

PUBBLICAZIONE

Si dichiara che la presente deliberazione è stata pubblicata all'albo pretorio informatico dell'ASP di Ragusa, ai sensi e per gli effetti dell'art. 53, comma 2, della L.R. n.30 del 3/11/93 e dell'art. 32 della Legge n. 69 del 18/6/09 e s.m.i., dal - 8 LUG. 2018

IL SEGRETARIO

Notificata al Collegio Sindacale il _____ con nota prot. n. _____

DELIBERA SOGGETTA AL CONTROLLO

Dell'Assessorato Regionale della Salute ex L.R. n. 5/09 trasmessa in data _____ prot. n. _____

SI ATTESTA

Che l'Assessorato Regionale della Salute:

- Ha pronunciato l'approvazione con provvedimento n. _____ del _____
- Ha pronunciato l'annullamento con provvedimento n. _____ del _____

come da allegato.

Delibera divenuta esecutiva per decorrenza del termine previsto dall'art. 16 della L.R. n. 5/09 dal _____

DELIBERA NON SOGGETTA AL CONTROLLO

- Esecutiva ai sensi dell'art. 65 della L.R. n. 25/93, così come modificato dall'art. 53 della L.R. n. 30/93 s.m.i., per decorrenza del termine di 10 gg. di pubblicazione all'Albo, dal _____
- Immediatamente esecutiva dal _____
Ragusa, _____

IL SEGRETARIO

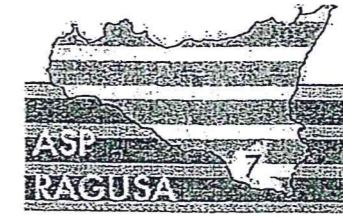
REVOCA/ANNULLAMENTO/MODIFICA

- Revoca/annullamento in autotutela con provvedimento n. _____ del _____
- Modifica con provvedimento n. _____ del _____

Ragusa, _____

IL SEGRETARIO

REGIONE SICILIA
Assessorato Regionale Sanità



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
RAGUSA

DELIBERAZIONE DEL COMMISSARIO

N. 1397 del - 5 LUG. 2018

U.O.C. DIREZIONE AMMINISTRATIVA OSPEDALI RIUNITI DI VITTORIA E COMISO

OGGETTO: Avvio del Progetto Obiettivo di PSN 2016 Linea 5.12- Gestione della cronicità- Implementazione percorsi di domiciliarizzazione mediante sistemi di telemonitoraggio e teleassistenza" Assegnazione € 500.000,00.

L'ESTENSORE

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

IL DIRETTORE DELLA STRUTTURA

Dott. Antonino Nicotia

Dott.ssa Antonina Giacalone

Proposta di Provvedimento pervenuta alla Segreteria Deliberante il 25 GIU. 2018

VISTO CONTABILE

Si attesta la copertura finanziaria del presente provvedimento

Autorizzazione n. UNIF 102 del 29-06-18 C.E. C.P. F.d.Vinc. S.Pass.

Denominazione _____

Autorizzazione come da prospetto allegato

IL FUNZIONARIO

IL DIRETTORE U.O.C.
SERVIZIO ECONOMICO FINANZIARIO/PATRIMONIALE
(Dott. Massimo Cicero)

Il - 5 LUG. 2018, nella sede dell'Azienda Sanitaria Provinciale, il Commissario

Dott. Salvatore Lúcio Ficarra, nominato con Decreto del Presidente della Regione Siciliana n. 398/Serv. 1° / S.G. dell'1 agosto 2017, coadiuvato, ai sensi dell'art. 7 della L. R. 30/1993 da:

Dott. Salvatore Lombardo, Direttore Amministrativo

Dott. Emanuele Cassarà, Direttore Sanitario e con l'assistenza Sig. Marcello Gugliotta quale Segretario ver-

balizzante, adotta la seguente deliberazione:

Visto il D. lgs n. 502/92 e s.m. i.;

Vista la L.R.n. 5/2009;

Visto l'Atto aziendale di questa ASP, adottato con Delibera n. 1774 del 3/5/2017 ed approvato con DD.AA. nn. 1095/2017 e 1058/2017;

Premesso che con D.A. n. 1090/16 sono state adottate le schede relative ai progetti obiettivo di PSN 2016 di cui all'Accordo Stato- regioni Rep. Atti n. 65/CSR del 14 aprile 2016;

Vista la nota prot. n. Area Int.2 /n. 101051 del 30.12.2016 e successiva n. prot. /Area Int. 2/n.4414 del 17.01.2017 con le quali si sono richieste alle Aziende sanitarie le proposte progettuali per il PSN 2015 e 2016;

Atteso che con nota prot. n. 2749 del 01.01.2017 e successiva n. 7814 dell'08.03.2017 è stato proposto all'Assessorato della Salute, fra gli altri, il Progetto obiettivo di *PSN 2016 Linea 5.12- Gestione della cronicità Implementazione percorsi di domiciliarizzazione mediante sistemi di telemonitoraggio e teleassistenza* del costo presunto di € 735.000,00;

Che il predetto progetto si inseriva in un percorso già avviato dalla Cardiologia di Ragusa con finanziamenti di PSN 2011 e 2014 mediante l'attivazione di un servizio di telemedicina e teleassistenza in pazienti con scompenso cardiaco cronico e post- infarto miocardico acuto con sviluppo del know-how nella gestione domiciliare dei servizi di tele medicina e tele-cardiologia;

Visto il DDG n. 2094 del 25 ottobre 2017 con il quale sono state assegnate alle Aziende del SSR le somme previste nella misura del 100% ed è stata disposta la liquidazione ed il pagamento nella misura del 70% in conformità alle previsioni dell'Accordo Stato-Regioni rep. Atti n. 234/CSR del 23 dicembre 2015;

Preso atto, dalla scheda allegata al predetto decreto riguardante la ASP di Ragusa, della somma assegnata per la realizzazione del progetto di PSN 2016 Linea 5.12- *Gestione della cronicità Implementazione percorsi di domiciliarizzazione mediante sistemi di telemonitoraggio e teleassistenza*, pari ad € 500.000,00;

Ravvisata la necessità di rimodulare il progetto approvato per ridefinire le azioni da realizzare nell'ambito del finanziamento ridimensionato da € 735.000,00 ad € 500.000,00;

Visto il progetto biennale rimodulato dal referente aziendale dott. Antonino Nicosia, Direttore U.O.C. di Cardiologia del Presidio ospedaliero di Ragusa ed allegato al presente atto per farne parte integrante, finalizzato al *monitoraggio cardiologico dei pazienti non autosufficienti ad "alto" rischio" cardiovascolare attraverso l'uso di nuove tecnologie di teleassistenza e telecontrollo sanitario ed al mantenimento a domicilio delle persone assistite*;

Ritenuto di poter approvare il predetto progetto come rimodulato e di avviare le azioni previste con la dovuta tempestività, nel rispetto del cronoprogramma proposto per i singoli interventi e in raccordo con le strutture assessoriali competenti;

Dare atto che la spesa complessiva prevista di € 500.000,00 è così ripartita:

Personale:

- n. 2 tecnici di cardiologia € 45.000,00 euro/anno circa;

Servizi:

- n. 170 kit di tele-monitoraggio e tele-assistenza e sistemi di Networking multilivello € 150.000,00 per il 1° anno ed € 190.000,00 per il 2° anno;

➤ € 10.000,00 sul conto n. 10102090103 "Macchine elettroniche".

Trasmettere copia del presente atto al Referente del progetto, al Referente unico dei progetti vincolati, al Capo Dipartimento Emergenza, al Servizio Risorse Umane, al Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale, al Controllo di Gestione e al Servizio Provveditorato, per quanto di competenza.

Trasmettere, altresì, copia del presente atto, a cura del referente Unico dei progetti vincolati, al Servizio 4 del Dipartimento Regionale per la Pianificazione Strategica dell'Assessorato della Salute.

Munire il presente atto di immediata esecutività al fine di attuare tempestivamente gli interventi previsti.

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Salvatore Lombardo

IL COMMISSARIO
Dott. Salvatore Lucio Ficarra

IL DIRETTORE SANITARIO
Dott. Emanuele Cassarà

IL SEGRETARIO VERBALIZZANTE

Sig. Marcello Angioletta

Attrezzature:

- n. 2 computers portatili e relative stampanti dedicati € 10.000,00;
- n. 2 elettrocardiografi dedicati per i pazienti che necessitano di controllo ambulatoriali € 10.000,00;
- n. 6 lettori Holter (compatibili con sistema in dotazione della cardiologia HUB) per pazienti affetti da aritmie € 40.000,00;
- n. 4 lettini elettrici per pazienti con ridotta mobilità € 10.000,00;

Viste le disposizioni assessoriali- Circ. n. 30169/DPS- Serv.1 del 31/03/2011 e Circ. n. 42067/DASOE- Serv.2 del 21.05.2012- le quali evidenziano che la realizzazione dei progetti di PSN non può essere affidata al personale dipendente, autorizzando a procedere a forme flessibili di assunzione per reperire il personale comunque indispensabile per l'attuazione delle azioni progettuali;

Vista la Circolare n. 1/2018 (DPF 1428 del 09/01/2018) riguardante la legge di bilancio 2018 ed integrativa della circolare n. 3 del 23 novembre 2017 la quale, con riferimento agli incarichi di collaborazioni coordinate e continuative di cui alla circolare n. 3 del 2017, richiama *lo spostamento temporale al 1° gennaio 2019 dell'applicazione del divieto di cui all'art. 7, comma 5-bis, del d. lgs. n. 165 del 2001 (articolo 1, comma 1148, lettera h) della legge n. 205 del 2017, che modifica l'art. 22, comma 8 del decreto legislativo n. 75 del 2017*, per cui è consentito il ricorso agli incarichi di collaborazioni coordinate e continuative per il reclutamento del personale;

Visto il Regolamento interno dei Progetti vincolati approvato con delibera n. 2542 del 30.12.2014; Su proposta del Dirigente della U.O.C. proponente che ne attesta la regolarità tecnica;

Sentiti i pareri favorevoli espressi dai Direttori Amministrativo e Sanitario per quanto di rispettiva competenza;

DELIBERA

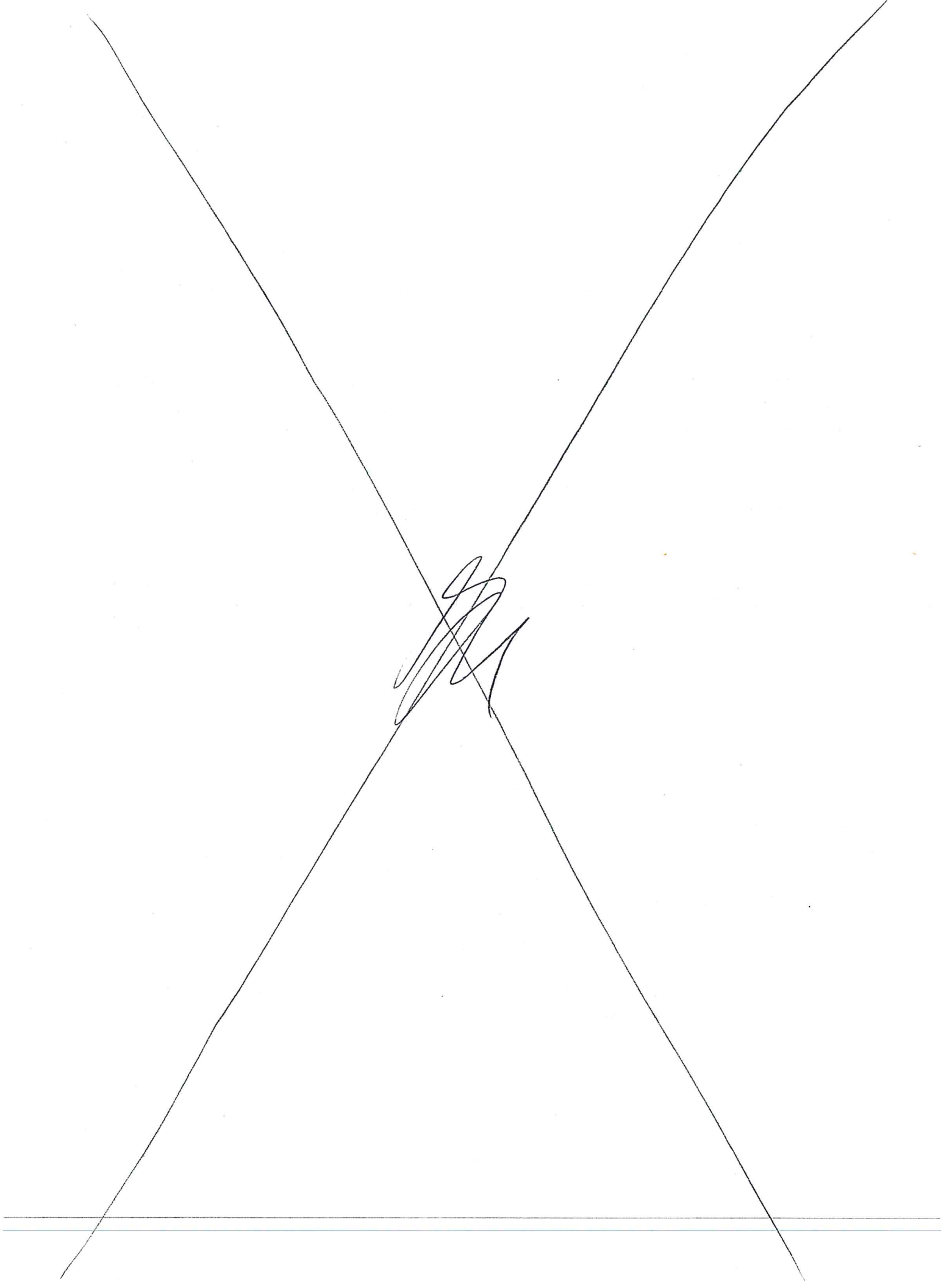
Per i motivi espressi in premessa che qui si intendono ripetuti e trascritti:

Prendere atto del DDG n. 2094 del 25 ottobre 2017 e della relativa scheda allegata riguardante la somma assegnata alla ASP di Ragusa per la realizzazione del progetto di PSN 2016 Linea 5.12- *Gestione della cronicità- Implementazione percorsi di domiciliarizzazione mediante sistemi di tele-monitoraggio e tele-assistenza*", pari ad € 500.000,00;

Dare avvio al progetto, in uno alla presente quale parte integrante, rimodulato dal Referente aziendale dott. Antonino Nicosia, Direttore U.O.C. di Cardiologia del Presidio ospedaliero di Ragusa al quale si fa carico di attuare le azioni ivi previste con la dovuta tempestività, nel rispetto del cronoprogramma proposto per i singoli interventi e in raccordo con le strutture assessoriali competenti.

Autorizzare la spesa complessiva di € 500.000,00 sui conti di pertinenza del bilancio corrente come di seguito indicato:

- € 340.000,00 sul conto n. 50201170404 "Altri servizi sanitari da privati"
- € 82.949,30 sul conto di costo n. 502011507 relativo alle competenze e oneri del personale sanitario;
- € 7.050,70 sul conto di costo n. 901020101 relativo all'Irap del personale sanitario e non-sanitario;
- € 60.000,00 sul conto n. 101020501 "Attrezzature scientifiche"





Progetto di Ricerca

PSN 2016 LINEA 5.12 € 500'000,00

Linea progettuale 5. "Cronicità, fragilità e non autosufficienza ..." – Obiettivo: "implementazione percorsi di domiciliarizzazione ... mediante sistemi di Telemonitoraggio e teleassistenza"

Referente : dott. Antonino Nicosia - Direttore U.O.C. Cardiologia Presidio Ospedaliero di Ragusa

Titolo del progetto: Telecardiologia per pazienti "non autosufficienti" ad alto rischio inclusi in progetto di assistenza domiciliare (ADI) - BIENNALE

Descrizione del progetto

Contesto: Il cambio demografico con l'invecchiamento della popolazione e l'aumento dell'incidenza delle patologie croniche sta proponendo nuove sfide economiche e sociali per la sostenibilità del sistema sanitario regionale. Sono in costante aumento il numero di pazienti NON autosufficienti assistiti dal servizio di assistenza domiciliare (ADI) in provincia di Ragusa.

Fra i pazienti assistiti in ADI, esiste un quota di pazienti "anziani" con molteplici fattori di rischio per patologie cardiovascolari e/o storia di cardiopatia che vanno considerato ad "alto rischio" di complicanze cardiache e incidenza di scompenso cardiaco e conseguente ospedalizzazione.

Lo Scompenso Cardiaco (SC) rappresenta uno dei maggiori problemi di salute pubblica nei paesi industrializzati. In Europa oltre 10 milioni di persone ne sono affette. I dati crudi di epidemiologia riportano un'incidenza da 1 a 5 casi /1000/ anno. I dati derivanti dai più grandi studi epidemiologici riportano un'incidenza di 1- 2 casi /1000 / anno (Framingham Heart study 36 anni di F.U.). Tale incidenza cresce esponenzialmente al crescere dell'età dopo i 65 anni.

Anche la prevalenza può aumentare drasticamente a causa dell'invecchiamento della popolazione: si calcola che oggi il 9.1% della popolazione > 80 anni presenti un quadro di scompenso cardiaco. Rappresenta una delle principali cause di morte e invalidità nei paesi occidentali, nonché la principale causa di ospedalizzazione per persone di età >65 anni ed è la seconda causa di visite ambulatoriali dopo l'ipertensione arteriosa. Pertanto lo SC ha un ruolo rilevante sulla spesa sanitaria. Si può stimare che il costo globale dello SC nei paesi industrializzati sia l'1-2% di tutta la spesa sanitaria, ed il 5% dei costi per le ospedalizzazioni. I dati forniti dal Ministero della Sanità dall'analisi delle SDO, DRG 127, indicano che: 1) in

Italia nel 1997 i ricoveri per Sc. C sono stati 139.659; 2) la durata media di ospedalizzazione è stata di 10.2 gg; 3) la spesa italiana annuale per lo SC è stimabile in 393.212.000 Euro .

La Cardiologia di Ragusa ha già attivato (con finanziamento di progetti di PSN 2011 e 2014) un servizio di telemedicina e tele-assistenza in pazienti con scompenso cardiaco cronico e post-infarto miocardico acuto e ha, quindi, già sviluppato il know-how nella gestione domiciliare dei servizi di tele-medicina e tele-cardiologia.

Fabbisogno: *Un approccio integrato al paziente NON autosufficiente, assistito a domicilio dal servizio ADI di Ragusa, ad "alto rischio" cardiovascolare, deve garantire continuità assistenziale, cioè uniformità di criteri di valutazione e trattamento, e gestione condivisa del piano di cura, indipendentemente dalla struttura e dall'operatore con cui il paziente viene in contatto.*

Fra gli elementi indispensabili per un'efficace gestione integrata, oltre all'individuazione del case manager, in grado di coordinare un'assistenza longitudinale e prolungata nel tempo, e alla stratificazione del rischio, focalizzata sull'identificazione dei bisogni e sulla risposta tempestiva agli stessi, vi è la condivisione delle informazioni fra i diversi livelli assistenziali, utilizzando tutti i supporti tecnologici: telefono, e-mail, accesso alle banche dati, cartelle cliniche, refertazioni e lettere di dimissione, ecc..

Un programma che garantisca continuità assistenziale ed un percorso diagnostico-terapeutico integrato tra ospedale e territorio in questo tipo di pazienti potrebbe non solo aumentare il livello di confort dei pazienti, ma ridurre anche le ospedalizzazioni non necessarie di pazienti con scompenso cardiaco in fase iniziale.

La complessità dell'intervento integrato potrebbe essere semplificata dalla recente disponibilità di tecnologie per la gestione a distanza delle informazioni a costi relativamente contenuti, che rendono possibile misurare e trasmettere i parametri clinici anche da aree remote, eseguire visite "virtuali" senza che il paziente, spesso anziano, con problemi di mobilità si debba recare dal proprio curante o all'ospedale di riferimento. Poter attivare il monitoraggio telematico domiciliare per i malati più complessi apre nuove prospettive di deospedalizzazione in sicurezza per pazienti cronicamente gravi, e di monitoraggio intensivo domiciliare per i pazienti più severi con grandi vantaggi potenziali non solo per la riduzione dei costi, ma anche per la qualità di vita dei pazienti.

Negli ultimi anni sono stati intrapresi numerosi studi per dimostrare che l'applicazione dei nuovi sistemi di cura con l'ausilio della telemedicina sono non solo efficaci, ma anche economicamente vantaggiosi. Nelle ultime e più complete meta-analisi e revisioni della letteratura il beneficio appare indiscutibile: una riduzione del 30-35% della mortalità e del 15-20% delle ospedalizzazioni (3-6).

Obiettivi: Questo progetto di innovazione per il monitoraggio cardiologico dei pazienti NON autosufficienti ad "alto rischio" cardiovascolare, promuove l'uso di nuove tecnologie di teleassistenza e telecontrollo sanitario ed è finalizzato al mantenimento a domicilio delle persone assistite.

L'obiettivo generale è il miglioramento delle cure, la promozione della salute, della qualità della vita e della vita indipendente nel proprio ambiente di vita per i cittadini assistiti affetti da patologie croniche e non autosufficienti, attraverso la definizione e l'implementazione di percorsi di cura domiciliare con supporto di nuove tecnologie (ICT-Information & Communication Technology).

Le finalità del progetto sono le seguenti: migliorare l'efficacia e la sostenibilità dei servizi assistenziali (sanitari o socio-sanitari integrati) attraverso l'uso di strumentazioni e piattaforma ICT;

favorire l'implementazione di modelli organizzativi innovativi; promuovere il miglioramento della continuità della cura ospedale-domicilio.

Il progetto si pone anche come obiettivo l'attivazione e la promozione di processi di empowerment della persona assistita, grazie al potenziamento personale dell'utente e dei suoi familiari con la valorizzazione della relazione tra persone e risorse tecnologiche e la presa in carico supportata da piattaforma tecnologica.

Descrizione: Il progetto prevede l'attivazione di un sistema di monitoraggio da remoto di pazienti ad "alto rischio cardiovascolare", non autosufficienti, assistiti in ADI, attraverso l'utilizzo di soluzioni ICT, nel quadro del percorso di cure a domicilio.

Il disegno dell'intervento e la sperimentazione prevedono quindi l'attivazione un percorso in 2 fasi:

- I FASE (1 anno): arruolamento dei pazienti NON autosufficienti ad "alto rischio cardiovascolare" e "storia di cardiopatia organica e/o cardiopatia organica in atto" (40%);
- II FASE (1 anno): estensione del progetto a TUTTI i pazienti ad "alto rischio cardiovascolare", indipendentemente da storia specifica di cardiopatia organica.

Vengono considerati ad "alto rischio cardiovascolare" i pazienti affetti da almeno uno dei seguenti fattori di rischio/patologie: 1) diabete; 2) ipertensione arteriosa severa; 3) insufficienza renale cronica (III-V stadio); 4) età > 80 aa.; 5) grave BPCO/enfisema.

L'impostazione del progetto include con un ruolo attivo tutte le componenti rilevanti del servizio di tele monitoraggio (operatori sanitari e assistiti), che devono potersi integrare nelle attività da svolgere e comunicare tra loro in tempo reale anche grazie alla centrale operativa ed alla piattaforma tecnologica.

Le principali attività di implementazione del progetto sono tre:

1. Arruolamento: il personale infermieristico del servizio ADI individua i pazienti che presentano i criteri definiti per l'arruolamento e propone al cardiologo del centro HUB la loro presa in carico nel progetto con la definizione dei percorsi di cura e dei modelli di servizi basati sul supporto tecnologico per il monitoraggio da remoto;
2. Preparazione per la sperimentazione con formazione ai pazienti (e ai loro familiari/care givers) sulla strumentazione tecnologica e l'organizzazione del servizio, e consegna del kit al paziente;
3. Attivazione del servizio di tele monitoraggio a domicilio e avvio della sperimentazione .

Gli strumenti ICT di supporto sono:

1. Hub con capacità di comunicazione bidirezionale con il paziente
 2. ECG 1 lead con monitoraggio per 24 ore ogni una o due settimane a seconda della gravità del paziente
 3. Sensore di movimento
 4. Misuratore di pressione
 5. Bilancia
 6. Dispositivo per la gestione della compliance terapeutica

Piattaforma integrata per la raccolta dati;

Collettore dati (hub) domestico per il collegamento tra le apparecchiature di rilevamento e la piattaforma integrata e per le comunicazioni tra partecipanti e operatori.

Tutti i dispositivi comunicano con il sistema centrale attraverso un concentratore, evitando quindi di installare a domicilio altri dispositivi, tenendo quindi in debita considerazione l'impatto negativo, anche di carattere psicologico, che può comportare verso il paziente un elevato numero di dispositivi medicali e/o informatici installati e da utilizzare presso il proprio domicilio.

Complessivamente i soggetti che si prevede di arruolare sono circa 160-170 (40% il I anno e 60% il II anno).

Arruolamento

L'arruolamento del paziente, dopo un confronto telefonico tra infermiere ADI e cardiologo/tecnico di Cardiologia del centro HUB, avviene a domicilio presso cui sarà consegnato il Kit di rilevazione parametri da utilizzare a domicilio e saranno ricevute le necessarie istruzioni.

Il destinatario dell'intervento viene avviato dal medico o infermiere del servizio ADI.

Il destinatario dell'intervento, che manifesta a domicilio alterazione significativa dei parametri di monitoraggio e/o evidenza di scompenso refrattario - di grado almeno moderato o severo può essere preso in carico o direttamente dal reparto di cardiologia o segnalato dal MMG, da un caregiver informale, un familiare.

Risultati attesi:

- Diminuzione generale dell'ospedalizzazione (degli accessi ospedalieri);
- Diminuzione degli accessi a domicilio non programmati
- Miglioramento della relazione medico (operatore sanitario)/paziente
- Miglioramento della qualità della vita dei pazienti (soddisfazione)
- Miglioramento della compliance terapeutica del paziente
- Misura della compliance terapeutica

Indicatori:

Indicatori di "AVVIO":

- riunioni programmatiche con Cardiologi, Tecnici di Cardiologia e infermieri del servizio ADI (attese: n. 2-3 /anno);

Indicatori di "PROCESSO":

- N. Pazienti arruolati ogni mese: 4 pz. /anno per la I fase (I anno); 6 pz. / anno per la II fase (II anno)
- N. riunioni formative eseguite con i pazienti arruolati (n. 4 / anno almeno);
- N. trasmissioni eseguite dai pazienti (N. 1 trasmissione per paziente arruolato / 15 gg.)

Indicatori di "RISULTATO":

- Soddisfazione dei pazienti arruolati e/o dei familiari (questionario di soddisfazione);
- N. di ospedalizzazioni per scompenso cardiaco dei pazienti afferenti al servizio ADI.

Costi previsti: € 500.000,00

Personale:

- N. 2 tecnici di Cardiologia dedicati: 45.000 euro/anno circa;

Servizi:

- N. 170 kit di tele-monitoraggio e tele-assistenza e sistemi di Networking multilivello: 150000 euro circa il I anno e 190000 euro circa il II anno

Attrezzature:

- N. 2 Computers portatili e relative stampanti dedicati: 10.000 euro
- N. 2 Elettrocardiografi dedicati per i pazienti che necessitano di controlli ambulatoriali: 10.000 euro circa
- N. 6 lettori Holter (compatibili con sistema in dotazione della Cardiologia HUB) per pazienti affetti da aritmie: 40.000 euro circa;
- N. 4 lettini elettrici per pazienti con ridotta mobilità: 10.000 euro.

Il Referente del progetto
dott. Antonino Nicosia

