modo subdolo, di attribuire la responsabilità della sua crisi ancora una volta alle donne. Da queste considerazioni, si evince che non sono le famiglie in senso astratto, ma i soggetti che compongono queste famiglie ad essere portatori/trici di diritti e doveri, e da qui la necessità della ricerca di quale **politica dei servizi sociali**, oggi alle soglie del terzo millennio, debba essere attuata e quali debbano essere le direttrici programmatiche di questi interventi.

In Regione Calabria esiste la consapevolezza di non partire da zero. Ci si muove, infatti, in una realtà regionale che vede operante una legge sul riordino dei servizi sociali, la n. 23 del 2003 (conseguenza della 328/2000), indicativa di una revisione generale del mondo dei servizi e degli interventi sociali, coinvolgendo attivamente le Pubbliche Amministrazioni Locali. Sono proprio i comuni le istituzioni più vicine al cittadino e che, proprio perché le più vicine, sono chiamate a dare risposte alle esigenze delle popolazioni. Tale enunciazione rimane solo enunciazione di buoni propositi quando le risorse che si trasferiscono sono legate alla spesa "storica"; quando la programmazione dei servizi spesso è legata alle politiche di alcune realtà più "illuminate", per cui nello stesso territorio regionale non esistono condizioni di pari opportunità alla soluzione dei problemi della gente. Esiste anche un altro problema che richiede la definizione di più precise linee di programmazione dei servizi sociali: *l'individuazione di strumenti capaci di dare risposte preventive agli stati di disagio della gente, intervenendo prima per evitare i disagi non dopo per offrire rimedi tardivi*. Insomma a fare quello che da ogni parte si sollecita: *"la prevenzione"*. Spesso i nostri comuni, distretti e province, non certo per insensibilità o indifferenza, ma per mancanza di fondi e magari di progettualità, per carenze a volte croniche di personale, sono costretti ad intervenire negli stati di disagio già conclamati.

La finalità di questo progetto pilota è quella anche di prevenire la "cronicizzazione precoce", la ricerca di soluzioni ai bisogni di chi per diverse e svariate ragioni, dipende dall'aiuto di terzi, la prontezza della domanda espressa dal territorio regionale e dell'offerta disponibile direttamente da parte delle ASP e delle strutture autorizzate che, a vario titolo, erogano servizi di assistenza: rendere fruibili le informazioni e fornire a tutti gli attori coinvolti uno strumento operativo per la pianificazione e l'attuazione degli interventi in Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e presso le strutture accreditate.

Tutte le statistiche ci dicono che la popolazione anziana è in costante aumento, perché è aumentata la vita media; ma sappiamo anche che, in età superiore ai settantacinque anni, si verifica il passaggio dalla autosufficienza alla non sufficienza e che questo problema spesso viene vissuto dagli anziani male perché sentono di essere un peso per i loro figli o per i parenti dai quali dipendono. In Italia, lo sviluppo dell'ICT in tale settore potrebbe favorire l'affermarsi di una sanità meno fondata sull'ospedale e più radicata nel territorio, in grado di rispondere meglio al bisogno di continuità assistenziale soprattutto di malati cronici, anziani e disabili attraverso una rete integrata di servizi sanitari e sociosanitari. Nel nostro caso specifico, peraltro, l'innovazione è necessariamente connessa ad una relativa modalità organizzativa.

2. Stato dell'arte

2.1 Assistenza Domiciliare Integrata e i Centri di Assistenza Domiciliare

Il termine **Assistenza Domiciliare (AD)** si usa per indicare un tipo di servizio erogato direttamente a casa dell'utente, che comprende a seconda dei casi prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative e socio-assistenziali. L'evoluzione normativa che ha interessato l'AD, permette di definire i tre livelli che la caratterizzano e che dipendono dalle specifiche necessità della persona che ne fa richiesta. La descrizione schematica di tali livelli facilita la comprensione dei tipi di intervento previsti dai servizi di AD:

- **Primo livello: a bassa intensità - intervento socio assistenziale:** l'assistenza è destinata a persone parzialmente non autosufficienti o a rischio di emarginazione, che richiedono interventi di sostegno psico-sociale e di cura della persona (fornitura dei pasti, riassetto della casa, lavaggio della biancheria, igiene personale, aiuto per pagare le bollette, etc.);
- **Secondo livello: a media e alta intensità - intervento sanitario:** consiste nell'erogazione di interventi di natura sanitaria. È rivolta a persone non autosufficienti o di recente dimissione ospedaliera, che richiedono prestazioni mediche, riabilitative o infermieristiche. L'assistenza si propone di evitare ricoveri impropri e mantenere il paziente nel suo ambiente di vita;
- **Terzo livello: Assistenza Domiciliare Integrata - intervento sanitario e socio assistenziale:** frutto dell'integrazione dei livelli precedenti. Questo livello riguarda le situazioni più complesse e difficili, quelle in cui il servizio di assistenza medica è coordinato con quello socio-assistenziale.

Da questa classificazione, si evincono i diversi tipi di interventi assistenziali a domicilio, che abbracciano in questo modo, le esigenze più molteplici, anche quelle che non richiedono assistenza medica e che il più delle volte vengono denominate globalmente ma erroneamente, ADI. Il quadro normativo nazionale nell'ambito del quale si ritrova l'AD è quello delle norme che disciplinano l'assistenza sanitaria e socio sanitaria, all'interno delle quali sono previsti specifici riferimenti: D.Lgs 502 1992: Riordino della disciplina in materia sanitaria - Art 3-septies Integrazione sociosanitaria; D.Lgs 229 1999: Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale; L. 328 2000: Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali; DPR 270 2000: Regolamento di esecuzione dell'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di Medicina Generale. Assistenza Domiciliare Programmata e Assistenza Domiciliare Integrata; DPCM 1402 2001: Atto di indirizzo e coordinamento relativo all'integrazione sociosanitaria; DPCM 29/11/2001: I LEA sanitaria; PSN 2006-2008.

2.2 Modelli organizzativi: il Disease Management

In Italia, così come in tutti i paesi occidentali, comincia a crescere il dibattito sull'adeguatezza del sistema sanitario, che deve prepararsi ad affrontare nel futuro prossimo una domanda sanitaria diversa per quantità e qualità da quella attuale. È necessario adattare i servizi e le prestazioni offerte ai reali bisogni dei cittadini attraverso una riorganizzazione del modello assistenziale. Le sfide che la sanità italiana deve affrontare sono legati al cambiamento della struttura sociale e demografica che è causa di problemi nuovi, quali ad esempio dell'invecchiamento della popolazione. In tutto questo, gioca un ruolo molto importante l'ICT, che oltre a rendere più confortevole la vita ha introdotto grandi trasformazioni anche nel settore sanitario, contribuendo a migliorare la tempestività e l'accuratezza delle diagnosi, migliorando l'efficacia dei trattamenti disponibili.

Il progressivo invecchiamento della popolazione incide inevitabilmente su tutto il sistema dei servizi sanitari e sociali. Una delle prime conseguenze è l'incremento dell'incidenza e della prevalenza di patologie croniche e degenerative. Nella classe 65-74 anni il 76,9% soffre di almeno una patologia cronica e più della metà (il 52%) ne ha più di una. Le classi più giovani non sono del tutto esenti da questi problemi, nella classe di età 45-54 esiste già un 43% di malati cronici che ha bisogno di assistenza. Approfondendo il dettaglio delle singole malattie croniche, quelle più frequenti sono l'artrosi o l'artrite (19,0%), l'ipertensione (12,5%), le malattie respiratorie e cardiovascolari (3,7%) e il diabete (3,8%).

Altrettanto noto è il fatto che la gestione delle malattie croniche necessita di un **modello assistenziale** diverso da quello delle malattie acute, *estremizzando il concetto, per le seconde la risposta sanitaria è tipicamente ospedaliera mentre per le prime la risposta avviene a livello ambulatoriale*. E' evidente la profonda diversità tra i due mondi; è evidente che vi sono, comunque, rapporti di continuità legati al fatto che molti degli episodi acuti che si registrano negli ospedali sono in realtà complicanze acute della stessa patologia cronica. Se questi, in via del tutto elementare, sono i dati rappresentativi della realtà sanitaria, emerge abbastanza chiaramente con quale *"tunnel della mente"* i sistemi socio sanitari affrontano questa realtà; da essi emerge ancora una volta come siano strutturati per una risposta alle patologie acute e non per quelle croniche. Ne consegue che per erogare servizi socio sanitari efficaci, adeguati alle esigenze dei cittadini, le istituzioni si devono organizzare, cercando di fare solo ciò che è utile (efficacia teorica), nel modo migliore (efficacia pratica) con il minor costo (efficienza), a chi (accessibilità) ne ha veramente bisogno (appropriatezza), ottenendo i risultati migliori (soddisfazione).

Per fronteggiare questo momento, molti paesi occidentali stanno orientando la loro politica sanitaria verso l'adozione di nuovi modelli assistenziali in grado di far fronte a queste nuove sfide, utilizzando modelli di management che esaltano l'integrazione, utilizzandola come strumento per ridurre la frammentazione e la parzialità dei servizi e delle prestazioni offerti ai cittadini, rendendoli sempre più equi ed adatti alle esigenze individuali. Questi modelli di riorganizzazione genericamente prendono il nome di **Disease Management (DM)** o gestione integrata, oppure si possono chiamare "Care Management programs", sono anche indicati "Population management" o "**Chronic Care Models (CCM)**". Il "**Chronic Disease Management**" è un nuovo modo di affrontare la malattie croniche e tutte quelle dovute all'avanzamento dell'età, in cui strutture sanitarie diverse agiscono come sistema unitario, prendendo in carico la gestione complessiva del paziente.

Il DM rappresenta la risposta organica alla frammentazione della cura, al trattamento inappropriato. Il modello di "*gestione integrata della malattia*" viene definito come un approccio organizzativo propositivo e multifattoriale all'assistenza socio sanitaria fornita a tutti i membri di una popolazione affetti da una specifica patologia, un approccio basato principalmente su una condivisione efficace e tempestiva dell'informazione clinica. Il DM si dirige verso un sistema integrato, proattivo, incentrato sul paziente. Da ciò, la necessità di recuperare spazi di integrazione e coordinamento nella gestione delle cure e di introdurre sistemi di partecipazione attiva del paziente al processo di cura, preservando al tempo stesso la specializzazione delle risorse professionali e la sostenibilità economica. La logica del DM sembra essere applicabile a qualsiasi tipo di patologia, ma gli effetti più significativi si evidenziano nella gestione delle condizioni croniche che: necessitano di alti livelli di integrazione; presentano un'alta prevalenza; sono di lunga durata; richiedono il coinvolgimento e il coordinamento di diverse professionalità nel tempo e/o un frequente monitoraggio; la terapia prevede una modifica degli stili di vita ed il contributo "attivo" del paziente è ritenuto significativo nel ridurre le complicanze della patologia; presentano costi diretti ed indiretti elevate.

Non è un caso, quindi, che le patologie per cui il DM trova diffuso impiego sono quelle per cui è necessario un maggior coordinamento degli operatori e un coinvolgimento del paziente nel percorso di cura, tale da produrre effetti importanti e misurabili nell'azione di cura. Questo approccio è basato principalmente su una condivisione efficace e tempestiva dell'informazione clinica. La progettazione e la realizzazione di programmi completi di DM richiede che vengano affrontate un serie di problematiche particolarmente complesse e diversificate che coprono diversi aspetti della gestione della patologia tra cui: la definizione di un protocollo di cura e di un percorso diagnostico terapeutico per la patologia presa in considerazione e la scelta degli indicatori su cui misurare i risultati; la ricerca e la selezione dei pazienti da sottoporre al programma di DM; l'implementazione di strumenti di supporto alle decisioni cliniche e di condivisione che favoriscano l'efficacia delle cure ed una riduzione degli errori medici evitabili; l'adozione di meccanismi di coordinamento e gestione del singolo caso (case management); il coinvolgimento attivo del paziente nel

percorso di cura (patient empowerment); la verifica sistematica del percorso diagnostico terapeutico sotto il profilo dell'efficacia clinica e dell'efficienza economica ai fini di un miglioramento continuo del percorso stesso.

2.2.1 Percorso Diagnostico Terapeutico

Il problema della definizione dei protocolli di cura costituisce un elemento essenziale dei programmi di DM. Con **Percorso Diagnostico Terapeutico (PDT)** si intende l'iter assistenziale che un paziente segue per risolvere un problema di salute, descritto sotto forma di sequenza spazio-temporale delle attività di cui si compone il processo di cura. Rispetto a questa prima definizione, si distingue tra: Percorso Effettivo; Percorso di Riferimento; Percorso Obiettivo. Il PDT stimola l'osservazione dell'insieme delle azioni da intraprendere rispetto al caso da trattare e si pone l'obiettivo di coordinare all'interno della migliore sequenza temporale possibile l'intervento e gli apporti richiesti dai diversi soggetti coinvolti nella gestione del paziente. La definizione di un protocollo diagnostico-terapeutico dovrebbe essere ispirata alla miglior pratica clinica testata su prove di efficacia ed essere condiviso tra i rappresentanti delle categorie professionali che partecipano alla gestione del percorso di cura al fine di realizzare una reale applicazione dello stesso.

Allo stesso modo il protocollo di cura concordato, di natura esclusivamente clinica, andrebbe successivamente calato nella realtà organizzativa a cui andrà applicato attraverso l'individuazione dei compiti e dei ruoli che ciascun operatore sarà chiamato a svolgere nell'ambito del percorso di cura stabilito pervenendo alla definizione del Percorso del Paziente (PDP). Nella definizione dei PDP, lo sviluppo delle reti informatiche e delle tecnologie multimediali costituiscono un elemento di flessibilità organizzativa di estremo interesse grazie alla possibilità di ridefinire l'organizzazione del percorso diagnostico terapeutico in maniera relativamente indipendente dalla collocazione fisica degli operatori sanitari coinvolti potendo questi, per fare un esempio, condividere in tempo reale informazioni, immagini relative al paziente.

Un piano di DM deve essere affiancato da altre attività di supporto: queste riguardano il processo di selezione dei pazienti da inserire nel percorso, il supporto alle decisioni cliniche, il case management e il coinvolgimento attivo del paziente nel percorso di cura.

2.2.2 Care e Case Management

Oltre al supporto alle decisioni cliniche sarà inoltre importante attivare iniziative in favore del **Case Management**. In un programma completo di gestione integrata si prevede, tra l'altro, l'adozione di meccanismi di coordinamento e gestione del singolo caso, attraverso l'introduzione di due figure: il care e case manager. La figura del care manager è quella del professionista sanitario formato per svolgere il ruolo di "coaching" per dare al paziente: informazione; motivazione; supporto; strumenti; abilità di pianificazione.

2.2.3 Patient empowerment

La finalità del **Patient Empowerment** è quella di fornire al paziente gli "strumenti" perché possa assumere un ruolo più attivo nella gestione del proprio stato di salute. Nell'ambito del DM queste forme di coinvolgimento attivo potrebbero essere realizzate in diversi modi: fornendo al paziente informazioni specifiche sull'evoluzione del proprio stato di salute; offrendo al paziente la possibilità di poter effettuare auto-rilevazioni e auto-meditazioni con la collaborazione del proprio medico di fiducia; incentivando forme di partecipazione e di auto-responsabilizzazione del paziente alle decisioni cliniche.

2.2.4 Nuovo modello assistenziale: Innovative Care for Chronic Conditions

Se si condividono, anche parzialmente, i punti appena citati allora è altrettanto facilmente immaginabile che vi sia una condivisione sulla necessità di un radicale cambiamento nella organizzazione dei servizi. La letteratura internazionale offre molti modelli di riferimento per la gestione delle patologie croniche. Tra i tanti modelli sembra oggi emergere, per la semplicità, per la diffusione e per i positivi risultati che vengono

riportati, il Chronic Care Model (CCM) sviluppato da Ed Wagner, e che recentemente è stato individuato dall'OMS come modello di riferimento sotto il nome di **Innovative Care for Chronic Conditions (ICCC)**:

Il modello originario propone un sistema coordinato di interventi che configurano un sistema sanitario **proattivo** nei confronti della malattia cronica piuttosto che un atteggiamento passivo e attendista. Non sfuggerà a nessuno l'analogia con la tendenza della medicina generale a spostarsi verso la cosiddetta medicina di iniziativa. I punti di forza del modello sono sostanzialmente quattro, che interagiscono fra di loro nel determinare un migliore outcome delle patologie croniche: Supporto al self management; Disegno del sistema di erogazione delle cure; Supporto alle decisioni cliniche; Sistema informativo clinico.

3. Sistema Informativo

La Regione Calabria ha intenzione di istituire un **Sistema Informativo**:

1. Per assicurare una compiuta conoscenza dei bisogni del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali,
2. per disporre tempestivamente di dati ed informazioni necessari alla programmazione, alla gestione e alla valutazione,
3. per la promozione e l'attivazione di progetti europei,
4. per il coordinamento con le strutture sanitarie, formative, con le politiche del lavoro e dell'occupazione.

Allo scopo, si intende perseguire la creazione di un **Sistema Integrato per la GESTione ed il MONitoraggio delle persone Non Autosufficienti (SIGeMoNA)**, in grado di soddisfare tutte le esigenze operative degli enti coinvolti garantendo correttezza di attuazione, visibilità e condivisione dei dati, nonché omogeneità ed equità nella valutazione dei bisogni e nei conseguenti interventi attuati dalla Regione. Il Sistema Informativo gestirà i dati coerentemente con quanto stabilito dalla scheda "Flusso di Assistenza Residenziale" (FAR) definita nel mattone 12. Stessa cosa vale per il flusso relativo agli interventi di ADI.

3.1 Piattaforma SIGeMoNA

Per supportare i processi che sottendono al raggiungimento dell'obiettivo precedente verrà creata una **piattaforma software integrata web based per la gestione ed il monitoraggio delle persone non autosufficienti con uno strumento per il calcolo degli indicatori di interesse**. Gli attori coinvolti sono:

- Il Dipartimento Tutela della Salute che dovrà governare l'attuazione del progetto, coordinare e monitorare il sistema a regime; inoltre, avrà a disposizione una serie di cruscotti direzionali attraverso i quali potrà effettuare analisi sui dati di tutto il territorio;
- Le Aziende Sanitarie Provinciali e le strutture residenziali e semiresidenziali accreditate del territorio calabrese che avranno il compito di alimentare il sistema e potranno utilizzarlo come strumento operativo di gestione degli interventi; le Aziende Sanitarie disporranno di strumenti direzionali relativamente alle informazioni riguardanti le strutture accreditate del territorio di competenza.

La **Piattaforma SIGeMoNA** è, quindi, un sistema informatico in grado di supportare le esigenze di chi (operatore, struttura ed istituzione, quindi nell'accezione più generale del termine) deve "gestire" situazioni socio-sanitarie, soprattutto quelle che per la loro natura prevedono la lungodegenza: specie nel mondo delle persone anziane, infatti, le insufficienze che richiedono un servizio assistenziale permanente sono di varia natura, funzionali, sanitarie, psichiche o comportamentali ed occorre una valutazione ponderata e di qualità delle varie insufficienze per poter decidere la risposta assistenziale appropriata e, nell'ambito del servizio prescelto, occorrono servizi primari integrati per pianificare attività assistenziali personalizzate.

Le esigenze, o bisogni, degli assistiti, quindi, sono la "discriminante" universalmente adottata per l'organizzazione e l'erogazione dei servizi alla persona, e questa è la tendenza dei nuovi sistemi di welfare territoriali; la piattaforma intende sfruttare tale tendenza, ponendosi come unico strumento disponibile

*per attuare tali propositi, di conseguenza è finalizzata a supportare servizi socio-sanitari per l'area in particolare (ma non solo) cosiddetta **Residenziale-Semiresidenziale, Domiciliare (ADI) e Territoriale.***

L'aspetto fondamentale è che la gestione dei dati sulle attività residenziali e semiresidenziali nell'area dell'integrazione socio-sanitaria non è sistematica e coerente a livello nazionale: solo alcune regioni hanno adottato propri sistemi di classificazione, che tuttavia non risolvono il problema della gestione quotidiana degli utenti; di conseguenza, è diventata sempre più sentita l'esigenza di costruire un quadro informativo coerente e ciò rappresenta anche uno degli obiettivi del progetto. In assenza di tale quadro, difatti, non ci può essere la creazione di indicatori e benchmark per confrontare e valutare le attività svolte in zone diverse, né una classificazione univoca ed omogenea delle strutture, né dati sulle prestazioni erogate, né indici di case-mix assistenziale delle persone assistite, né l'appropriatezza e gli esiti degli interventi: tutti benefici che un modello integrato di servizi, viceversa, si prefigge. **Ulteriore obiettivo è quello di creare un sistema informatizzato che consenta la raccolta e l'accesso alle informazioni relative alla assistenza residenziale e semiresidenziale ed all'ADI.** Di conseguenza, gli studi si concentreranno anche nel considerare in modo omogeneo i molteplici usi delle informazioni:

- Avere la possibilità di conoscere in tempo reale la situazione di tutte le strutture residenziali e semiresidenziali (uso di routine dei dati individuali per gestire l'assistenza al singolo utente): si può pensare ad una scheda socio-sanitaria individuale, in cui annotare tutti gli eventi significativi, gli obiettivi, gli appuntamenti e i piani di trattamento; ad esempio, si può facilitare l'elaborazione e lo svolgimento del Piano Assistenziale Individuale (PAI), disponendo di un completo strumento di VMD (Valutazione MultiDimensionale) idoneo alla costruzione e verifica del piano di trattamento: **allo scopo, verrà implementata la gestione del PAI**
- Disporre di strumenti operativi per verificare l'erogazione delle prestazioni sul territorio regionale (uso dei dati per il governo amministrativo ed organizzativo della struttura): a partire dai dati di routine, si può operare una classificazione degli ospiti in gruppi a diverso assorbimento di risorse; questa suddivisione è in grado di riflettere effettivamente l'impegno assistenziale e i costi di trattamento sostenuti, in modo da avere un quadro esaustivo delle caratteristiche dell'utenza e quindi del fabbisogno di risorse, in particolare in relazione all'impegno delle figure professionali centrali nell'assistenza agli anziani in questo contesto (infermieri, ADB/OSS, fisioterapisti, animatori, educatori, etc.): **allo scopo, verrà implementata la gestione dei Servizi Sociali**
- Disporre di uno strumento che consenta una più agevole misurazione della domanda (uso statistico dei dati a fini programmatori, tariffari, di verifica dell'appropriatezza e della qualità): in questo caso, il case mix viene utilizzato non solo per definire standard organizzativi e di dotazione del personale, ma per alimentare la funzione statistica, permettendo agli attori di confrontare i propri indicatori con i dati a livello regionale o nazionale: **allo scopo, verrà implementata la gestione della Qualità integrata**
- Disporre di informazioni utili alla programmazione degli interventi a livello regionale e di singola ASP (uso nel flusso informativo regionale): (debito informativo) grazie all'acquisizione di un set minimo di dati anagrafici, amministrativi e di generico profilo assistenziale si potrà monitorare l'erogazione dei LEA, il ricorso ai diversi regimi assistenziali ed il consumo delle risorse, oltre alla definizione delle politiche sanitarie nazionali; i dati regionali potranno successivamente alimentare il flusso informativo nazionale con dati essenziali omogenei: **allo scopo, verrà implementata la gestione della Scheda FAR**

3.1.1 Area Residenziale e semiresidenziale: avere precisa prontezza dell'offerta e avere la possibilità di conoscere in tempo reale la situazione di tutte le strutture residenziali e semiresidenziali

Per l'area Residenziale, la piattaforma prevederà servizi minimi ma comuni e centralizzabili a livello regionale per la gestione socio-sanitaria ed amministrativa degli ospiti (e.g. Scheda VMD, Scheda PAI, Contabilità rette, etc.).

3.1.2 Area Domiciliare: disporre di uno strumento per una più agevole misurazione della domanda

Per l'area Domiciliare, la piattaforma prevederà servizi essenzialmente per il monitoraggio delle condizioni degli utenti e per la pianificazione integrata delle attività assistenziali (e.g. Piano dettagliato di riabilitazione, Gestione e piani di assistenza domiciliare, Scheda impiego risorse umane e contabilità servizi domiciliari e commesse, etc.).

3.1.3 Area Territoriale: disporre di strumenti utili alla programmazione degli interventi a livello regionale e di singola ASP

Comuni, Aziende Sanitarie, Regioni ed operatori assistenziali sono periodicamente chiamati a redigere i cosiddetti Piani di Zona per la programmazione territoriale dei servizi socio-sanitari.

Allo scopo, è fondamentale dotarsi di modelli unici di classificazione dei trattamenti per la terza età ed adottare buoni strumenti di case-mix; quest'ultimo, infatti, consente di: Costruire modelli "isorisorse" di assistenza; Valutare il "peso assistenziale" del singolo caso; Valutare il casemix ed il carico assistenziale della struttura; Individuare standard e sistemi di verifica della qualità; Valutare la variabilità nel tempo dei bisogni e gli Outcome delle cure; Trasformare il Casemix in criteri di rimborso delle prestazioni; Trasferire l'analisi dalla prestazione al paziente ed ai risultati delle cure.

Per l'area Territoriale, la piattaforma prevederà servizi essenzialmente per monitorare i bisogni e programmare risposte appropriate essenzialmente per le ASL ed Unità di Valutazione Distrettuale (raccolta e censimento della condizione e dei bisogni della popolazione anziana del territorio), e per i Servizi Sociali Comunali (tipologia dei servizi erogati) (e.g. Scheda valutazione multidimensionale ed analisi dei bisogni, Gestione liste di attesa, Monitoraggio e supervisione della rete dei servizi, Gestione e supporto dei piani di zona, etc.)

3.1.4 Modello per la rilevazione delle prestazioni e del relativo flusso informativo: disporre di strumenti operativi per verificare l'erogazione delle prestazioni sul territorio regionale

Il progetto affronterà tematiche relative alla valutazione e all'assistenza delle persone non autosufficienti e agli strumenti utilizzati per integrare i vari servizi afferenti il sistema sociale e il sistema sanitario, nonché i presupposti per favorire l'integrazione nell'assistenza più generale del territorio.

Il sistema, oltre alla scheda FAR, implementerà anche la gestione di dati ed attività più di dettaglio legate all'assistenza dei non autosufficienti. Tali funzionalità sono relative all'organizzazione e condivisione di attività e appuntamenti, all'organizzazione di informazioni strutturate, alla visualizzazione e condivisione di documenti. Come indicato nel paragrafo precedente, un aspetto che è risultato rilevante per la rilevazione delle prestazioni e del relativo flusso informativo è stata la gestione anticipata dei dati dell'assistito per il calcolo delle rette regionali, in una gestione denominata **Servizi Sociali**.

3.1.5 Supporto centralizzato alla valutazione della qualità: formulare linee guida e protocolli per omogeneizzare a livello territoriale, nelle strutture residenziali e semiresidenziali, gli strumenti di valutazione multidimensionale

L'Associazione Nazionale Strutture Terza Età (ANASTE) Calabria, ha istituito da tempo, nell'ambito delle sue attività, un Comitato Scientifico costituito da un gruppo permanente di medici provenienti dalle Strutture Residenziali ANASTE del territorio calabrese, con l'intenzione di dare impulso a studi, ricerche ed attività rivolte a problemi *epidemiologici, clinici e socio-assistenziali* legati all'utenza residente. In particolare, sono state oggetto di studio tre settori distinti:

- Adozione di un Modello Unico di Valutazione Multidimensionale, al fine di monitorare la tipologia e l'appropriatezza dei ricoveri nelle strutture residenziali;

- Creare un Flusso Informativo sulle problematiche sanitarie e sociali dell'anziano non autosufficiente (disabilità funzionale, polipatologia, politerapia),
- Elaborare e sperimentare "protocolli terapeutici interdisciplinari" appropriati al grado di non – autosufficienza;
- Valutazione della Qualità e della Appropriatezza dell'assistenza erogata nelle strutture residenziali, attraverso la quantificazione dell'effettivo carico assistenziale.

3.2 Progettazione del sistema informatico

La piattaforma informatica SIGeNoMA perseguirà la:

- Creazione di un Repository Unico Regionale per il monitoraggio delle persone non autosufficienti e con la possibilità di effettuare analisi sui dati di interesse,
- Standardizzazione degli strumenti di valutazione multidimensionale a livello regionale,
- Generazione dei flussi ministeriali per la trasmissione al NSIS.

4. Quadro economico e pianificazione di massima

4.1 Quadro economico e indicatori

Di seguito, il quadro economico per le attività del progetto:

Tabella 1: Quadro economico

Personale	100.000,00
Missioni	20.000,00
Consulenza Scientifica	60.000,00
Formazione	80.000,00
Campagne pubblicitarie, Workshop, Convegni	40.000,00
progettazione e realizzazione sistema informativo	650.000,00
Totale	950.000,00

Di seguito, gli indicatori per le attività del progetto:

1. Numero di strutture che accedono al sistema informativo
2. Regolarità di accesso al sistema informativo al verificarsi degli eventi di interesse
3. Numero di strutture che utilizzano costantemente lo stesso strumento di valutazione multidimensionale
4. Qualità dei dati inseriti
5. Possibilità di generare i tracciati per l'NSIS secondo le specifiche tecniche ministeriali
6. Sviluppo applicazioni e sistemi Informativi innovativi all'interno della Regione Calabria



4.2 Pianificazione di massima

Di seguito una prima pianificazione di massima per le attività del progetto:

ID	Nome attività	Inizio	Fine	Durata	ott 2010	nov 2010	dic 2010	gen 2011	feb 2011	mar 2011	apr 2011	mag 2011	giu 2011	lug 2011	ago 2011	set 2011	ott 2011	nov 2011	dic 2011	
1	WP0 Project management	01/02/2010	30/09/2011	201g	315	1000	1700	2400	3100	3800	4500	5200	5900	6600	7300	8000	8700	9400	10100	10800
2	WP1 Studio modello organizzativo ed analisi del sistema informativo	01/10/2010	31/12/2010	65g																
3	WP2 Progettazione del sistema informatico	01/11/2010	01/07/2011	175g																
4	WP3 Avvio dei centri pilota	01/11/2010	20/04/2011	130g																
5	WP4 Reinserimento esista o monitoraggio	02/05/2011	30/09/2011	110g																

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

MATERIA DEL PROVVEDIMENTO

Questo ufficio ha predisposto la presente proposta di Decreto di impegno di spesa di € 950.000,00 sul capitolo 4211161 del bilancio regionale 2011, a seguito dell'approvazione, in Conferenza Stato/regioni nella seduta dell'8 luglio 2010 (repertorio n. 104/CSR), del finanziamento dei progetti, redatti ai sensi dell'Accordo tra lo Stato le Regioni e le Province Autonome del 25 marzo 2009 (repertorio atti n. 57/CSR), anno 2009, di cui alla DGR n. 250/09, tra i quali, nella linea progettuale la non autosufficienza, sussiste il progetto "Progettazione e realizzazione di un sistema integrato per la gestione ed il monitoraggio delle persone non autosufficienti" per un finanziamento di € 950.000,00 per l'anno 2009.

MOTIVAZIONE DEL PROVVEDIMENTO

- l'art. 1, comma 34 della legge 662/1996 prevede l'individuazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale al cui perseguimento sono vincolate apposite risorse ai sensi dell'art. 34 bis, della stessa legge;
- nell'allegato A) dell'Accordo tra lo Stato, Regioni e le Province Autonome del 25 marzo 2009 (repertorio atti n. 57/CSR), vengono individuate le linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni e Province Autonome delle risorse vincolate ai sensi all'art. 1, comma 34 e 34 bis, della legge 662/1996 per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2009;
- l'Intesa del 26 febbraio 2009 (repertorio atti n. 32/CSR) ha sancito l'assegnazione delle risorse vincolate alle Regioni ai sensi all'art. 1, comma 34 e 34 bis, della Legge 662/1996 per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2009 quantificandole per la Regione Calabria in complessivi € 53.286.253,00;
- le risorse assegnate alle regioni con la su citata Intesa sono state già attribuite alle stesse tramite la citata Intesa nella misura del 70 %, subordinando l'erogazione del 30 % residuo alla presentazione di specifici progetti per ciascuna linea ed all'approvazione degli stessi da parte della Conferenza tra Stato Regioni e Province Autonome;
- ai sensi della citata Intesa la mancata valutazione positiva dei progetti di che trattasi comporta il mancato trasferimento della quota del 30 % ed il recupero nell'annualità successiva del 70 % già erogato;
- la Giunta Regionale nella seduta del 5 maggio 2009 con delibera n. 250 ha approvato i progetti redatti dalla Regione Calabria in conformità alle linee progettuali previste nell'allegato A) dell'Accordo su citato, subordinandone l'attivazione alla valutazione positiva da parte della competente struttura del Ministero della salute, trasmettendoli allo stesso con nota prot. n. 21364 dell'11.08.2009;
- il Ministero della Salute, ha valutato positivamente i progetti di che trattasi e con nota del 10 maggio 2010 ha trasmesso alla Conferenza tra Stato Regioni e Province Autonome la richiesta di ammissione a finanziamento delle risorse vincolate alla realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, per l'anno 2009;
- la Conferenza tra Stato Regioni e Province Autonome, nella seduta dell'8 luglio 2010, repertorio atti n. 104/CSR, ha approvato la proposta del Ministero di salute di ammissione al finanziamento dei progetti inviati dalla Regione Calabria;
- con la delibera n. 250/2009 si stabilisce che:
 - a seguito della valutazione sopra indicata dovrà essere definito un piano esecutivo per ciascuno dei progetti approvati che indichi l'impiego delle risorse destinate in ordine alle singole attività previste;
 - le somme assegnate sono vincolate all'esecuzione da parte delle Aziende Sanitarie assegnatarie delle attività previste per ciascun progetto;
 - le Aziende hanno l'obbligo di rendicontare sull'andamento delle attività progettuali affidate secondo quanto stabilito dall'Accordo del 25 marzo 2009;
 - l'esecuzione dei successivi adempimenti è demandata al Dipartimento Tutela della Salute della Regione Calabria;
- tra i progetti approvati con la su richiamata DGR 250/09, nella linea progettuale 2.La non autosufficienza, sussiste il progetto "Progettazione e realizzazione di un sistema integrato per la gestione ed il monitoraggio delle persone non autosufficienti" di durata 12 mesi, per il quale è stato previsto un finanziamento di € 950.000,00;
- il responsabile scientifico del progetto "Progettazione e realizzazione di un sistema integrato per la gestione ed il monitoraggio delle persone non autosufficienti" ha redatto il piano esecutivo dello stesso per come stabilito dalla DGR 250/09, allegato al presente provvedimento;
- per l'attuazione delle attività previste nelle varie fasi del piano esecutivo, individuare l'Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro, quale capofila, che dovrà pianificare, con le altre aziende sanitarie coinvolte, l'utilizzo delle risorse all'uopo assegnate;
- che in data 23 dicembre 2010 prot. n. 30179 è stata trasmesso il decreto per la prenotazione di impegno;
- il Settore Ragioneria con nota prot. n. 1619 del 13.1.2011, non avendo dato corso all'impegno nel rispetto del patto di stabilità interno e per la difficoltà di valutazione dovuta a una mole di atti pervenuta negli ultimi giorni del 2010, ha restituito il decreto non impegnato richiedendone la riproposizione a riapertura dell'esercizio finanziario 2011;
- che con deliberazione del 19 ottobre 2010 n. 674 è stata effettuata la variazione di bilancio con l'iscrizione sul capitolo 4211161 del bilancio regionale 2010 del finanziamento assegnato relativo agli obiettivi di carattere prioritario del PSN per gli anni 2009 e 2010;
- la somma corrispondente al finanziamento assegnato alla Regione Calabria per le attività del progetto, pari ad € 950.000,00, trova capienza sul capitolo 4211161 del bilancio regionale 2011;
- per la realizzazione delle attività previste nel piano esecutivo del progetto "Progettazione e realizzazione di un sistema integrato per la gestione ed il monitoraggio delle persone non autosufficienti", occorre impegnare la somma di € 950.000,00 sul capitolo 4211161 dell'esercizio finanziario 2011, da erogare con successivi atti all'Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro nella misura del 70% all'avvio dei lavori e riservarsi di erogare il restante 30% secondo quanto definito nella citata DGR 250/2009, previa apposita rendicontazione intermedia.

RIFERIMENTI NORMATIVI

- art. 1, comma 34 della legge 662/1996
- Accordo tra lo Stato le Regioni e le Province Autonome del 25 marzo 2009
- Intesa del 26 febbraio 2009 (repertorio atti n. 32/CSR)
- Accordo Conferenza Stato/regioni dell' 8 luglio 2010;
- DGR 5 maggio 2009 n. 250;
- DGR n. 634 del 28.9.2010;
- L.R. del 04.02.2002, n.8;
- L.R. del 2002 n. 34 e s.m.i.;
- L.R. del 15.5.2007, n. 11;
- L.R. del 29.12.2010, n. 36.

Vista e valutata la documentazione si sottopone alla firma del Dirigente Generale il presente provvedimento, atteso che lo stesso è regolare sotto il profilo tecnico

Il responsabile del procedimento

Dott.ssa Caterina Azzarito

Considerata la motivazione espressa nell'atto, esprime parere favorevole in ordine alla regolarità della presente provvedimento

Il dirigente del settore
Dr. L. Rubino Zuria

Catanzaro 10 marzo 2011

Castelletto - Esercizio 2011

Proposta: 13 - 123 / 2011 del 10/03/2011

Capitolo 4211161/0 Competenza	
Stanziamiento	196.963.864,00
Impegni Assunti	52.116.713,00
Disponibile	144.847.151,00

Tipo	Impegno	Data	Importo	
Impegno	527	2011	10/03/2011	950.000,00

IL DIRIGENTE DEL SETTORE RAGIONERIA GENERALE

