

## Regione Lazio

Decreti del Commissario ad Acta

Decreto del Commissario ad Acta 4 novembre 2015, n. U00522

**Recepimento dell'Accordo Stato Regioni del 30 luglio 2015 (rep. atti n. 126/CSR), relativo all'assegnazione alle regioni delle risorse vincolate alla realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2014, ai sensi dell'art. 1, commi 34 e 34 bis della legge 23 dicembre 1996, n. 662 e successive modifiche ed integrazioni. Ripartizione della quota del fondo vincolato per l'anno 2014.**

IL COMMISSARIO AD ACTA  
(delibera del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

**Oggetto:** Recepimento dell'Accordo Stato Regioni del 30 luglio 2015 (rep. atti n. 126/CSR), relativo all'assegnazione alle regioni delle risorse vincolate alla realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2014, ai sensi dell'art. 1, commi 34 e 34 bis della legge 23 dicembre 1996, n. 662 e successive modifiche ed integrazioni. Ripartizione della quota del fondo vincolato per l'anno 2014.

**IL COMMISSARIO AD ACTA**

**VISTI:**

- la legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3;
- lo Statuto della Regione Lazio;
- la Legge Regionale 18 febbraio 2002, n. 6 e successive modificazioni ed integrazioni;
- il Regolamento Regionale n. 1 del 6 settembre 2002, concernente l'organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta Regionale e ss. mm. ii;
- l'art. 64 del citato Regolamento Regionale n. 1/2002 e successive modifiche ed integrazioni che detta disposizioni in materia di atti d'indirizzo politico-amministrativo;
- la Delibera del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013, con la quale il Dr. Nicola Zingaretti è stato nominato Commissario ad Acta per la realizzazione degli obiettivi di risanamento finanziario previsti nel piano di rientro dai disavanzi regionali nel settore sanitario;
- la delibera del Consiglio dei Ministri del 1 dicembre 2014 con la quale l'Arch. Giovanni Bissoni è stato nominato Sub commissario per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi del SSR della Regione Lazio, con il compito di affiancare il Commissario ad Acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale, ai sensi della deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013;
- la Deliberazione della Giunta Regionale 22 marzo 2013, n. 53 "Modifiche del regolamento regionale 6 settembre 2002 n. 1", concernente "Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale" e successive modificazioni;
- la Deliberazione della Giunta Regionale n. 148 del 12 giugno 2013, "Modifiche del regolamento regionale 6 settembre 2002 n. 1", concernente "Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale" e successive modificazioni;
- la Deliberazione di Giunta regionale n. 66 del 12 febbraio 2007, concernente "*L'approvazione del Piano di Rientro per la sottoscrizione dell'Accordo tra Stato e Regione Lazio ai sensi dell'art.1, comma 180 bis della Legge 311/2004*";
- la Deliberazione di Giunta regionale n.149 del 6 marzo 2007, avente ad oggetto: "*Presa d'atto dell'Accordo Stato Regione Lazio, ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge n. 311/2004, sottoscritto il 28 febbraio 2007. Approvazione del Piano di Rientro*";
- il nuovo Patto per la Salute sancito dalla Conferenza Stato – Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano del 3 dicembre 2009 con il quale, all'art. 13, comma 14, è stato stabilito che, per le Regioni già sottoposte ai Piani di rientro e già commissariate all'entrata in vigore delle norme attuative del medesimo patto, restano fermi l'assetto commissariale previgente per la prosecuzione del Piano di rientro, secondo Programmi Operativi coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal Commissario *ad acta*, nonché le relative azioni di supporto contabile e gestionale;
- quanto disposto dal Titolo II del D.Lgs 118/2011 avente ad oggetto "*Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42*", con particolare riferimento agli artt. 29 e 30;

IL COMMISSARIO AD ACTA  
(delibera del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

**VISTO** l'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, il quale, tra l'altro, prevede che il CIPE, su proposta del Ministro della salute, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, possa vincolare quote del Fondo sanitario nazionale per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale indicati dal Piano sanitario nazionale da assegnare alle Regioni per la predisposizione, ai sensi del successivo comma 34 bis, di specifici progetti;

**VISTO** il comma 34 bis dell'articolo 1 della legge 23 dicembre 1996, n. 662, come modificato dall'art. 79 comma 1 – quater del decreto legge 25 giugno 2008 n. 112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008 n. 133, e dall'art. 3 bis, del decreto legge 8 aprile 2013, n. 35, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 giugno 2013, n. 64, il quale prevede l'elaborazione da parte delle Regioni di specifici progetti per il perseguimento degli obiettivi di cui al citato comma 34 sulla scorta di linee guida proposte dal Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali e approvate tramite accordo dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e individua le modalità di ammissione al finanziamento e quelle di erogazione dell'importo complessivo annuo spettante a ciascuna Regione;

**VISTA** la legge 15 marzo 2010, n. 38 recante “Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore;

**VISTO** l'Accordo, ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281 tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano e gli Enti locali sul documento “Linee di indirizzo per l'assistenza alle persone in Stato Vegetativo e Stato di Minima Coscienza” (Rep. N. 44/CU del 5 maggio 2011);

**VISTA** l'Intesa, ai sensi dell'art.8, comma 6, della legge 5 giugno 2003 n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente il “Documento tecnico di indirizzo per ridurre il carico di malattia del cancro – Anni 2011-2013” (Rep. 21/CSR del 10 febbraio 2011);

**VISTA** l'Intesa, ai sensi dell'art.8, comma 6, della legge 5 giugno 2003 n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente nuovo Patto per la salute per gli anni 2014-2016 (Rep. 82/CSR del 10 luglio 2014 che all'articolo 1 comma 5 recita:” *le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano possono utilizzare la quota complessiva annua spettante a valere sul riparto della quota vincolata degli obiettivi di carattere prioritario del Piano sanitario nazionale per la realizzazione di alcune o tutte le linee progettuali proposte del Ministero della Salute ed approvate con Accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, ad integrazione delle risorse ordinariamente preordinate a tali aree di attività. Le regioni impegnate nei Piani di rientro individuano le linee progettuali da realizzare, in coerenza con gli obiettivi dei Programmi operativi approvati. Resta comunque inteso che dette quote, così come il finanziamento di cui al comma 1, non possono essere destinate a finalità extrasanitarie. Si conviene che le risorse vincolate assegnate alle Regioni siano utilizzate non solo per gli obiettivi di piano ma anche per gli obiettivi prioritari definiti nell'ambito del presente Patto per la salute, purché dedicati e finalizzati al miglioramento dell'erogazione dei Lea*”.

IL COMMISSARIO AD ACTA  
(delibera del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

**VISTO** l'articolo 17 del Patto della Salute che al comma 2 recita:” *Con il presente Patto le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano convengono che il 5 per mille della quota vincolata per Piano nazionale della prevenzione, di cui agli accordi previsti per la realizzazione degli obiettivi del Piano sanitario nazionale indicati al comma 1, venga destinato a una linea progettuale per lo svolgimento di attività di supporto al Piano nazionale della prevenzione medesimo da parte sei network regionali dell’Osservatorio nazionale screening, Evidence-based prevention, Associazione italiana registri Tumori*”:

**VISTA** l’Intesa, ai sensi dell’art.8, comma 6, della legge 5 giugno 2003 n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente il “Documento tecnico di indirizzo per ridurre il burden del cancro – Anni 2014-2018” (Rep. 144/CSR del 30 ottobre 2014);

**VISTA** l’Intesa, ai sensi dell’art.8, comma 6, della legge 5 giugno 2003 n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministero della Salute concernente il “Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018” (Rep. 15/CSR del 13 novembre 2014);

**VISTA** l’Intesa Rep. Atti n. 172/CSR del 4 dicembre 2014 sulla proposta del Ministro della Salute di deliberazione CIPE relativa all’assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate alla realizzazione degli obiettivi del Piano sanitario nazionale per l’anno 2014;

**PRESO** pertanto atto che con l’Accordo del 30 luglio 2015 (Rep. Atti n. 126/CSR), per l’anno 2014 le linee progettuali per l’utilizzo, da parte delle Regioni, delle risorse vincolate ai sensi dell’articolo 1, comma 34 e 34 bis della legge 23 dicembre 1996, n. 662 per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, e i relativi vincoli economici, siano quelle di cui agli **allegati A e B** del sopracitato accordo;

**CONSIDERATO** che, in virtù dell’attuale assetto organizzativo della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria, le linee progettuali da implementare per l’anno 2014 possono essere suddivise tra le Aree come di seguito specificato:

<b>Linee Progettuali Allegato A (Accordo del 30 luglio 2015)</b>	<b>Aree regionali competenti</b>
1 Attività di assistenza primaria	Programmazione dei servizi territoriali
2 Sviluppo dei processi di umanizzazione all’interno dei percorsi assistenziali	Programmazione dei servizi territoriali
3 Cure Palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell’assistenza domiciliare palliativa specialistica	Programmazione dei servizi territoriali; Rete Ospedaliera.
4 Piano nazionale prevenzione e supporto al Piano nazionale prevenzione	Sanità Pubblica, Promozione della Salute, Sicurezza Alimentare e Screening
5 Gestione della cronicità  Modelli avanzati di gestione delle malattie croniche	Programmazione dei servizi territoriali.  Rete Ospedaliera.
6 Reti oncologiche	Rete Ospedaliera.

IL COMMISSARIO AD ACTA  
(delibera del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

**CONSIDERATO** che, con provvedimento dirigenziale n. G18118/2014, si è provveduto ad accertare l'importo di euro 153.510.032,96, per l'anno 2014, sul capitolo di entrata 227104, quale quota del Fondo sanitario nazionale vincolata alla realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale;

**CONSIDERATO** che, con provvedimento dirigenziale n. G18928/2014, si è provveduto ad impegnare l'importo di euro 153.510.032,96, per l'anno 2014, sul capitolo di spesa H11101, quale quota del Fondo sanitario nazionale vincolata alla realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale, ripartita tra le aziende sanitarie e la GSA secondo la tabella seguente:

ASL RM A	10.870.094,17
ASL RM B	16.632.637,69
ASL RM C	13.103.531,92
ASL RM D	12.481.396,82
ASL RM E	11.872.009,26
ASL RM F	6.857.325,59
ASL RM G	10.762.412,10
ASL RM H	11.677.849,25
ASL VT	7.633.737,89
ASL RI	4.366.115,17
ASL LT	12.377.668,27
ASL FR	12.883.205,99
A.O San Camillo Forlanini	3.313.666,37
A.O. San Giovanni	1.115.268,98
A.O. S. Filippo Neri	887.997,88
Policlinico Umberto I	3.929.336,08
I.F.O.	6.943.834,80
INMI (Spallanzani)	2.002.505,66
A.O. S. Andrea	854.961,94
Policlinico Tor Vergata	873.191,21
Ares 118	707.519,46
G.S.A.	1.363.766,46
<b>TOTALE</b>	<b>153.510.032,96</b>

**CONSIDERATO** che la somma impegnata di euro 1.363.766,46 a favore della GSA – impegno n. 45895/2014 - è stata iscritta e accantonata nel bilancio d'esercizio 2014 della GSA;

**CONSIDERATO** che l'impegno a favore della GSA n. 45895/2014 per l'importo di euro 1.363.766,46, assunto con il sopra citato provvedimento n. G18928/2014, è stato in parte riattribuito nel corso del 2015 alle aziende sanitarie secondo il prospetto sotto riportato:

IL COMMISSARIO AD ACTA  
(delibera del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

AZIENDA	TOTALE
ASL RM E	640.681,78
ASL LT	232.787,16
Policlinico Tor Vergata	360.052,56
G.S.A.	130.245,00
<b>TOTALE</b>	<b>1.363.766,46</b>

**RITENUTO** pertanto necessario rimodulare, come di seguito indicato, la somma complessiva di euro **153.510.032,96**, quale quota del Fondo vincolato per l'anno 2014, tenendo conto sia della ripartizione determinata con il citato provvedimento n. G18928/2014 sia della riattribuzione alle aziende sanitarie secondo il prospetto sopra riportato dell'impegno a favore della GSA n. 45895/2014, nonché delle indicazioni elaborate dai referenti delle Aree regionali competenti sulla base della rilevanza sociale e delle peculiarità di ciascuna linea progettuale in relazione all'incidenza della medesima sull'offerta di salute pubblica:

AZIENDA	TOTALE IMPEGNATO CON DET. G18928/2014	RIMODULAZIONE IMPEGNO GSA	TOTALE RIMODULATO
ASL RM A	10.870.094,17	-	10.870.094,17
ASL RM B	16.632.637,69	-	16.632.637,69
ASL RM C	13.103.531,92	-	13.103.531,92
ASL RM D	12.481.396,82	-	12.481.396,82
ASL RM E	11.872.009,26	640.681,74	12.512.691,00
ASL RM F	6.857.325,59	-	6.857.325,59
ASL RM G	10.762.412,10	-	10.762.412,10
ASL RM H	11.677.849,25	-	11.677.849,25
ASL VT	7.633.737,89	-	7.633.737,89
ASL RI	4.366.115,17	-	4.366.115,17
ASL LT	12.377.668,27	232.787,16	12.610.455,43
ASL FR	12.883.205,99	-	12.883.205,99
A.O San Camillo Forlanini	3.313.666,37	-	3.313.666,37
A.O. San Giovanni	1.115.268,98	-	1.115.268,98
A.O. S. Filippo Neri	887.997,88	-	887.997,88
Policlinico Umberto I	3.929.336,08	-	3.929.336,08
I.F.O.	6.943.834,80	-	6.943.834,80
INMI (Spallanzani)	2.002.505,66	-	2.002.505,66
A.O. S. Andrea	854.961,94	-	854.961,94
Policlinico Tor Vergata	873.191,21	360.052,56	1.233.243,77
Ares 118	707.519,46	-	707.519,46
G.S.A.	1.363.766,46	- 1.233.521,46	130.245,00
<b>TOTALE</b>	<b>153.510.032,96</b>	<b>-</b>	<b>153.510.032,96</b>

IL COMMISSARIO AD ACTA  
(delibera del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

**CONSIDERATO** che il presente provvedimento, ai sensi del punto 4 del sopracitato accordo del 30 luglio 2015 (Rep. Atti n. 126/CSR), contiene anche una specifica relazione che illustra i risultati raggiunti, per singolo progetto, nell'anno precedente e degli stati di avanzamento per i progetti pluriennali;

**TENUTO CONTO** della necessità che le aziende rientranti nel perimetro di consolidamento del S.S.R. conseguano un risultato di sostanziale pareggio anche con riferimento ai principi contenuti nella Legge Costituzionale 20 aprile 2012, n. 1 recante "*Introduzione del principio del pareggio di bilancio nella Carta costituzionale*" e la legge n. 243/2012 di attuazione del principio del pareggio di bilancio, con particolare riferimento all'art. 9;

**CONSIDERATO** che le aziende sanitarie richiamate nel presente atto, hanno considerato, ai fini della predisposizione ed adozione del bilancio d'esercizio 2014, della ripartizione determinata con il citato provvedimento n. G18928/2014, quale quota di fondo vincolato per la realizzazione degli Obiettivi di Piano 2014;

**VISTE** le schede predisposte per ciascuna linea progettuale, contenenti, tra l'altro:

- gli obiettivi qualitativi e quantitativi da conseguire;
- i tempi entro i quali tali obiettivi si intendono raggiungibili;
- i costi connessi;
- gli indicatori, preferibilmente numerici, che consentano di misurare la validità dell'intervento proposto;
- la ripartizione della quota per aziende beneficiarie;

**PRESO ATTO** delle schede relative a ciascuna linea progettuale, che costituiscono il Piano regionale di utilizzo delle risorse vincolate anno 2014, allegato al presente provvedimento, che ne costituisce parte integrante e sostanziale (**Allegato 1** – Piano regionale di utilizzo risorse vincolate anno 2014);

**PRESO ATTO** del riepilogo della ripartizione della quota di fondo vincolato per linea progettuale e per azienda beneficiaria, relativo all'anno 2014, riportato nel prospetto di cui all'Allegato 2 del presente provvedimento, che ne costituisce parte integrante e sostanziale (**Allegato 2** – Prospetto riepilogativo riparto fondo anno 2014);

**PRESO ATTO** della relazione illustrativa dei risultati raggiunti, per singolo progetto, nell'anno precedente e degli stati di avanzamento per i progetti pluriennali, allegata al presente provvedimento che ne costituisce parte integrante e sostanziale (**Allegato 3**);

**CONSIDERATO** che, al fine di predisporre la relazione illustrativa dei risultati raggiunti nel corso dell'anno 2014, di cui all'art.1 comma 34 bis della legge 23 dicembre 1996 n. 662, come novellato dall'art. 79, comma 1 quater della legge 6 agosto 2008 n. 133, è necessario acquisire la rendicontazione dei costi sostenuti e la relazione sull'attività svolta nell'anno 2014 da parte delle aziende destinatarie del finanziamento, entro il 31 dicembre 2015;

**PRESO ATTO** che, in conformità a quanto previsto dall'articolo 29 comma e) del D. Lgs. 23 giugno 2011, n.118, le quote assegnate ma non utilizzate dalle Aziende nel corso dell'esercizio 2014, sono accantonate (conto 516030111) in un apposito fondo spese (conto 202030211) per essere rese disponibili negli esercizi successivi di effettivo utilizzo, fermo restando l'obbligo di rendicontazione – da parte dei destinatari del finanziamento – delle somme impiegate negli anni successivi;

IL COMMISSARIO AD ACTA  
(delibera del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

Per le motivazioni esposte in premessa, che integralmente si richiamano,

**DECRETA**

- di recepire l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, rep. atti n. 126/CSR del 30 luglio 2015, con il quale sono state definite, per l'anno 2014, le linee progettuali per l'utilizzo, da parte delle Regioni, delle risorse vincolate, ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34 bis della legge 23 dicembre 1996, n. 662, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2014;
- di approvare il Piano regionale di utilizzo delle risorse vincolate per l'anno 2014, allegato al presente provvedimento, che ne costituisce parte integrante e sostanziale, composto dalle schede relative a ciascuna linea progettuale (**Allegato 1 – Piano regionale di utilizzo delle risorse vincolate per l'anno 2014**);
- di approvare il Prospetto riepilogativo del riparto delle risorse indicato in ciascuna scheda, allegato al presente provvedimento, che ne costituisce parte integrante e sostanziale, relativo al dettaglio del riparto fondi per linea progettuale e per azienda beneficiaria (**Allegato 2 – Prospetti riepilogativo riparto fondo anno 2014**);
- di approvare la relazione illustrativa dei risultati raggiunti, per singolo progetto, nell'anno precedente e degli stati di avanzamento per i progetti pluriennali, allegata al presente provvedimento che ne costituisce parte integrante e sostanziale (**Allegato 3**);
- di stabilire che i soggetti di cui all'Allegato 2 del presente provvedimento, destinatari della quota di fondo vincolato, trasmettano alle Aree regionali competenti così come indicate nell'Allegato 1, la rendicontazione dei costi sostenuti nell'anno 2014 per lo svolgimento delle attività relative alle linee progettuali e la relazione sull'attività svolta nel 2014, entro il 31 dicembre 2015;
- di stabilire, in conformità a quanto previsto dall'articolo 29 comma e) del D. Lgs. 23 giugno 2011, n.118, che le quote assegnate ma non utilizzate dalle Aziende, nel corso dell'esercizio 2014, siano accantonate (conto 516030111) in un apposito fondo spese (conto 202030211) per essere rese disponibili negli esercizi successivi di effettivo utilizzo, fermo restando l'obbligo di rendicontazione, da parte dei destinatari del finanziamento, delle somme impiegate negli anni successivi;

Il presente decreto sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio nonché sul sito web della Regione Lazio all'indirizzo [www.regione.lazio.it](http://www.regione.lazio.it)

**NICOLA ZINGARETTI**

**ALLEGATO 1****PIANO DI UTILIZZO DELLE RISORSE VINCOLATE ANNO 2014**

<b>Linee Progettuali Allegato A (Accordo del 30 luglio 2015)</b>	<b>Aree regionali competenti</b>
1 Attività di assistenza primaria	Programmazione dei servizi territoriali
2 Sviluppo dei processi di umanizzazione all'interno dei percorsi assistenziali	Programmazione dei servizi territoriali
3 Cure Palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica	Programmazione dei servizi territoriali; Rete Ospedaliera.
4 Piano nazionale prevenzione e supporto al Piano nazionale prevenzione	Sanità Pubblica, Promozione della Salute, Sicurezza Alimentare e Screening
5 Gestione della cronicità  Modelli avanzati di gestione delle malattie croniche	Programmazione dei servizi territoriali.  Rete Ospedaliera.
6 Reti oncologiche	Rete Ospedaliera.

**LINEA PROGETTUALE 1. ATTIVITÀ DI ASSISTENZA PRIMARIA****ASSEGNAZIONE DELLE QUOTE VINCOLATE AGLI  
OBIETTIVI DI PIANO SANITARIO NAZIONALE**

SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI

**GENERALITÀ**

REGIONE PROPONENTE	Lazio
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	1 - Attività di assistenza primaria
TITOLO DEL PROGETTO	Sviluppo delle cure primarie
DURATA DEL PROGETTO	2014
REFERENTE	Dott. Valentino Mantini Dott.ssa Barbara Solinas

**ASPETTI FINANZIARI**

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	Euro 27.937.589,97
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2014	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

**IL PROGETTO**

CONTESTO	<p>La varietà e la frammentazione dell'attuale offerta di servizi per il paziente complesso necessita di un intervento di ricomposizione e di un orientamento verso forme di gestione proattiva delle patologie croniche e dei bisogni assistenziali delle persone (medicina e assistenza di iniziativa).</p> <p>A tal fine sono definiti specifici Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PDTA), integrati tra ospedale e territorio, per le principali patologie cronico degenerative e per le condizioni ad elevato impatto sociale quali, ad esempio: BPCO, Scemenso cardiaco, Diabete, TAO.</p> <p>Al fine di realizzare a livello territoriale un'efficace presa in carico delle persone affette da patologia cronica e organizzare una risposta rapida e puntuale ai bisogni assistenziali della popolazione, avendo come riferimento per gli interventi sanitari e sociosanitari il Chronic Care Model, la Regione Lazio intende sviluppare un sistema a rete, come di seguito delineato:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Assistenza primaria e Case della Salute</li> <li>- Salute della donna, della coppia e del bambino</li> </ul>
----------	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Servizi territoriali per le persone non autosufficienti, anche anziane</li> <li>- Servizi territoriali per le persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale</li> <li>- Cure palliative</li> </ul> <p>Per quanto riguarda l'accesso ai servizi, il Punto Unico di Accesso integrato sociosanitario (PUA) rappresenta la funzione di orientamento e di prima presa in carico, così come previsto dalla DGR 315 del 2011. Le modalità per l'integrazione sociosanitaria, a livello delle singole reti, vengono definite nei Piani delle attività territoriali (PAT) e nei Piani di zona (PdZ), a livello distrettuale.</p> <p>Nello specifico, la Regione Lazio intende attivare, presso ciascun distretto, presidi territoriali denominati "Casa della Salute" (CdS) nei quali garantire le funzioni dell'assistenza primaria avanzata (medica ed infermieristica), specialistica, area di sorveglianza temporanea, diagnostica di primo livello e, nelle forme organizzative più complesse, altre funzioni territoriali (area delle cure intermedie a gestione infermieristica, assistenza farmaceutica, punto di primo intervento, ecc.).</p> <p>Oltre all'attivazione delle Case della Salute prioritariamente, nella prima fase, presso le strutture ospedaliere che hanno già avviato percorsi di riconversione in ottemperanza al DCA 80/2010 e s.m.i. (ed in particolare quelle per le quali non è in atto alcun tipo di contenzioso) la Regione prevede anche l'attivazione di Case della Salute presso strutture aziendali diverse da quelle in via di riconversione, allo scopo di garantire una diffusione del modello su tutto il territorio.</p> <p>Nel Lazio sono presenti forme associative della medicina generale e dei pediatri di libera scelta denominate Unità di Cure Primarie (UCP) volte al prolungamento dell'orario ambulatoriale per l'assistenza primaria. Tali forme associative sono state avviate in via sperimentale con DRG n. 693/2004, poi ribadite nell'Accordo Regionale approvato con DGR. 229/2006 e regolamentate nel 2009.</p>
DESCRIZIONE	<p>La CdS, articolazione del Distretto socio-sanitario, è un luogo fisico immediatamente riconoscibile dai cittadini, in grado di erogare un livello di assistenza primaria e intermedia che si colloca e si connette simmetricamente con l'ospedale e con la rete dei servizi sanitari e socio sanitari territoriali. Obiettivo della CdS è la presa in carico del paziente cronico e, in sinergia con la Medicina Generale, la gestione dei casi che necessitano di Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali, anche nell'ottica di ridurre gli accessi impropri al P.S. Nella CdS operano Medici di Medicina Generale (MMG), ed in alcune realtà Pediatri di libera scelta (PLS), medici di continuità assistenziale, medici specialisti (comprese le attività di diagnostica strumentale e di laboratorio), ambulatorio infermieristico, oltre ad altre attività di accoglienza (PUA, CUP ecc.) .</p> <p>Possono essere inoltre previste altre figure professionali, in relazione alle necessità del territorio.</p>

Di seguito si elencano le funzioni previste nelle Case della Salute:

### **FUNZIONI BASE**

#### **Assistenza primaria**

MMG a turnazione

PLS (nelle case della Salute di maggiori dimensioni o dove, comunque, necessario)

Continuità assistenziale

#### **Attività specialistiche**

Cardiologia

Ginecologia

Pneumologia

Diabetologia

Oculistica

ORL

Chirurgia generale

#### **Ambulatorio infermieristico, case management, area sorveglianza temporanea**

#### **Attività di diagnostica di primo livello**

Punto di prelievo

Diagnostica di base

#### **Area pubblica**

Area dell'accoglienza

Sportello CUP

Punto unico di accesso (PUA)

Area del volontariato e della mutualità

### **FUNZIONI AGGIUNTIVE**

Area delle cure intermedie a gestione infermieristica

Centri territoriali per demenze

Centri anti violenza

Assistenza farmaceutica

Attività fisica adattata

Punto di primo intervento (PPI)

Si prevede l'attivazione presso ciascun distretto delle funzioni proprie della Casa della Salute, con varie modulazioni in relazione alle necessità territoriali.

La realizzazione delle Case della Salute sul territorio regionale riguarderà prioritariamente quelle strutture che hanno già avviato percorsi di riconversione.

Per le strutture in corso di riconversione oggetto di contenzioso, l'opportunità e la tempistica di realizzazione delle Case della Salute sarà soggetta a valutazione, tenendo conto dell'accordo con l'Azienda USL e l'Ente Locale interessato, che prevede la rinuncia al

	<p>contenzioso ed un'intesa formale con la Regione.</p> <p>Nei distretti presso i quali non vi sono strutture ospedaliere in riconversione, verrà valutata la fattibilità di avviare Case della salute utilizzando strutture sanitarie presenti (ad esempio poliambulatori) o rese disponibili da altri enti (ad esempio Enti locali).</p> <p>Per quanto riguarda la medicina generale, alle attuali UCP partecipa l'80% dei MMG e il 70% dei PLS del Lazio mediante le seguenti due tipologie organizzative:</p> <p>a) UCP-S (semplici) in cui i MMG sono integrati e collegati in rete per un totale di 321 con 1.825 medici aderenti;</p> <p>b) UCP-C (complesse) in cui i MMG, in gruppo o in rete, organizzati in sede unica o studio di riferimento per un totale di 385 con 1.872 medici aderenti.</p>
<p><b>OBIETTIVI</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Elaborazione di linee guida regionali attuative in merito all'organizzazione della Casa della Salute</li> <li>2) Predisposizione di uno schema di intesa con le ASL finalizzato all'attivazione della Casa della Salute per le strutture in via di riconversione e per le strutture diverse da quelle in riconversione</li> <li>3) Individuazione di indicatori per la valutazione delle attività assistenziali nelle prime Case della Salute attivate</li> <li>4) Attivazione di un tavolo regionale per la sistematizzazione dei PDTA, in particolare quelli relativi alle patologie croniche a più alta incidenza</li> <li>5) Qualificazione/potenziamento delle attività assistenziali territoriali svolte sia nelle strutture oggetto di riconversione che nei restanti servizi distrettuali</li> <li>6) Accordo per la riorganizzazione dell'assistenza territoriale e la medicina di iniziativa propedeutica all'attuazione di quanto previsto dalla legge n.189/2012 sulle nuove forme associative della medicina generale e previste all'art. 3 del predetto accordo ed a cui saranno chiamati a partecipare tutti i medici dell'assistenza primaria (MMG e PLS).</li> </ol>
<p><b>TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)</b></p>	<p>2014</p>
<p><b>INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaborazione e formalizzazione del documento di linee guida regionali attuative in merito all'organizzazione della Casa della Salute</li> <li>- Predisposizione di indicatori per la valutazione delle attività assistenziali nelle prime Case della Salute attivate ed invio alle Aziende USL interessate</li> <li>- Predisposizione di uno schema di intesa con le ASL finalizzato alla realizzazione della Casa della Salute nelle strutture in riconversione e nelle strutture diverse da quelle diverse in riconversione</li> <li>- Attivazione con atto formale di un tavolo regionale per la sistematizzazione dei PDTA</li> <li>- Consolidamento delle funzioni territoriali svolte sia dalle strutture oggetto di riconversione che dai servizi distrettuali</li> </ul>

	- Provvedimenti relativi all'Accordo per la riorganizzazione dell'assistenza territoriale e la medicina di iniziativa.
RISULTATI ATTESI	Consolidamento/potenziamento e riorganizzazione dell'assistenza territoriale anche attraverso l'attivazione di Case della Salute presso i presidi ospedalieri in riconversione ai sensi del DCA 80/2010 e presso strutture diverse da quelle in riconversione. Stipula Accordo con la medicina generale per la riorganizzazione dell'assistenza territoriale e la medicina di iniziativa.

DESTINATARI DEL FINANZIAMENTO E CRITERI DI RIPARTIZIONE
---

Il finanziamento è ripartito tra le Aziende Sanitarie Locali in proporzione alla rispettiva quota territoriale di ripartizione del Fondo SSR.

ASL RM A	2.275.721,57
ASL RM B	3.554.293,90
ASL RM C	2.822.427,87
ASL RM D	2.588.988,31
ASL RM E	2.494.139,35
ASL RM F	1.427.909,63
ASL RM G	2.257.793,65
ASL RM H	2.414.111,37
ASL VT	1.652.040,44
ASL RI	985.291,60
ASL LT	2.601.117,82
ASL FR	2.863.754,46
<b>TOTALE</b>	<b>27.937.589,97</b>

**LINEA PROGETTUALE 2. SVILUPPO DEI PROCESSI DI UMANIZZAZIONE  
ALL'INTERNO DEI PERCORSI ASSISTENZIALI**

<b>ASSEGNAZIONE DELLE QUOTE VINCOLATE AGLI OBIETTIVI DI PIANO SANITARIO NAZIONALE</b>	
SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI	
<b>GENERALITÀ</b>	
REGIONE PROPONENTE	REGIONE LAZIO
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	2. Sviluppo dei processi di umanizzazione all'interno dei percorsi assistenziali
TITOLO DEL PROGETTO	Il malato al centro della cura
DURATA DEL PROGETTO	2014
REFERENTE	Dr Valentino Mantini
<b>ASPETTI FINANZIARI</b>	
COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	Euro 16.678.820,10
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2014	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	
<b>IL PROGETTO</b>	
CONTESTO	L'umanizzazione dell'assistenza rappresenta il tentativo di restituire alle strutture dedicate all'erogazione di prestazioni sanitarie la dignità di luoghi di cura e di assistenza. In particolare, si mira ad armonizzare in maniera sistemica le strategie informative e di accoglienza, con percorsi di cura condivisi e partecipati. Per realizzare quanto stabilito a livello di input di indirizzo anche normativo, ed in linea con i programmi di azione in tema di empowerment, riveste sostanziale rilevanza la capacità dei sistemi di rafforzare le competenze dei cittadini nell'esercitare il diritto alla salute.

DESCRIZIONE	<p>La programmazione della Regione Lazio in tema di umanizzazione mira a rendere partecipata la gestione dei percorsi di prevenzione, cura e riabilitazione attraverso strutturati progetti anche di formazione dei professionisti in tema di continuità dell'assistenza, comunicazione, accessibilità, cura della relazione con il paziente e con il cittadino.</p> <p>I focus privilegiati su cui investire per specifiche aree assistenziali, sono i seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Area critica</li> <li>- Pediatria</li> <li>- Comunicazione</li> <li>- Oncologia</li> <li>- Assistenza domiciliare</li> </ul>
OBIETTIVI	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Supportare il miglioramento di una presa in carico organizzata e coordinata, garantendo la continuità dell'assistenza;</li> <li>• Aumentare il livello di consapevolezza degli operatori riguardo l'importanza degli aspetti relazionali e psicologici dell'assistenza;</li> <li>• Promuovere l'informazione ai cittadini sui servizi che si erogano nelle strutture socio-sanitarie, attraverso strumenti quali la carta dei servizi e i siti web, in linea con le indicazioni regionali;</li> <li>• Diffondere la cultura dell'empowerment, quale strumento per compiere in modo responsabile le scelte che riguardano il proprio stato di salute;</li> <li>• Promuovere gli strumenti per la valutazione partecipata.</li> </ul>
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	2014
COSTI	
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Presenza di progetti di miglioramento della qualità dell'assistenza</li> <li>- Presenza di progetti formativi in tema di comunicazione e accoglienza</li> <li>- Presenza di progetti di comunicazione e informazione partecipata</li> <li>- Presenza di un programma aziendale di valutazione partecipata della qualità dell'assistenza</li> </ul>

**DESTINATARI DEL FINANZIAMENTO**

ASL RM A	1.137.860,78
ASL RM B	1.777.146,95
ASL RM C	1.411.213,94
ASL RM D	1.294.494,16
ASL RM E	1.247.069,68
ASL RM F	713.954,81
ASL RM G	1.128.896,82
ASL RM H	1.207.055,68
ASL VT	826.020,22
ASL RI	492.645,80
ASL LT	1.300.558,91
ASL FR	1.431.877,23
INMI (Spallanzani)	2.002.505,66
Ares 118	707.519,46
<b>TOTALE</b>	<b>16.678.820,10</b>

**LINEA PROGETTUALE 3. CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE. SVILUPPO DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE PALLIATIVA SPECIALISTICA**

<b>ASSEGNAZIONE DELLE QUOTE VINCOLATE AGLI OBIETTIVI DI PIANO SANITARIO NAZIONALE</b>	
SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI	
<b>GENERALITÀ</b>	
REGIONE PROPONENTE	REGIONE LAZIO
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	3 - Cure palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica
TITOLO DEL PROGETTO	Consolidamento delle reti di cure palliative e terapia del dolore, con particolare riferimento alla domiciliarità
DURATA DEL PROGETTO	2014
REFERENTE	Dr. Domenico Di Lallo Dr. Valentino Mantini
<b>ASPETTI FINANZIARI</b>	
COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	Euro 10.853.739,00
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2014	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	
<b>IL PROGETTO</b>	
CONTESTO	<p>La DGR 87 del 2010 individua il modello assistenziale delle cure palliative pediatriche</p> <p>Il DCA 83/2010 ha individuato l'organizzazione in rete che prevede 2 Hub (Policlinico Umberto I e Policlinico Tor vergata) e relativi Spoke (ambulatori territoriali/ospedalieri).</p> <p>Il DCA 84/2010 ha individuato la rete assistenziale delle cure palliative.</p>
DESCRIZIONE	<p>I progetti sono in continuità con quanto già previsto:</p> <p>-Legge 38/2010</p> <p>-Intesa del 25 luglio 2012 in sede di Conferenza per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano</p> <p>-Obiettivi di Piano 2013 -DCA n. U00151/2014</p>
OBIETTIVI	<p><b>A) Dolore cronico</b></p> <p>-Consolidamento delle attività della rete secondo il DCA 83/2010</p>

	<p>presso le strutture sanitarie del Lazio</p> <ul style="list-style-type: none"><li>-Costituzione del Coordinamento regionale per la terapia del dolore secondo le Linee Guida nazionali</li><li>-Sviluppo delle competenze relative al trattamento del dolore nell'ambito dell'assistenza domiciliare</li><li>-Attività di formazione degli operatori della terapia del dolore a cura degli Hub</li><li>-Indagine conoscitiva finalizzata a valutare le caratteristiche degli ambulatori operanti</li></ul> <p><b>B) Cure Palliative</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>-Consolidamento delle attività e funzioni della rete, previste dal DCA 84/2010, presso le strutture sanitarie del Lazio, anche a favore dei pazienti non oncologici, con particolare riferimento alle attività di Assistenza Domiciliare</li><li>-Recepimento Intesa 25 luglio 2012 con DCA U00461 del 15.11.2013 e diffusione presso le Aziende Sanitarie</li><li>-Analisi comparativa dell'offerta regionale di assistenza palliativa domiciliare rispetto ai contenuti dell'Intesa del 25 luglio 2015</li><li>-Continuità con il percorso già avviato relativo l'accreditamento delle strutture hospice che forniscono, come da normativa, l'assistenza domiciliare palliativa (1PL/4AD palliativa)</li><li>-Predisposizione degli adempimenti relativi al Decreto del Ministero della Salute del 6 giugno 2012: "Istituzione del Sistema Informativo per il monitoraggio dell'Assistenza erogata presso gli Hospice"</li><li>-Attivazione della procedura per l'adozione di strumenti di valutazione multidimensionale della SUITE InterRai anche per le cure palliative tramite apposito provvedimento</li><li>-Elaborazione e revisione del Modulo: "Richiesta di attivazione della rete locale cure palliative" per la presa in carico anche dei pazienti non oncologici, da parte di un MMG o di un Medico Ospedaliero</li><li>-Aggiornamento ed integrazione del Coordinamento regionale della rete Assistenziale di Cure Palliative della Regione Lazio, tramite apposito provvedimento che, tra l'altro, prevede la funzione di costruire e organizzare la Rete Locale</li><li>-Procedura per l'individuazione del Centro di Riferimento di Cure</li></ul>
--	--

	<p>Palliative e Terapia del Dolore Pediatrico e relativo Hospice Pediatrico, anche al fine di garantire la continuità assistenziale specialistica con il raccordo funzionale tra le diverse strutture della rete ed integrazione con l'ambito domiciliare</p> <p>-Promozione della presa in carico del paziente e della sua famiglia con continuità terapeutica dalla diagnosi all'assistenza domiciliare e all'assistenza residenziale in Hospice.</p>
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	2014
COSTI	A) Dolore cronico Euro 5.426.869.5 B) Cure Palliative Euro 5.426.869.5
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	<p><b>Dolore cronico:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Costituzione Coordinamento</li> <li>• Indagine conoscitiva dei centri anche in base ai dati di attività</li> <li>• Formazione del personale</li> </ul> <p><b>Cure Palliative</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consolidamento e potenziamento delle attività e funzioni della Rete</li> <li>• Atti e procedimenti per la costruzione della Rete pediatrica e realizzazione del relativo Hospice</li> <li>• Atti per l'adozione degli strumenti di valutazione multidimensionale della SUITE InteRai per le cure palliative</li> <li>• Atti per l'aggiornamento ed integrazione del Coordinamento delle Rete delle Cure Palliative</li> </ul>
RISULTATI ATTESI	<p><b>Dolore cronico</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Potenziamento delle attività assistenziali delle strutture</li> <li>• Realizzazione dell'indagine conoscitiva per l'individuazione delle strutture Spoke</li> </ul> <p><b>Cure Palliative</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consolidamento e potenziamento delle attività e delle funzioni delle reti presso le strutture sanitarie del Lazio, con particolare riferimento all'assistenza domiciliare palliativo-specialistica</li> </ul>

**TOTALE rete dolore cronico Euro 5.426.869,50****Tabella 1**

<b>Riparto HUB</b>	
POLICLINICO UMBERTO I	1.069.283,52
POLICLINICO TOR VERGATA	733.243,77
<b>TOTALE Hub</b>	<b>1.802.527,29</b>

**Tabella 2**

ASL RM A	312.094,86
ASL RM B	450.416,80
ASL RM C	346.469,15
ASL RM D	367.407,83
ASL RM E	337.604,69
ASL RM F	199.783,46
ASL RM G	307.267,51
ASL RM H	346.837,10
ASL VT	198.919,12
ASL RI	98.578,24
ASL LT	351.703,35
ASL FR	307.260,10
<b>TOTALE</b>	<b>3.624.342,21</b>

**TOTALE rete cure palliative Euro 5.426.869,50**

ASL RM A	467.311,85
ASL RM B	674.426,70
ASL RM C	518.781,80
ASL RM D	550.134,13
ASL RM E	505.508,73
ASL RM F	299.143,60
ASL RM G	460.083,68
ASL RM H	519.332,78
ASL VT	297.849,38
ASL RI	147.605,06
ASL LT	526.619,20
ASL FR	460.072,59
<b>TOTALE</b>	<b>5.426.869,50</b>

**LINEA PROGETTUALE 4. PIANO NAZIONALE PREVENZIONE E SUPPORTO AL  
PIANO NAZIONALE PREVENZIONE**

SCHEDA 4.1

**ASSEGNAZIONE DELLE QUOTE VINCOLATE AGLI  
OBIETTIVI DI PIANO SANITARIO NAZIONALE**

SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI

**GENERALITA'**

REGIONE PROPONENTE	LAZIO
DECRETO COMMISSARIO AD ACTA	D.C.A. n. U00017 del 16/01/2015
LINEA PROGETTUALE	Linea 4. Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione
TITOLO DEL PROGETTO	Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018
DURATA DEL PROGETTO	2014
REFERENTE	Dott.ssa Amalia Vitagliano

**ASPETTI FINANZIARI**

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	Euro 25.918.729,00
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2014	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

**IL PROGETTO**

CONTESTO	L'Intesa Stato-Regioni n.156/CSR del 13 novembre 2014 stabilisce che le Regioni recepiscano con apposita Delibera il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2014-2018 disponendo di applicare, nell'elaborazione del proprio Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2014-2018, la visione e i principi del PNP, la preliminare individuazione dei programmi regionali, integrati e trasversali, la definizione degli elementi - contesto, profilo di salute, trend dei fenomeni, continuità con quanto conseguito nel precedente PRP - funzionali ai programmi regionali individuati.
DESCRIZIONE	<p>La Regione Lazio ha recepito la visione, i principi, le priorità e la struttura del Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2014-2018, di cui all'Intesa Stato-Regioni n. 156/CSR del 13/11/2014, individuando i programmi regionali con i quali si intende dare attuazione a tutti i Macro obiettivi del PNP 2014-2018.</p> <p>I programmi regionali individuati dalla Regione Lazio sono i seguenti:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Promozione di stili di vita salutari nella popolazione generale per guadagnare salute nel Lazio</li> <li>2. Prevenzione e controllo delle MCNT a maggior rilevanza quali malattie cardiovascolari, tumori, diabete e conseguenze dei disturbi neurosensoriali congeniti</li> </ol>

	3. Promozione della salute e del benessere nelle scuole 4. Prevenzione degli incidenti domestici e stradali 5. Prevenzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali 6. Ambiente e salute 7. Prevenzione e controllo delle malattie infettive 8. Sicurezza alimentare e Sanità pubblica veterinaria 9. Supporto regionale allo sviluppo del PRP 2014-2018.
OBIETTIVI	Recepimento del Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2014-2018 sulla base delle indicazioni nazionali e definizione dei programmi regionali del PRP 2014-2018
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	In linea con quanto stabilito dall'Intesa Stato-Regioni del 13/11/2014
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	Consolidamento delle attività relative al Piano Regionale della Prevenzione in continuità con quanto svolto nel periodo 2010/2013.
RISULTATI ATTESI	Favorire le attività previste dei Programmi regionali con i quali dare attuazione a tutti i Macro obiettivi del PNP 2014-2018

#### DESTINATARI DEL FINANZIAMENTO E CRITERI DI RIPARTIZIONE

Il finanziamento è ripartito tra le ASL Locali in proporzione alla rispettiva quota territoriale di ripartizione del Fondo SSR e tenendo conto della disponibilità fornita ad implementare la linea progettuale.

ASL RM A	2.161.667,25
ASL RM B	3.103.770,79
ASL RM C	2.395.788,67
ASL RM D	2.538.401,02
ASL RM E	2.940.089,86
ASL RM F	1.396.720,09
ASL RM G	2.128.788,41
ASL RM H	2.398.294,85
ASL VT	1.390.833,10
ASL RI	707.416,55
ASL LT	2.628.220,50
ASL FR	2.128.737,91
<b>TOTALE</b>	<b>25.918.729,00</b>

**LINEA PROGETTUALE 4. PIANO NAZIONALE PREVENZIONE E SUPPORTO AL  
PIANO NAZIONALE PREVENZIONE**

SCHEDA 4.2

<b>ASSEGNAZIONE DELLE QUOTE VINCOLATE AGLI OBIETTIVI DI PIANO SANITARIO NAZIONALE</b>
SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI

**GENERALITA'**

REGIONE PROPONENTE	LAZIO
LINEA PROGETTUALE	Linea N. 4. Piano Nazionale della Prevenzione
TITOLO DEL PROGETTO	Svolgimento di attività di supporto al PRP da parte dell'Associazione Italiana dei Registri Tumori (AIRTUM)
DURATA DEL PROGETTO	2014
REFERENTE	

**ASPETTI FINANZIARI**

<b>COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO</b>	Euro 26.049,00
<b>IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2014</b>	
<b>QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE</b>	

**IL PROGETTO**

<b>CONTESTO</b>	<p>Nel Lazio è attivo da molti anni il Registro Tumori di Latina, storicamente accreditato. Tale registro è stato istituito nel 1982 dall'Osservatorio Epidemiologico della Regione Lazio e i suoi dati rientrano nella banca dati AIRTum. E' obiettivo della Regionale Lazio quello di estendere il registro su tutta la popolazione del Lazio le cui finalità sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ consentire interventi mirati di prevenzione primaria e valutazioni per l'attivazione di campagne specifiche di diagnosi precoce oncologica quali screening oncologici;</li> <li>▪ essere strumento di monitoraggio sull'efficacia dei programmi di screening oncologici, tradizionali e/o sperimentali attivi ed operativi presso le aziende sanitarie locali della Regione;</li> <li>▪ essere strumento di supporto per gli studi epidemiologici finalizzati</li> </ul>
-----------------	---

	<p>all'analisi dell'impatto dell'ambiente sull'incidenza della patologia oncologica, attraverso uno studio integrato matrici ambientali-matrici umane</p> <p>L'istituzione di un Registro regionale tumori è quindi funzionale non solo ad individuare i trattamenti più idonei ed efficaci, ma anche ad individuare interventi di prevenzione primaria, aumentare la sensibilizzazione della popolazione nei confronti delle patologie tumorali.</p>
<b>DESCRIZIONE</b>	<p>I programmi regionali del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2014-2018, includono interventi specifici rivolti alla prevenzione delle patologie tumorali come ad esempio il consolidamento dei programmi organizzati di screening oncologico e la realizzazione di interventi di sensibilizzazione su rischi ambientali come l'eccessiva esposizione a radiazioni UV e all'uso scorretto dei telefoni cellulari.</p> <p>Nell'ambito di questo progetto la Regione intende avvalersi del supporto dell'AIRTUM per quanto riguarda tali attività specifiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- valutazione della qualità dei dati raccolti</li> <li>- monitoraggio e calcolo degli indicatori</li> <li>- gestione e aggiornamento della banca dati nazionale per il benchmarking tra i Registri regionali</li> <li>- attività di formazione</li> <li>- supporto all'implementazione di Registri programmati ma non ancora operanti</li> </ul>
	<p>Tutte le azioni di questo progetto sono finalizzate a favorire la realizzazione e valutazione degli interventi del PRP 2014-2018.</p>
<b>TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)</b>	<p>In linea con quanto stabilito dall'Intesa Stato-Regioni del 13/11/2014</p>
<b>INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)</b>	<p>Consolidamento delle attività relative al Piano Regionale della Prevenzione in continuità con quanto svolto nel periodo 2010/2013.</p>
<b>RISULTATI ATTESI</b>	<p>Favorire le attività previste dei Programmi regionali con i quali dare attuazione a tutti i Macro obiettivi del PNP 2014-2018</p>

<b>DESTINATARIO DEL FINANZIAMENTO: AIRTUM</b>
---

<b>COSTO PREVISTO</b>	Euro 26.049,00
-----------------------	----------------

**LINEA PROGETTUALE 4. PIANO NAZIONALE PREVENZIONE E SUPPORTO AL  
PIANO NAZIONALE PREVENZIONE**

SCHEMA 4.3

<b>ASSEGNAZIONE DELLE QUOTE VINCOLATE AGLI OBIETTIVI DI PIANO SANITARIO NAZIONALE</b>
SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI

**GENERALITA'**

REGIONE PROPONENTE	LAZIO
LINEA PROGETTUALE	Linea N. 4. Piano Nazionale della Prevenzione Obiettivo prioritario: Supporto al PRP
TITOLO DEL PROGETTO	Svolgimento di attività di supporto al PRP da parte del Network Italiano di Evidence-based Prevention –NIEBP
DURATA DEL PROGETTO	2014
REFERENTE	Amalia Vitagliano

**ASPETTI FINANZIARI**

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	Euro 26.049,00
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2014	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

**IL PROGETTO**

CONTESTO	In linea con le indicazioni del Piano Nazionale della Prevenzione di cui all'Intesa Stato-Regioni n. 156/CSR del 13/11/2014, il PRP 2014-2018 include una ristretta cerchia di interventi supportati da prove di efficacia o indicazioni di buone pratiche, che saranno monitorati nel tempo e valutati secondo l'impianto valutativo definito a livello nazionale. In particolare, per ciascun progetto o azione del PRP, la ricerca delle prove di efficacia sarà condotta utilizzando un algoritmo basato sulla consultazione prioritaria del sito NIEBP e della letteratura specifica.
DESCRIZIONE	Come indicato dal Livello Centrale, la valutazione degli interventi è <i>“una componente irrinunciabile del Piano stesso, con la duplice funzione di</i>

	<p><i>misurare l'impatto che esso produce sia nei processi, sia negli esiti di salute, sia nel sistema, a livello centrale, regionale e locale [...]".</i> Per questo motivo, sia nella fase di progettazione del PRP che nella fase di pianificazione delle specifiche azioni, è necessario prevedere lo sviluppo di metodologie dirette alla migliore valutazione dell'efficacia degli interventi previsti nel PRP, favorendo l'utilizzo delle prove di efficacia e di impatto.</p> <p>Nell'ambito di questo progetto la Regione intende avvalersi del supporto del NIEBP per quanto riguarda le attività di supporto alla redazione del Piano Regionale della Prevenzione</p>
<b>OBIETTIVI</b>	Tutte le azioni di questo progetto sono finalizzate a favorire la realizzazione e valutazione degli interventi del PRP 2014-2018.
<b>TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)</b>	In linea con quanto stabilito dall'Intesa Stato-Regioni del 13/11/2014
<b>INDICATORI</b> (di struttura, di processo, di risultato)	Consolidamento delle attività relative al Piano Regionale della Prevenzione in continuità con quanto svolto nel periodo 2010/2013.
<b>RISULTATI ATTESI</b>	Favorire le attività previste dei Programmi regionali con i quali dare attuazione a tutti i Macro obiettivi del PNP 2014-2018

<b>DESTINATARIO DEL FINANZIAMENTO: NIEBP</b>
--

<b>COSTO PREVISTO</b>	Euro 26.049,00
-----------------------	----------------

**LINEA PROGETTUALE 4. PIANO NAZIONALE PREVENZIONE E SUPPORTO AL  
PIANO NAZIONALE PREVENZIONE**

SCHEDA 4.4

<b>ASSEGNAZIONE DELLE QUOTE VINCOLATE AGLI OBIETTIVI DI PIANO SANITARIO NAZIONALE</b>
SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI

**GENERALITA'**

REGIONE PROPONENTE	LAZIO
LINEA PROGETTUALE	Linea N. 4. Piano Nazionale della Prevenzione
TITOLO DEL PROGETTO	Svolgimento di attività di supporto al PRP da parte dell'Osservatorio Nazionale Screening
DURATA DEL PROGETTO	2014
REFERENTE	

**ASPETTI FINANZIARI**

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	Euro 78.147,00 (60% del 5 per mille)
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2014	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

**IL PROGETTO**

CONTESTO	Negli ultimi quindici anni le istituzioni nazionali ed internazionali hanno sostenuto la prevenzione basata sulla diagnosi precoce per i tumori della mammella, della cervice uterina e del colon retto attraverso l'attivazione dei programmi di screening organizzati. La Regione Lazio ha deliberato l'attuazione dello screening per i tumori della mammella e della cervice uterina nel 1997 con DGR n. 4236 e successive integrazioni. L'avvio dello screening del cancro coloretale è avvenuto nel 2002 con DGR n. 1740, attraverso una prima fase di studio di fattibilità. Nel 2011 è stato emanato il modello organizzativo regionale dei programmi di screening per il tumore del colon retto adottato dalle ASL. I programmi di screening sono Livelli Essenziali di Assistenza e come tali devono essere garantiti a tutta la popolazione bersaglio.
----------	---

	<p>Per essere efficaci i programmi di screening devono raggiungere l'intera popolazione nelle specifiche fasce di età e garantire un' adeguata partecipazione al test di screening (o copertura test). Nonostante i programmi di screening nel Lazio siano attivi da tempo, non tutte le ASL raggiungono risultati soddisfacenti in termini di estensione dell'invito e di adesione al test. Al fine di raggiungere gli standard nazionali in termini di erogazione dei LEA, a maggio è stato emanato un decreto regionale (DCA 191/2015) che rivede l'assetto dei programmi di screening oncologici della Regione Lazio e reingegnerizza l'offerta dei test di prevenzione . Nell'ambito del PRP la regione Lazio ha sviluppato due progetti riguardanti rispettivamente il consolidamento dei programmi di screening e la reingegnerizzazione dello screening del tumore della cervice uterina le cui azioni hanno come obiettivi da un lato quello di aumentare la copertura degli screening oncologici dall'altro quello di adeguare i modelli operativi e i protocolli di screening secondo le più recenti direttive nazionali e basate su evidenze scientifiche.</p>
DESCRIZIONE	<p>Fondamentale per la crescita della qualità dei percorsi organizzati oltre al continuo monitoraggio degli indicatori di processo che viene fatto in ambito regionale, è il confronto fatto in ambito nazionale dei i risultati raggiunti dalle altre regioni.</p> <p>Il Ministero della Salute con un Decreto del 25 novembre 2004 (articolo 2 bis della legge 138 del 2004) individua l'Osservatorio Nazionale Screening come strumento tecnico a supporto sia delle Regioni, per l'attuazione dei programmi di screening, che del ministero, per la definizione delle modalità operative, il monitoraggio e la valutazione dei programmi.</p> <p>Nell'ambito di questo progetto la Regione intende avvalersi del supporto dell'ONS per quanto riguarda tali attività specifiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– valutazione dei programmi di screening (mammella, cervice uterina e colon retto) e benchmarking con i risultati delle altre regioni ;</li> <li>– attività di formazione (retraining degli operatori impegnati nei programmi di screening)</li> <li>– miglioramento della qualità dell'informazione, della comunicazione e della rendicontazione dei risultati.</li> </ul>

<b>OBIETTIVI</b>	Tutte le azioni di questo progetto sono finalizzate al miglioramento dei programmi di screening e quindi al miglioramento della erogazione di un Livello Essenziale di Assistenza.
<b>TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)</b>	In linea con quanto stabilito dall'Intesa Stato-Regioni del 13/11/2014
<b>INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)</b>	Consolidamento delle attività relative al Piano Regionale della Prevenzione in continuità con quanto svolto nel periodo 2010/2013.
<b>RISULTATI ATTESI</b>	Favorire le attività previste dei Programmi regionali con i quali dare attuazione a tutti i Macro obiettivi del PNP 2014-2018

DESTINATARIO DEL FINANZIAMENTO: ONS
-------------------------------------

<b>COSTO PREVISTO</b>	Euro 78.146.90
-----------------------	----------------

**LINEA PROGETTUALE 5. GESTIONE DELLA CRONICITÀ****ASSEGNAZIONE DELLE QUOTE VINCOLATE AGLI  
OBIETTIVI DI PIANO SANITARIO NAZIONALE**

SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI

**GENERALITÀ**

REGIONE PROPONENTE	LAZIO
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	5 – Gestione della cronicità
TITOLO DEL PROGETTO	Presenza in carico territoriale delle persone con patologie croniche, anche rare
DURATA DEL PROGETTO	2014
REFERENTE	Dott. Valentino Mantini Dott. Domenico Di Lallo

**ASPETTI FINANZIARI**

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	Euro 39.179.652,77
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2014	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

**IL PROGETTO**

CONTESTO	<p>Coerentemente con i contenuti della linea progettuale definiti per l'anno 2013, si confermano gli obiettivi relativi al potenziamento della rete dei servizi per la non autosufficienza, alla riqualificazione della rete dei servizi per la disabilità e all'implementazione di strumenti utili a sostenere il processo di qualificazione dell'assistenza erogata dai servizi territoriali nell'ambito della integrazione sociosanitaria.</p> <p>All'interno della cronicità si individua una linea di attività specifica per le <b>Malattie rare</b>.</p> <p>Le malattie rare sono patologie potenzialmente letali o cronicamente debilitanti, caratterizzate da bassa prevalenza ed elevato grado di complessità. Il Working Group on Rare Diseases – istituito dalla Comunità Europea, nel programma d'azione comunitaria sulle malattie rare, adottato nel periodo 1999-2003 concernente anche le malattie genetiche, definisce malattie rare quelle che presentano una prevalenza uguale o inferiore a 5 casi ogni 10.000 persone nella Unione Europea.</p> <p>Secondo le stime esistono attualmente tra 5000 e 8000 malattie rare, che colpiscono tra il 6 % e l'8 % della popolazione nel corso della vita. Anche se le singole malattie rare siano caratterizzate da una bassa prevalenza, il numero totale di persone colpite da malattie rare nell'UE si colloca tra 27 e 36 milioni.</p> <p>In Italia, le malattie rare sono state indicate tra le priorità di sanità</p>
----------	--

	<p>pubblica a partire dal Piano Sanitario Nazionale 1998-2000. Successivamente, con il Decreto Ministeriale n.279 del 18 maggio 2001, “Regolamento di istituzione della Rete nazionale delle malattie rare e di esenzione dalla partecipazione al costo delle relative prestazioni sanitarie”, è stata istituita la Rete Nazionale per la prevenzione, la sorveglianza, la diagnosi e la terapia delle malattie rare” e introdotto l’esenzione dalla partecipazione al costo delle relative prestazioni sanitarie, per un primo gruppo di malattie rare.</p> <p>La Regione Lazio a seguito delle indicazioni contenute nel Decreto Ministeriale n. 279 del 18 maggio 2001, la Regione Lazio con alcuni provvedimenti deliberativi della Giunta regionale (DGR n.381/02 e successive) e con il DCA n.57/10 ha avviato il processo di riconoscimento della rete di Centri e Presidi per le malattie rare. Complessivamente, ad oggi sono riconosciuti 19 Istituti per un totale di 75 Centri/Presidi (C/P).</p> <p>L’Accordo Stato-Regioni del 10 maggio 2007 ha sancito l’attivazione dei registri regionali entro il 31 marzo 2008. L’attività del Registro è coordinata dalla Direzione Salute e Integrazione socio-sanitaria della Regione Lazio.</p> <p>Attualmente la rete per la presa in carico del soggetto affetto da malattia rara e della sua famiglia, si presenta eterogenea e non ancora in grado di assicurare uniformità e qualità di cura su tutto il territorio regionale.</p> <p>In un insieme così complesso e numeroso di malattie rare, realizzare una rete assistenziale in grado di garantire una reale presa in carico della persona ed integrata con i servizi territoriali (cure primarie) e ospedalieri (cure specialistiche e riabilitative), è un compito che richiede la disponibilità di elevate competenze cliniche ed adeguate risorse organizzative e strutturali.</p>
DESCRIZIONE	<p>Il progetto prevede i seguenti ambiti di attività:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) Sviluppo dell’approccio alla patologia cronica, secondo il modello Chronic Care Model (CCM), con particolare riferimento ai Sistemi Informativi;</li> <li>(2) Valutazione Multidimensionale (VMD) e Piano di Assistenza Individuale (PAI)/Progetto Riabilitativo Individuale (PRI);</li> <li>(3) Sviluppo dei Flussi Informativi.</li> </ol> <p>Si prevede:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ consolidamento delle attività delle Unità di Valutazione Multidimensionali Distrettuali inerenti la Valutazione rivolta alle persone non autosufficienti, anche anziane e alle persone con disabilità (adulti e minori) ai sensi del DCA 431/2012;</li> <li>▪ adozione degli strumenti di valutazione multidimensionale per l’area della non autosufficienza e per le cure palliative;</li> <li>▪ adozione della scheda S.Va.M.Di quale strumento di valutazione multidimensionale delle persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale;</li> <li>▪ consolidamento/potenziamento dell’attività di assistenza domiciliare, finalizzata alla gestione dei PAI per le persone non autosufficienti, anche anziane;</li> <li>▪ rafforzamento delle attività di assistenza, residenziale e</li> </ul>

	<p>semiresidenziale a persone non autosufficienti, anche anziane;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ riqualificazione dell'assistenza territoriale rivolta alle persone con disabilità.</li> </ul> <p>Per i Flussi informativi si prevede:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ l'attuazione di interventi finalizzati al miglioramento della qualità delle informazioni notificate al Sistema Informativo delle Residenze Sanitarie Assistenziali (SIRA);</li> <li>▪ l'attuazione di interventi finalizzati al miglioramento della completezza e della qualità delle informazioni registrate nell'ambito del Sistema Informativo dell'Assistenza Domiciliare (SIAD)</li> <li>▪ realizzazione del prototipo del Sistema Informativo Assistenza Territoriale (SIAT)</li> </ul> <p><b>Linea “Malattie rare”</b></p> <p>L'implementazione di una rete assistenziale integrata per le persone affette da malattie rare con elevato grado di complessità, richiede interventi multipli e costanti, realizzati in un contesto di continuità delle cure tra ospedale e territorio.</p> <p>In quest'ambito si prevede di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promuovere lo sviluppo dei Piani Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) per singole o gruppi di malattie rare a maggiore prevalenza e/o complessità e monitoraggio dei PDTA implementati;</li> <li>• Promuovere “Piani Assistenziali Individuali” (PAI) per la persona affetta e per la famiglia. Gli specialisti dei Centri riconosciuti dovranno realizzare il PAI attraverso l'analisi dei bisogni individuali, basandosi sulla diagnosi clinica e funzionale delle abilità/caratteristiche del paziente e delle risorse individuali e della famiglia;</li> <li>• Incentivare i collegamenti tra i centri/presidi e le Associazioni dei Pazienti e delle Famiglie;</li> <li>• Recepire, con provvedimento regionale, un sistema di classificazione delle malattie rare finalizzato alla programmazione della rete assistenziale;</li> <li>• Avviare, in collaborazione con gli Istituti, il processo di riorganizzazione della rete assistenziale;</li> <li>• Mantenimento del programma di inserimento dati “Malattie Rare Lazio”.</li> </ul>
--	--

<p>OBIETTIVI</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Consolidamento/potenziamento delle attività dei PUA;</li> <li>2) Potenziamento della funzione di VMD;</li> <li>3) Adozione degli strumenti di valutazione multidimensionale per l'area della non autosufficienza e per le cure palliative</li> <li>4) Adozione della scheda S.Va.M.Di quale strumento di valutazione multidimensionale delle persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale;</li> <li>5) Consolidamento/potenziamento dell'assistenza domiciliare per le persone non autosufficienti;</li> <li>6) Rafforzamento delle attività di assistenza residenziale e semiresidenziale a persone non autosufficienti, anche anziane;</li> <li>7) Riqualificazione dell'assistenza territoriale rivolta alle persone con disabilità;</li> <li>8) Miglioramento della completezza e della qualità delle informazioni dei Sistemi informativi SIRA e SIAD;</li> <li>9) Realizzazione del prototipo del Sistema Informativo Assistenza Territoriale (SIAT).</li> </ol> <p><b>Linea Malattie rare - Obiettivi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ridefinire la rete assistenziale regionale per le malattie rare sviluppando un sistema uniforme su tutto il territorio che garantisca la continuità assistenziale e un'adeguata transizione dall'età pediatrica a quella adulta;</li> <li>• implementare i PDTA su singole o gruppi di malattie rare;</li> <li>• diffondere raccomandazioni relative ai percorsi diagnostico, ivi compresi i test genetici, terapeutici e riabilitativi individuati;</li> <li>• monitorare l'applicazione dei percorsi individuati;</li> <li>• scambiare informazioni fra i centri/presidi per la standardizzazione delle prassi diagnostiche/terapeutiche/riabilitative</li> <li>• attivare contatti informativi e formativi per la condivisione e confronto con le figure assistenziali territoriali o specialistiche sulla base del piano assistenziale individuale (PAI)</li> <li>• monitorare e valutare il funzionamento della rete e la diffusione e la applicazione dei PDTA;</li> <li>• descrivere le caratteristiche delle persone in carico ai C/P e valutarne l'impatto sui servizi sanitari.</li> <li>• promuovere incontri con le Associazione dei Familiari di persone con MR;</li> <li>• consolidare le attività assistenziali per le persone affette da Malattie rare.</li> </ul>
<p>TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)</p>	<p>2014</p>
<p>INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- numero di operatori impegnati nei PUA</li> <li>- sperimentazione del prototipo del Sistema Informativo Assistenza Territoriale (SIAT)</li> <li>- adozione degli strumenti di valutazione multidimensionale per l'area della non autosufficienza e per le cure palliative</li> <li>- adozione della scheda S.Va.M.Di quale strumento di valutazione</li> </ul>

	<p>multidimensionale delle persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- numero di soggetti assistiti a domicilio dalle ASL;</li> <li>- numero di soggetti assistiti in strutture residenziali e semiresidenziali per persone non autosufficienti, anche anziane;</li> <li>- completezza dei dati raccolti dal SIAD;</li> <li>- differenza media, in giornate, tra la data di registrazione delle informazioni contenute nella scheda RUG, da parte delle strutture RSA, e la data di convalida/valutazione, della scheda stessa, effettuata da parte del CAD di riferimento.</li> </ul> <p><b>Linea Malattie rare – Indicatori</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• numero di percorsi diagnostico terapeutici elaborati e diffusi;</li> <li>• numero di persone che hanno ricevuto un Piano Assistenziale Individuale;</li> <li>• numero di incontri con le Associazioni dei Familiari;</li> <li>• numero di corsi di formazione;</li> <li>• produzione del rapporto di monitoraggio annuale dei casi notificati nel registro Malattie Rare Lazio.</li> </ul>
RISULTATI ATTESI	<p>Garanzia della presa in carico sociosanitaria della persona non autosufficiente e della persona disabile nell'ambito della rete dei servizi distrettuali, secondo criteri di appropriatezza ed equità.</p> <p>Implementazione di strumenti organizzativo-gestionali finalizzati al miglioramento della qualità dell'assistenza alla persona non autosufficiente e alla persona con disabilità.</p> <p>Consolidamento della rete dei servizi territoriali per la non autosufficienza.</p> <p><b>Linea Malattie rare</b></p> <p>I risultati del progetto potranno rappresentare la base per la identificazione e la organizzazione dei percorsi diagnostico terapeutici che potranno essere presi a modello anche per altre malattie.</p> <p>L'implementazione di una rete assistenziale efficiente permetterà di garantire standard organizzativi di qualità ed omogenei per ciascun Istituto partecipante alla rete e di facilitare l'accesso ai servizi, sia nella fase di approfondimento diagnostico che in quella della presa in carico.</p> <p>Si potranno inoltre individuare degli indicatori che permetteranno di valutare il grado di ottimizzazione della gestione delle Strutture dedicate alla malattie rare, anche in previsione di una espansione della domanda di prestazioni e contribuire alla individuazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) per la gestione delle malattie rare.</p>

<b>DESTINATARI DEL FINANZIAMENTO E CRITERI DI RIPARTIZIONE</b>
--

Il finanziamento è ripartito tra le Aziende Sanitarie Locali in proporzione alla rispettiva quota territoriale di ripartizione del Fondo SSR.

<b>AZIENDA</b>	<b>IMPORTO</b>
ASL RM A	2.808.646,69
ASL RM B	4.406.862,12
ASL RM C	3.492.029,58
ASL RM D	3.200.230,13
ASL RM E	3.117.674,19
ASL RM F	1.748.881,78
ASL RM G	2.786.236,80
ASL RM H	2.981.633,95
ASL VITERBO	2.029.045,29
ASL RIETI	1.195.609,23
ASL LATINA	3.251.397,28
ASL FROSINONE	3.543.687,86
<b>TOTALE</b>	<b>34.561.934,90</b>

**Tabella Malattie rare**

<b>AZIENDA</b>	<b>IMPORTO</b>
AO S. Camillo Forlanini	1.813.666,37
AO S. Filippo Neri	443.998,94
Policlinico Umberto I	1.860.052,56
IFO	250.000,00
Policlinico Tor Vergata	250.000,00
<b>TOTALE</b>	<b>4.617.717,87</b>

**LINEA PROGETTUALE 6. RETI ONCOLOGICHE****ASSEGNAZIONE DELLE QUOTE VINCOLATE AGLI  
OBIETTIVI DI PIANO SANITARIO NAZIONALE**

SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI

**GENERALITÀ**

REGIONE PROPONENTE	REGIONE LAZIO
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	6 – Reti oncologiche
TITOLO DEL PROGETTO	Costituzione di reti oncologiche regionali
DURATA DEL PROGETTO	2014
REFERENTE	Dott. Domenico Di Lallo

**ASPETTI  
FINANZIARI**

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	Euro 32.811.257,12
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2014	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

**IL PROGETTO**

CONTESTO	<p>I tumori in Italia rappresentano la seconda causa di morte (30% di tutti i decessi), dopo le malattie cardiovascolari. La rete oncologica del Lazio per i tumori solidi è stata programmata con il DCA n. U00059/2010.</p> <p>Tuttavia, nonostante alcuni progressi, sono ancora presenti importanti criticità nell'assistenza con conseguente insufficiente garanzia di presa in carico del paziente.</p> <p>Fra le principali criticità si evidenzia: la carente integrazione fra le strutture ospedaliere e territoriali operanti in campo oncologico; l'attività assistenziale frammentata e con duplicazioni; i lunghi tempi di attesa del percorso anche in ambito ambulatoriale; la presenza di numerose Unità chirurgiche con volume di interventi chirurgici al di sotto delle soglie di qualità stabilite.</p> <p>In linea con le indicazioni relative al "Piano oncologico nazionale", si ritiene necessario lo sviluppo di reti oncologiche che garantiscano la piena realizzazione dell'approccio multidisciplinare alla malattia oncologica e l'accessibilità alle cure.</p>
DESCRIZIONE	Il progetto prevede:

	<p>-Promozione di attività di rete per la presa in carico del paziente con patologia neoplastica, con particolare riferimento a: tumore della mammella, del polmone, del colon-retto e prostata (si ricorda, comunque, che il DCA 59/2010 riguarda anche neoplasie di ovaio, utero, pelle e tumori pediatrici);</p> <p>-ricognizione/caratterizzazione delle strutture operanti in campo oncologico e della relativa attività;</p> <p>- costituzione di uno specifico gruppo regionale di lavoro sull'oncologia presso la Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria;</p> <p>- elaborazione di documenti di indirizzo sulle modalità organizzative ed assistenziali della rete, sviluppati per specifiche neoplasie e con il coinvolgimento dei diversi attori coinvolti nella gestione.</p>
<b>OBIETTIVI</b>	<p>Monitorare il funzionamento della rete oncologica regionale.</p> <p>Qualificare le attività assistenziali per l'oncologia.</p> <p>Rimodulare la rete oncologica, a partire da specifiche patologie neoplastiche secondo le indicazioni del "Piano oncologico nazionale".</p>
<b>TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)</b>	2014
<b>INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Volumi di attività rete oncologica.</li> <li>- Istituzione di un Gruppo regionale per l'oncologia.</li> <li>- Produzione di elaborati relativi alla rimodulazione della rete oncologica.</li> <li>- Caratterizzazione delle strutture dedicate all'assistenza per specifiche neoplasie.</li> </ul>
<b>RISULTATI ATTESI</b>	<p>Miglioramento delle attività e delle funzioni della rete oncologica regionale.</p> <p>Individuazione di specifiche reti, per particolari patologie oncologiche.</p>

## DESTINATARI DEL FINANZIAMENTO

ASL RM A	1.706.791,17
ASL RM B	2.665.720,43
ASL RM C	2.116.820,91
ASL RM D	1.941.741,24
ASL RM E	1.870.604,50
ASL RM F	1.070.932,22
ASL RM G	1.693.345,23
ASL RM H	1.810.583,52
ASL VT	1.239.030,34
ASL RI	738.968,69
ASL LT	1.950.838,37
ASL FR	2.147.815,84
A.O. San Camillo Forlanini	1.500.000,00
A.O. S. Giovanni	1.115.268,98
A.O. S. Filippo Neri	443.998,94
Policlinico Umberto I	1.000.000,00
I.F.O.	6.693.834,80
A.O. S. Andrea	854.961,94
Policlinico Tor Vergata	250.000,00
<b>TOTALE</b>	<b>32.811.257,12</b>

PROSPETTO RIEPILOGATIVO RIPARTO FONDO 2014 - ALLEGATO 2										
Azienda/linea progettuale	1	2	3	4	5	6	Sommatoria schede	Determina ripartizione	Riattribuzione impegno GSA	Ripartizione con riattribuzione impegno GSA
	Attività di assistenza primaria	Sviluppo dei processi di umanizzazione all'interno dei percorsi assistenziali	Cure Palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica	Piano nazionale supporto al Piano nazionale prevenzione	Gestione della cronicità Modelli avanzati di gestione delle malattie croniche	Reti oncologiche				
Linea progettuale	1	2	3	4	5	6				
ASL RM A	2.275.721,57	1.137.860,78	779.406,71	2.161.667,25	2.808.646,69	1.706.791,17	10.870.094,17	10.870.094,17	-	10.870.094,17
ASL RM B	3.554.293,90	1.777.146,95	1.124.843,50	3.103.770,79	4.406.862,12	2.665.720,43	16.632.637,69	16.632.637,69	-	16.632.637,69
ASL RM C	2.822.427,87	1.411.213,94	865.250,95	2.395.788,67	3.492.029,58	2.116.820,91	13.103.531,92	13.103.531,92	-	13.103.531,92
ASL RM D	2.588.988,31	1.294.494,16	917.541,96	2.538.401,02	3.200.230,13	1.941.741,24	12.481.396,82	12.481.396,82	-	12.481.396,82
ASL RM E	2.494.139,35	1.247.069,68	843.113,42	2.940.089,86	3.117.674,19	1.870.604,50	12.512.691,00	11.872.009,26	640.681,74	12.512.691,00
ASL RM F	1.427.909,63	713.954,81	498.927,06	1.396.720,09	1.748.881,78	1.070.932,22	6.857.325,59	6.857.325,59	-	6.857.325,59
ASL RM G	2.257.793,65	1.128.896,82	767.351,19	2.128.788,41	2.786.236,80	1.693.345,23	10.762.412,10	10.762.412,10	-	10.762.412,10
ASL RM H	2.414.111,37	1.207.055,68	866.169,88	2.398.294,85	2.981.633,95	1.810.583,52	11.677.849,25	11.677.849,25	-	11.677.849,25
ASL VT	1.652.040,44	826.020,22	496.768,50	1.390.833,10	2.029.045,29	1.239.030,34	7.633.737,89	7.633.737,89	-	7.633.737,89
ASL RI	985.291,60	492.645,80	246.183,30	707.416,55	1.195.609,23	738.968,69	4.366.115,17	4.366.115,17	-	4.366.115,17
ASL LT	2.601.117,82	1.300.558,91	878.322,55	2.628.220,50	3.251.397,28	1.950.838,37	12.610.455,43	12.377.668,27	232.787,16	12.610.455,43
ASL FR	2.863.754,46	1.431.877,23	767.332,69	2.128.737,91	3.543.687,86	2.147.815,84	12.883.205,99	12.883.205,99	-	12.883.205,99
A.O. San Camillo Forlanini					1.813.666,37	1.500.000,00	3.313.666,37	3.313.666,37	-	3.313.666,37
A.O. S. Giovanni					443.998,94	1.115.268,98	1.115.268,98	1.115.268,98	-	1.115.268,98
A.O. S. Filippo Neri					443.998,94	887.997,88	887.997,88	887.997,88	-	887.997,88
Policlinico Umberto I		1.069.283,52			1.860.052,56	1.000.000,00	3.929.336,08	3.929.336,08	-	3.929.336,08
I.F.O.					250.000,00	6.693.834,80	6.943.834,80	6.943.834,80	-	6.943.834,80
INMI (Spallanzani)		2.002.505,66					2.002.505,66	2.002.505,66	-	2.002.505,66
A.O. S. Andrea					250.000,00	854.961,94	854.961,94	854.961,94	-	854.961,94
Policlinico Tor Vergata			733.243,77		250.000,00	250.000,00	1.233.243,77	873.191,21	360.052,56	1.233.243,77
Ares 118		707.519,46					707.519,46	707.519,46	-	707.519,46
G.S.A.				130.245,00			130.245,00	1.363.766,46	-	130.245,00
<b>TOTALE</b>	<b>27.937.589,97</b>	<b>16.678.820,10</b>	<b>10.853.739,00</b>	<b>26.048.974,00</b>	<b>39.179.652,77</b>	<b>32.811.257,12</b>	<b>153.510.032,96</b>	<b>153.510.032,96</b>	<b>-</b>	<b>153.510.032,96</b>

## **ALLEGATO 3**

### **RELAZIONI ILLUSTRATIVE DEI RISULTATI RAGGIUNTI LINEE PROGETTUALI ANNO 2013**

#### **OBIETTIVI DI PIANO 2013 – Linea 1.1**

PROGETTO - Miglioramento della rete Assistenziale - Continuità delle cure in un Sistema Integrato: Modelli Organizzativi 118 - Centrale d'Ascolto CA.

Relazione dell'ARES 118 trasmessa alla Regione Lazio con nota prot. n. 0009347 del 17 dicembre 2014.

#### **PREMESSA**

La Centrale di Continuità Assistenziale di Roma e Provincia è attiva in orario notturno ed in orario diurno nei soli giorni pre- festivi e festivi, rispondendo alle richieste di carattere sanitario dei cittadini che non rivestono carattere di Emergenza- Urgenza.

Pertanto dopo valutazione il sanitario addetto al triage può decidere di:

- Inviare a domicilio i medici di Continuità Assistenziale del territorio per visita domiciliare
- Inviare una ambulanza ove risulti una situazione di Emergenza - Urgenza
- Fornire Consulenza telefonica per supporto assistenziale;

Il 98 % delle richieste viene gestito tramite Continuità Assistenziale evitando il ricovero ospedaliero.

Le visite domiciliari costituiscono il 30%

Circa il 70% delle richieste viene evaso tramite consulenza telefonica su un volume di attività di circa 250.000 chiamate/anno

In particolare risulta nel corso dei turni, prefestivi e festivi, un elevato numero di richieste per situazioni di bassa intensità clinica, che non richiedono intervento medico domiciliare, quali le situazioni di sindrome febbrile in lavoratori turnisti che necessitano di certificazione medica per giustificare dell'assenza. Tale attività in base alle statistiche degli anni precedenti costituisce circa il 50% della attività totale.

Tali richieste, in particolare nelle ore di inizio turno o giornate pre-festive o festive risultano essere nettamente numericamente maggioritari rispetto ad altre situazioni di maggior impegno clinico, con possibile ritardo nella risposta per situazioni di maggior necessità.

La massiccia presenza di richieste a bassa intensità provoca un sovraffollamento delle richieste con possibilità di non accoglienza delle richieste da parte della struttura tecnologica (Centralino Risponditore) e quindi difficoltà o coda in accesso per i pazienti che si rivolgono alla Centrale di Continuità Assistenziale.

Il presente progetto si propone di attivare un sottosistema dedicato al fine di gestire tali tipologie di richieste.

Obiettivo primario - "Sviluppare un percorso organizzativo integrato tra la Centrale 118 e la Centrale d'Ascolto della Continuità Assistenziale e territorio nell'ambito del territorio metropolitano della Città di Roma per sviluppare un sotto percorso per pazienti a lieve necessità clinico assistenziale".

#### DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA' SVOLTE

Nell'ambito del presente progetto si è attivato un sotto-sistema autonomo con strutture tecnologiche e personale dedicato, ove sono state spuntate le richieste di bassa intensità, che necessitavano di visita medica per motivi medico legali, quali quelli legati alla attività lavorativa c/o richieste che si configuravano al triage come richieste di consulenza telefonica.

Tale sottosistema è stato attivato nelle ore di maggior richiesta da parte dell'utenza per tale attività, ovvero

- nei giorni festivi in orario 10.00 – 20.00
- nei giorni festivi in orario 08.00 – 20.00
- tutti i giorni in orario 20.00 - 22.00

Il sotto-sistema è stato predisposto in un ambiente separato della Centrale, servito da un apposito Centralino telefonico dedicato, cui erano addette n.4 unità di personale Medico a convenzione, un operatore telefonico per la trasmissione delle richieste ed un infermiere professionale di supporto oltre un Dirigente Medico nelle ore pre - festive e festive di maggior attività.

Il sistema dopo un periodo di sperimentazione gestionale è divenuto pienamente operativo a partire dal 1 Aprile 2013.

Dall'analisi dei volumi di attività è risultato che nel corso del 2013 sono state gestite 242.289 richieste di cui 169.000 consulenze telefoniche e 73.208 interventi. Degli interventi 9224 erano relativi a richieste di visita per certificazione medica, mentre circa 1/3 delle consulenze si configura come un supporto sanitario (consigli sulle modalità di assunzione dei farmaci, orari delle farmacie ecc..)

## RISULTATI RIPORTATI

L'attivazione del sistema ha consentito di migliorare la fruibilità delle risorse sanitarie esistenti, attraverso un facile e rapido accesso a tutti gli utenti. Si è evidenziata una netta diminuzione delle chiamate perse per coda piena (- 80%) e delle situazioni di riaggancio dell'utente in attesa (-50%).

E' inoltre migliorata l'attività del medici che hanno potuto meglio gestire le situazioni di particolare impegno.

## **OBIETTIVI DI PIANO 2013 – LINEA PROGETTUALE 1.2**

Interventi per il riassetto organizzativo e strutturale della rete dei servizi di assistenza ospedaliera e territoriale – Farmacia dei servizi

Le farmacie, distribuite su tutto il territorio regionale e presenti anche in aree con scarsa offerta dei servizi, possono essere integrate nella rete territoriale dell'offerta sanitaria per fornire servizi di prossimità ai cittadini.

Nella Regione Lazio sono state messe in rete tutte le farmacie del territorio per poter fornire servizi di prenotazioni analisi e visite specialistiche al fine di valorizzare il ruolo della farmacia di comunità nell'ambito di quanto previsto dal decreto del Ministero della salute 11 dicembre 2012 pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 67 del 20 marzo 2013.

E' stato implementato su tutte le ASL del territorio un sistema di monitoraggio on-line con il supporto dei diabetologi regionali nell'individuare le caratteristiche del tipo di diabete e relativa appropriatezza d'uso del materiale di autocontrollo glicemico che definisca anche i fabbisogni emergenti dovuti all'incidenza della patologia. L'erogazione e il monitoraggio dell'appropriatezza coinvolge tutte le farmacie di comunità della Regione sempre nell'ambito del sopracitato decreto del Ministero della salute 11 dicembre 2012 pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 67 del 20 marzo 2013.

Sono stati attivati su tutto il territorio regionale piani terapeutici on-line su farmaci alto spendenti ed ad elevato rischio di inappropriatazza, erogati presso le farmacie di comunità. Infine, le farmacie nell'ambito della farmacia dei servizi collaborano al monitoraggio dell'appropriatezza anche nella verifica dell'aderenza d'uso.

## **OBIETTIVI DI PIANO 2013 – Linea progettuale 2 – Modelli avanzati di gestione delle malattie croniche**

Il Progetto prevedeva lo sviluppo di un sistema a rete, volto a realizzare la presa in carico a livello territoriale delle persone affette da patologia cronica ed a organizzare una risposta efficace ai bisogni assistenziali della popolazione, in coerenza con il Chronic Care Model.

In particolare, la Regione Lazio ha previsto di attivare, presso ciascun distretto, presidi territoriali denominati “Casa della Salute” (CdS), in cui sviluppare le funzioni dell’assistenza primaria avanzata (medica ed infermieristica), specialistica, area di sorveglianza temporanea, diagnostica di primo livello e, nelle forme organizzative più complesse, altre funzioni territoriali (area delle cure intermedie a gestione infermieristica, assistenza farmaceutica, ecc.).

E’ stata programmata l’attivazione di Case della Salute prioritariamente, nella prima fase, presso le strutture ospedaliere che avessero già avviato percorsi di riconversione in ottemperanza al DCA 80/2010 e s.m.i., in primo luogo quelle per cui non fosse in atto alcun tipo di contenzioso.

Nella Regione Lazio si è ravvisata la necessità di elaborare linee guida regionali relative all’organizzazione della Casa della Salute. A tal fine è stato istituito un uno specifico Gruppo di Lavoro denominato “*Casa della Salute - Modello organizzativo*”, per elaborare un documento tecnico a supporto delle Aziende USL contenente indicazioni ed elementi utili relativamente allo sviluppo di modelli innovativi per l’erogazione delle cure primarie (modello Casa della Salute), soffermandosi anche sulle modalità di integrazione di queste con i servizi specialistici, quelli ospedalieri, di sanità pubblica, distrettuali e sociali, con l’ulteriore scopo di contribuire alla riconfigurazione dell’offerta, già in atto, derivante dalla riconversione delle piccole strutture ospedaliere, anche tramite lo sviluppo di forme avanzate di assistenza primaria.

Il suddetto gruppo di lavoro – composto da rappresentanti della Direzione Salute e Integrazione socio sanitaria e delle strutture sanitarie della Regione Lazio, ha collaborato alla stesura delle “*Raccomandazioni per la stesura degli Atti aziendali di cui al D.C.A. n.206 del 2013, relativamente all’organizzazione delle Case della salute*”, approvato con Decreto del Commissario ad Acta n. U00428 del 4.10.2013.

Ha inoltre elaborato un questionario per la rilevazione di dati relativi al processo di riconversione di strutture ospedaliere in presidi territoriali, che è stato inviato con nota regionale prot. 162758 del 2.9.2013 alle Aziende USL che presentavano strutture in riconversione ai sensi del DCA 80/2011 e s.m.i.

Con Determinazione n. G01440 del 4.11.2013 è stato confermato lo specifico Gruppo di Lavoro denominato “*Casa della Salute - Modello organizzativo*”, con il mandato di supportare gli Uffici regionali nelle attività relative allo sviluppo operativo delle Case della Salute nonché al monitoraggio delle funzioni assistenziali previste.

Con nota regionale prot. 157868/GR/11/23 del 11.12.2013 è stato comunicato alle Aree regionali interessate che nell’ambito del Comitato Regionale della medicina di base durante la riunione del 27 novembre 2013 è stata proposta l’istituzione di Gruppi di Lavoro volti all’approfondimento di alcune tematiche individuate, tra cui quello “*Case della Salute – liste di attesa – Presa in carico*”.

Il documento relativo al Percorso attuativo delle Case della Salute, nonché all’approvazione dello Schema di Intesa per l’attivazione delle Case della Salute ed ai requisiti minimi delle suddette strutture, elaborato anche nell’ambito del Gruppo di lavoro di cui alla Determinazione G01440/2013, è stato pertanto condiviso nei primi mesi del 2014 in riunioni con le OO.SS. dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta e successivamente approvato con il Decreto del Commissario ad Acta n. U00040 del 14.2.2014

"Approvazione dei documenti relativi al Percorso attuativo, allo Schema di Intesa ed ai Requisiti minimi della "Casa della Salute".

A livello di Aziende Sanitarie sono stati sviluppati e implementati numerosi PDTA locali, di seguito riportati:

- PDTA Ictus
- PDTA Scopenso cardiaco
- PDTA Ulcere da pressione
- PDTA Terapia anticoagulante
- PDTA carcinoma colon retto
- PDTA Tromboembolismo venoso acuto del paziente ospedalizzato
- PDTA in Pronto soccorso del paziente con dolore toracico
- PDTA in ambito riabilitativo
- Organizzazione e Procedure Attivita' Vaccinali in Ambito Consultoriale
- PDTA per la gestione dei pazienti affetti da neoplasie dell'apparato respiratorio e del torace
- Procedura per la continuit  assistenziale cure domiciliari – ospedale
- PDTA della persona con Diabete
- PDTA paziente diabetico in DEA
- PDTA Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva - BPCO
- PDT Senologia
- Carcinoma mammella – Breast Unit
- PDT Vasculopatie
- PDTA Emergenza cardiologica
- PDTA Trauma grave e neuro trauma
- PDTA Sclerosi Laterale Amiotrofica - SLA (Unit  area critica ambulatoriale Malattie Motoneurone – Centro SLA; Unit  area critica respiratoria – SLA)
- PDTA Unit  Diagnosi e Trattamento Malattie Emorragiche Congenite – MEC
- PDTA Unit  Diagnosi e Trattamento Sclerosi Sistemica (Scleroderma Unit)
- PDTA Unit  Tecnologiche cliniche per la sordit  e riabilitazione dei disturbi dell'equilibrio
- PDT per pazienti con Disturbi Comportamentali Alimentari
- Disturbi transitori di coscienza in DEA

- Protocollo per paziente affetto da artropatia emofilica e sottoposto a chirurgia ortopedica

**OBIETTIVI DI PIANO 2013 – Linea progettuale 3 – Implementazione del Piano di indirizzo per la riabilitazione di cui all'Accordo Stato Regioni del 10 febbraio 2011.**

Il Progetto prevedeva, quale obiettivo dell'Area, specifiche azioni nell'ambito della riabilitazione territoriale.

In particolare, nella Regione Lazio le Aziende Usl, in linea con il decreto commissariale n. 431/2012 *“La valutazione multidimensionale per le persone non autosufficienti, anche anziane e per le persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale: dimensioni e sottodimensioni. Elementi minimi di organizzazione e di attività dell'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale nella Regione Lazio”* hanno provveduto all'istituzione delle Unità di Valutazione Multidimensionali Distrettuali.

Ciò ha consentito la verifica della corrispondenza tra i bisogni riabilitativi della persona con disabilità fisica psichica e sensoriale e la tipologia di trattamento maggiormente appropriata; il processo valutativo ha consentito, inoltre, la qualificazione delle attività riabilitative e socio-riabilitative territoriali.

Per uniformare il processo valutativo, la Regione ha individuato, quale strumento di valutazione multidimensionale da adottare sul territorio regionale per l'accesso alla residenzialità, semiresidenzialità e domiciliarità, la Scheda di Valutazione Multidimensionale delle persone con disabilità (S.Va.M.Di.) prodotta dalla regione Veneto, nella versione di cui alla DGR n. 2960 del 28.12.2012, basata sui principi della Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF), anche in considerazione degli orientamenti nazionali relativamente all'utilizzo di detta Classificazione.

A tal fine ha avviato i contatti con la stessa Regione Veneto per ottenere il nulla osta all'utilizzo della scheda in argomento nonché del relativo algoritmo.

Nel corso dell'anno 2013, il flusso informativo dedicato all'assistenza riabilitativa territoriale ha continuato ad essere alimentato dai soggetti erogatori; tuttavia, la Regione nell'ottica del nuovo assetto organizzativo dell'assistenza riabilitativa territoriale, e soprattutto considerato lo stretto rapporto che lega la valutazione multidimensionale alle successive fasi di sviluppo e attuazione del Progetto Riabilitativo Individuale, ha avviato un ripensamento del suddetto flusso informativo [Sistema informativo per l'assistenza riabilitativa (SIAR)], in un'ottica non più solo di rendicontazione delle prestazioni diagnostico-terapeutiche, ma soprattutto di ausilio alla gestione clinico-riabilitativa del paziente.

Le Aziende USL nel corso dell'anno 2013 hanno garantito le attività di assistenza riabilitativa a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale, attraverso specifiche strutture presenti sul territorio regionale la cui offerta risulta attualmente così graduata: regime residenziale/semiresidenziale trattamento estensivo e socio-riabilitativo, trattamenti non residenziali (ambulatoriale e domiciliare).

**OBIETTIVI DI PIANO 2013 – Linea progettuale 4 - La promozione di modelli organizzativi e assistenziali dei pazienti in stato vegetativo e di minima coscienza****Progetto: “I percorsi di cura extraospedalieri per i pazienti in SV e SMC – Percorsi di assistenza domiciliare”.**

Nella Regione Lazio si è ravvisata la necessità di consolidare percorsi assistenziali per la presa in carico dei pazienti in stato vegetativo e definire modalità atte ad accogliere persone che, dopo aver terminato il periodo di ospedalizzazione per la fase di acuzie, e successivamente al risveglio, presentino condizioni di limitata o nulla autonomia a causa del persistere di deficit cognitivi, neurolinguistici e motori.

Si è individuato un modello a rete al fine di assistere preferibilmente a domicilio le persone in stato vegetativo, o in alternativa in strutture a carattere non esclusivamente sanitario, per favorire il recupero e/o il mantenimento delle residue capacità fisiche di questi pazienti, evitando, per quanto possibile, il loro ulteriore decadimento, curando e rispettando l'umanizzazione dell'assistenza e la salvaguardia della dignità della persona, ed offrire un valido e concreto sostegno socio-assistenziale alle famiglie.

La Regione Lazio con Decreto del Commissario ad Acta n. U00076 del 08/03/2013 ha provveduto alla rivalutazione dell'offerta assistenziale residenziale e semiresidenziale a persone non autosufficienti, anche anziane ai sensi del Decreto commissariale n. U00039/2012.

Si è proceduto a consolidare le modalità di presa in carico domiciliare dei soggetti in stato vegetativo (SV) e stato di minima coscienza (SMC) attraverso la qualificazione della funzione di Valutazione Multidimensionale (UVM) e la stesura di PAI che prevedono il sostegno ai care-givers, e il raccordo con gli enti locali coinvolti, in una logica di integrazione.

Con riferimento all'assistenza diretta ai pazienti in stato vegetativo e di minima coscienza la Azienda USL Roma B, in collaborazione con Roma Capitale e l'Associazione Risveglio, ha realizzato un progetto “Casa Iride” finalizzato ad accogliere fino a 7 persone in stato vegetativo cronico, e con l'obiettivo di garantire l'assistenza sanitaria e socio-sanitaria secondo principi di equità, solidarietà integrazione sociale e sanitaria, appropriatezza ed efficienza.

In particolare:

- l'Azienda USL Roma B garantisce l'assistenza domiciliare individuale attraverso figure sanitarie e sociosanitarie quali MMG (attraverso l'Associazione Comete) Medici del servizio CAD, specialisti infermieri, fisioterapisti, operatori sociosanitari;
- Roma Capitale fornisce le figure integrative ed i servizi necessari, gestisce inoltre la struttura in termini di manutenzione e di servizi;
- l'Associazione Risveglio contribuisce garantendo la presenza di volontari, di un Assistente Sociale e di altre figure professionali nonché di un neurologo di certificata esperienza.

Pertanto l'azione sinergica di diverse istituzioni, in una logica di coabitazione solidale, permette un netto recupero economico rispetto all'erogazione di assistenza da parte dell'ente locale e della ASL ai singoli ospiti, se domiciliati singolarmente nelle proprie abitazioni.

Inoltre, nel corso del 2013 si è avviata a conclusione la fase sperimentale del progetto concernente la realizzazione di un “Centro Diurno Sperimentale per soggetti con gravi cerebrolesioni acquisite” attuato dall’Azienda USL ROMA/E, Istituto Leonardo Vaccari, Associazione Risveglio, Fondazione ROBORIS.

La struttura operativa presso il complesso Santa Maria della Pietà, con un offerta di 25 posti, eroga prestazioni riabilitative in regime semiresidenziale a persone con esiti di cerebrolesione acquisita.

Con nota prot. n. 39516 del 03/10/2013 l’azienda USL ROMA/E, considerata la conclusione del progetto sperimentale ed al fine di garantire continuità alle attività del Centro Adelphi , chiedeva l’acquisizione in gestione diretta del Centro.

In riscontro la Regione Lazio, con nota prot. n.130631 del 29/11/2013 nell’ambito di una riorganizzazione e riqualificazione delle attività territoriali assistenziali, esprimeva parere favorevole a tale richiesta in quanto il suddetto Centro è in grado di assicurare un percorso riabilitativo semiresidenziale a favore di pazienti dell’intero territorio regionale.

**OBIETTIVI DI PIANO 2013 – Linea progettuale 5 – Assistenza agli anziani in condizioni di fragilità e non autosufficienza**

Il Progetto prevedeva il consolidamento e potenziamento delle attività dei PUA, dell'assistenza domiciliare per le persone non autosufficienti, il potenziamento della funzione di VMD e delle attività di assistenza residenziale e semiresidenziale a persone non autosufficienti, anche anziane; vi si incardinavano altresì il miglioramento della completezza e della qualità delle informazioni dei Sistemi informativi SIRA e SIAD e la realizzazione del prototipo del Sistema Informativo Assistenza Territoriale (SIAT), con particolare riferimento alla funzione PUA.

Nell'anno 2103 risultano attivi 40 PUA, oltre a 7 PUA in fase di implementazione (parzialmente attivi), su 54 Distretti.

Con riferimento al percorso regionale del Punto Unico di Accesso, ed in coerenza con le Linee di Indirizzo, approvate con la Deliberazione 315/2011, il 17.7.2013 è stata inviata alle Aziende USL una scheda di monitoraggio volta alla rilevazione delle modalità organizzative dei Punti Unici di Accesso, allo scopo di acquisire elementi utili ai fini della individuazione delle criticità ed al miglioramento dei servizi.

Le AASSLL nel corso del 2013 hanno garantito le attività di assistenza domiciliare residenziale e semiresidenziale a favore della popolazione anziana fragile e non autosufficiente.

In riferimento all'ADI, sono state complessivamente seguite circa 30.000 persone, pari al 2,6% degli ultrasessantacinquenni.

Per quanto riguarda la residenzialità, nell'anno 2013 risultano attivi 6.363 posti.

## **OBIETTIVI DI PIANO 2013 – Linea progettuale 6 – Contrasto alle Diseguaglianze in Sanità**

La Linea Progettuale 6 aveva come obiettivo la realizzazione di attività e interventi volti al Contrasto delle Diseguaglianze in Sanità.

In tale ambito, è stato realizzato un unico sistema informativo regionale sull'assistenza sanitaria di primo livello agli immigrati STP/ENI. Tale sistema prevede di fornire informazioni agli organi decisionali, in maniera da prendere le giuste decisioni per offrire un miglior servizio sanitario e di soddisfare i flussi informativi della Regione Lazio, in base a quanto previsto dal comma 9 dell'articolo 50 della Legge 326/2003.

In particolare, il sistema informativo regionale prevede:

- La registrazione in un unico archivio regionale di tutti i soggetti STP/ENI che vogliono usufruire di cure di primo livello
- L'attribuzione di un codice STP/ENI univoco e rilascio/rinnovo di un tesserino regionale che permetta la gestione di tutti i dati socio/sanitari previsti dal progetto OSI, al fine di registrare tutti gli accessi agli ambulatori
- La memorizzazione, in maniera anonimizzata, di tutti gli accessi agli ambulatori
- La revisione della scheda clinico-epidemiologica e del sistema OSI (Sistema informativo sanitario sull'assistenza di 1° livello agli immigrati)
- La gestione della scheda OSI di nuove informazioni da rilevare
- La realizzazione di funzioni di monitoraggio e verifica degli eventi relativi a tutti i dati memorizzati nel sistema centralizzato.

È stato inoltre implementato un intervento di tempestivo 'triage sociale' rivolto a pazienti in condizioni di fragilità e vulnerabilità in fase di ricovero ospedaliero. Hanno partecipato all'implementazione 18 strutture ospedaliere che, complessivamente, hanno selezionato 72 reparti ospedalieri per un totale di circa 1.430 posti letto.

Per il raggiungimento dell'obiettivo, sono state realizzate le seguenti attività:

- Costituzione di un gruppo di lavoro multidisciplinare
- Raccolta bibliografica e successiva analisi dei lavori presenti in letteratura relativi alle tematiche di interesse
- Programmazione e svolgimento di una formazione rivolta ai gruppi di lavoro aziendali
- Replica della formazione nelle varie strutture partecipanti al progetto al fine di rendere il personale in grado di utilizzare adeguatamente e sistematicamente lo strumento valutativo adottato, con le modalità funzionali alla idonea gestione dei casi
- Avvio della somministrazione della scheda di Triage Sociale presso i reparti selezionati
- Raccolta, inserimento e verifica qualitativa dei dati relativi alle Schede di Triage sociale compilate
- Attività di monitoraggio (rilevazione degli indicatori di processo e di risultato), supervisione e supporto della sperimentazione in ciascuna struttura coinvolta, attraverso il coordinamento e le visite costanti di due assistenti sociali appositamente

formate e componenti dell'unità capofila.

Sono stati inoltre attivati interventi di prevenzione, assistenza e cura rivolti a persone immigrate, senza fissa dimora e gruppi di popolazione svantaggiati.

In tale ambito, è stata realizzata una mappatura dei centri di accoglienza presenti nel territorio delle ASL (compresi edifici occupati e insediamenti atipici), e, in seguito, definito e sperimentato un modello di Unità Mobile di supporto (equipe interdisciplinare e interculturale), per interventi su strada rivolti a persone senza fissa dimora, e presso i centri di accoglienza. Le attività previste dell'Unità Mobile sono: supporto agli operatori, consulenze cliniche e sociali anche a domicilio, attività di (in)formazione, ricerca e sensibilizzazione. L'Equipe è composta da: medici, psichiatri, psicologi, infermieri, assistenti sociali, mediatori linguistico-culturali con esperienza specifica nel settore.

È stata sviluppata e implementata una rete sociosanitaria per la prevenzione, la diagnosi e la presa in carico dei pazienti con tubercolosi, che ha definito un modello clinico-organizzativo per il controllo della tubercolosi con particolare riferimento alle popolazioni fragili e immigrate. Tale modello può rappresentare il punto di partenza per lo sviluppo di un programma organico di controllo della TBC nel Lazio. Punti di forza del progetto sono stati l'identificazione di una metodologia d'intervento e di un modello organizzativo di rete, la stesura di procedure condivise, la definizione di flussi informativi e di schede per il miglioramento delle attività di sorveglianza.

È stata realizzata la mappatura degli insediamenti rom, ufficiali e spontanei, che insistono sui territori delle ASL, e, in seguito, sono stati attivati programmi di prevenzione nei campi (tra cui campagne di vaccinazione per i bambini).

Sono stati attivati ambulatori per STP per rendere fruibile l'accesso ai servizi sanitari, allo stato attuale condizionato da barriere burocratiche, organizzative, socio-culturali ed economiche, che di fatto limitano l'erogazione delle prestazioni sanitarie.

Sono stati implementate attività di mediazione culturale nei servizi per accompagnare e sostenere la relazione tra immigrati, gruppi di minoranza etnica e i vari contesti di cura e di assistenza, favorendo la rimozione delle barriere linguistico - culturali, la conoscenza e la valorizzazione delle culture d'appartenenza, nonché l'accesso ai servizi e alla qualità delle cure per tutti, inserendo nel contempo questi utenti nel circuito ordinario dell'utilizzo dei servizi.

**OBIETTIVI DI PIANO 2013 – Linea progettuale 7 – Cure Palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa.**

Area Programmazione dei Servizi territoriali e delle attività distrettuali e dell'integrazione socio sanitaria e umanizzazione.

Il Progetto in continuità con le attività previste nell'anno precedente, prevedeva, da parte dell'Area Programmazione dei Servizi territoriali e delle attività distrettuali e dell'integrazione socio sanitaria e umanizzazione, specifici obiettivi:

- Consolidamento delle attività e funzioni della rete, previste con la DGR 87/2010 che individua il modello assistenziale delle cure palliative pediatriche, il DCA 84/2010 che istituisce la Rete assistenziale delle cure palliative nel Lazio
- Recepimento formale Intesa 25 luglio 2012 e diffusione presso le strutture sanitarie del territorio
- Collaborazione per la Campagna di Comunicazione Ministero-Regioni Legge 38/2010, promossa dal Ministero della Salute sulle Cure palliative e terapia del dolore
- Divulgazione presso le strutture sanitarie del Lazio del materiale editoriale alle campagne di comunicazione locali
- Predisposizione dati per la pubblicazione sul sito del Ministero della tabella informativa contenente l'elenco e le informazioni di riferimento degli Hospice e dei Centri di terapia del dolore con i relativi Spoke di 1° e 2° livello
- Adempimenti relativi al decreto del Ministero della Salute del 6 giugno 2012 "Istituzione del Sistema Informativo per il monitoraggio dell'Assistenza erogata presso gli Hospice" predisposizione della raccolta dati relativi all'anagrafica, dimissioni e presa in carico relativi agli hospice e trasmissione degli stessi per il tramite delle Aziende sanitarie che insistono sul territorio di rispettiva competenza. Predisposizione del prototipo di piattaforma del Sistema Informativo Assistenza Territoriale (SIAT) al fine dell'inserimento del sistema informativo Hospice
- Promozione della presa in carico del paziente e della sua famiglia con continuità terapeutica dalla diagnosi all'assistenza domiciliare specialistica e all'assistenza residenziale in Hospice
- Svolgimento delle procedure per l'individuazione del Centro di Riferimento di Cure Palliative e Terapia del Dolore Pediatrico e relativo Hospice pediatrico

Per il raggiungimento degli obiettivi, sono state realizzate specifiche azioni nell'ambito della rete delle cure palliative:

Con il DCA U00461 del 15 novembre 2013 è stata recepita l'Intesa sancita in sede di Conferenza Stato Regioni nella seduta del 25 luglio 2012, che approva il "Documento sui 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." Rep. n. 151/CSR del 25 luglio 2012 e diffuso il provvedimento presso le strutture sanitarie del territorio.

La Regione Lazio ha provveduto alla divulgazione del materiale editoriale presso le strutture sanitarie della campagna di comunicazione e sensibilizzazione sulle cure palliative e terapia del dolore 2013, promossa dal Ministero, nonché ha fornito l'elenco degli hospice e relativi dati da pubblicare sul sito del Ministero.

La Regione Lazio ha avviato la procedura per la predisposizione del prototipo di piattaforma del Sistema Informativo Assistenza Territoriale (SIAT) al fine dell'inserimento del Sistema Informativo hospice per adempiere alle disposizioni del Decreto del Ministero della Salute del 6 giugno 2012 "Istituzione del Sistema Informativo per il monitoraggio dell'Assistenza erogata presso gli Hospice".

Le aziende sanitarie sono state coinvolte al fine della raccolta dati, prodotti dai rispettivi hospice insistenti il proprio territorio.

In riferimento al volume di attività, riportato nel questionario LEA per l'anno 2013, relativamente la rete delle cure palliative si rappresenta che:

- il numero di malati deceduti a causa di tumore assistiti dalla rete di cure palliative a domicilio e/o in hospice sul numero di malati deceduti per malattia oncologica sono stati 9684/16165
- il numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per malati deceduti a causa di tumore sono stati 288379

La Regione Lazio ha svolto le procedure per l'individuazione del Centro di Riferimento di Cure Palliative e Terapia del Dolore Pediatrico e realizzazione del relativo Hospice pediatrico.

Le ASSLL, nell'ambito del monitoraggio delle attività inerenti gli Obiettivi di Piano 2013, hanno prevalentemente relazionato sulle attività svolte nel 2013 sia per l'assistenza residenziale presso gli hospice sia per le prestazioni erogate in assistenza domiciliare palliativa, nonché per i pazienti affetti da malattie non oncologiche.

Inoltre, alcune aziende hanno promosso la valutazione dell'idoneità all'accesso alle cure palliative, domiciliari o residenziali, già affidata all'equipe integrata Hospice, implementata con l'attivazione della UVMD (equipe multiprofessionale e multidisciplinare di tipo funzionale, in relazione allo specifico bisogno della persona da valutare, con il coinvolgimento del MMG), anche al fine di predisporre un PAI.

OBIETTIVI DI PIANO 2013 – Linea progettuale 7 – Cure Palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa

Area Programmazione della Rete Ospedaliera e Ricerca

Il Progetto Dolore cronico non oncologico, in continuità con le attività previste nell'anno precedente, prevedeva, quale obiettivo dell'Area Programmazione della Rete Ospedaliera e Ricerca, specifiche azioni nell'ambito della terapia del dolore cronico non oncologico:

- consolidamento delle attività e funzioni della rete secondo il DPCA 83/2010 presso le strutture sanitarie del Lazio;
- recepimento formale Intesa 25 luglio 2012 e diffusione presso le strutture sanitarie del territorio;
- collaborazione per la Campagna di Comunicazione Ministero-Regioni Legge 38/2010, promossa dal Ministero della Salute sulle Cure palliative e terapia del dolore;
- divulgazione presso le strutture sanitarie del Lazio del materiale editoriale utile alle campagne di comunicazione locali;
- sviluppo delle competenze relative al trattamento del dolore nell'ambito dell'assistenza domiciliare;
- predisposizione dati per la pubblicazione sul sito del Ministero della tabella informativa contenente l'elenco e le informazioni di riferimento degli Hospice e dei Centri di terapia del dolore con i relativi Spoke di 1° e 2° livello.

A livello delle ASL, sono stati elaborati svariati progetti ed effettuati numerosi incontri a livello aziendale volti a costruire la rete assistenziale tra gli attori coinvolti: Comitati Ospedale-Territorio senza dolore, Centri *Hub*, Centri *Spokes* e Medici di Medicina Generale (MMG), ciò al fine di costituire una rete di professionisti in grado di comunicare tra loro e di gestire il problema in modo condiviso per rispondere in maniera appropriata ai bisogni di salute dei cittadini nonché a favorire la conoscenza del diritto "a non soffrire". In particolare:

- Sono stati costituiti Comitati Ospedale -Territorio senza dolore formati da rappresentanti ospedalieri e del territorio, ivi compresi i rappresentanti dei MMG e le associazioni di volontariato;
- Sono stati organizzati incontri da parte dei referenti aziendali del progetto con gli attori della rete;
- Sono stati elaborati e attuati progetti formativi rivolti ai MMG ed elaborati documenti/brochure per rendere efficace la comunicazione tra MMG e strutture della rete;
- Sono stati realizzati eventi rivolti agli attori della rete e alle associazioni di volontariato con comunicazione dei risultati;
- In alcune strutture è stata intensificata l'attività di terapia antalgica;
- E' stata creata un'attività di collaborazione tra le strutture *Spoke* e gli *Hub* di riferimento per permettere la gestione in continuità assistenziale di pazienti particolarmente complessi;
- In altre strutture della rete sono stati elaborati e implementati appositi protocolli di trattamento del dolore acuto postoperatorio e sono stati programmati i corsi aziendali per medici ed operatori sanitari di varie specialità finalizzati alla condivisione dei protocolli stessi.
- Sono stati effettuati incontri con i MMG per concordare percorsi interni per pazienti affetti da dolore cronico non oncologico difficile;
- Sono stati potenziati ambulatori di terapia antalgica;

- Sono stati attivati percorsi di valutazione e trattamento del dolore post-operatorio e consulenza del dolore post-operatorio, di management del dolore cronico non oncologico, in particolare riguardo nuovi antidepressivi nel dolore neuropatico.

Presso i due *Hub* della Rete è operativa la Commissione Ospedale-Territorio senza dolore.

## Obiettivi di piano 2013 - Linea Progettuale 8

### Sviluppo dei processi di umanizzazione all'interno dei percorsi assistenziali - Rispetto per l'individuo: l'umanizzazione come processo di miglioramento nell'assistenza sanitaria del Lazio

In linea con quanto definito nel DCA n° U00151 del 08.05.2014 e rettificato dal DCA U00460/2015, per la linea progettuale sul tema dell'umanizzazione sono state realizzate iniziative ed interventi formativi finalizzati a:

- garantire l'incremento del livello di consapevolezza degli operatori riguardo l'importanza degli aspetti relazionali e psicologici dell'assistenza;
- diffondere in maniera omogenea buone pratiche;
- promuovere processi di cambiamento organizzativo orientati al miglioramento dell'accessibilità fisica e del comfort dei luoghi di cura;
- promuovere iniziative rivolte sia ai professionisti delle strutture sanitarie sia ai care giver in tema di comunicazione e informazione partecipata.

Nelle strutture del SSR si è operato nel tentativo di definire Percorsi Terapeutici Diagnostico-Assistenziali (PDTA) che garantissero un approccio per percorsi assistenziali multidisciplinari e multiprofessionali attraverso l'implementazione di interventi partecipati.

Con l'obiettivo, inoltre, di creare le premesse per governare con modalità organizzate e multisettoriali la presa in carico del cittadino/paziente sono state attivate azioni di valutazione partecipata della qualità dell'assistenza.

Le azioni intraprese a livello di sistema sono state concretizzate a livello aziendale in progetti differenti per area assistenziale e livello organizzativo, ma globalmente in linea con l'obiettivo di sviluppo dell'umanizzazione.

Sulla base di quanto rendicontato sono stati realizzati progetti relativi a 6 tematiche schematizzabili come segue:

Tematiche affrontate	Argomenti
1. Progetti di informazione e comunicazione	Internet per informativa rivolta ai cittadini ed alle istituzioni; Intranet per le comunicazioni rivolte al personale ed ai servizi aziendali; Cartaceo attraverso locandine e depliant; Attività progettuale in tema di cambiamento organizzativo con predisposizione di materiali sull'offerta di servizi;
2. Carta dei Servizi	Realizzazione della Carta dei Diritti delle Persone detenute; Predisposizione Regolamento Tavolo Permanente Misto di partecipazione

	(rappresentativo delle associazioni di malati)
3. Progetto di ricerca “La valutazione della qualità delle strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino” promossa dall’AGENAS	Progetto regionale avente l’obiettivo di realizzare una valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero.
4. Umanizzazione e cittadini stranieri	Rispetto delle specificità etniche e culturali: procedura per il rilascio del codice STP; Agevolazione della delle cure: attivazione di procedure operative
5. Rilevazione del grado di umanizzazione nei percorsi assistenziali	Rilevazioni con coinvolgimento di rappresentanti di cittadini nel processo di valutazione (indagine mediante questionario); Implementazione dei percorsi di umanizzazione delle cure attraverso la realizzazione dell’Audit Civico in collaborazione con Cittadinanzattiva Lazio Onlus.
6. Formazione	Promozione di iniziative di formazione e informazione rivolte ai professionisti delle strutture sanitarie e ai caregiver Moduli formativi su: comunicazione clinica, empowerment individuale

**OBIETTIVI DI PIANO 2013 *Linea progettuale 9******Interventi per l'implementazione della Rete per le Malattie Rare e per la promozione di rete nazionale per i tumori rari.***

Le malattie e tumori rari rappresentano un gruppo di malattie numerosi ed eterogeneo sia nell'eziopatogenesi sia nella sintomatologia. Sono patologie potenzialmente letali o a rischio elevato di disabilità cronica, caratterizzate da bassa prevalenza ed elevato grado di complessità.

Il progetto, finalizzato soprattutto a qualificare ed uniformare il percorso assistenziale delle Malattie Rare, in continuità con le attività realizzate nell'anno 2012, ha previsto interventi atti a creare una efficiente rete di collaborazione tra ospedale e territorio.

In questo contesto, nel corso del 2013 le strutture, riconosciute per la diagnosi e trattamento delle malattie rare coinvolte nel progetto (IFO, Policlinico Umberto I, Policlinico Tor Vergata, A.O. San Camillo Forlanini, ASL Roma C e ASL Roma E) hanno proseguito l'attività di sviluppo e implementazione dei Piani Diagnostici Terapeutici Assistenziali di più gruppi di malattie/tumori rari.

Accanto ai PDTA, gli Ospedali ed i servizi territoriali hanno collaborato per migliorare la continuità assistenziale tra il Centro responsabile del Piano Terapeutico, le strutture socio-sanitarie territoriali ed i medici di medicina generale o i pediatri di libera scelta. Le ASL complessivamente sono state, quindi, soprattutto impegnate nel raccordarsi con i Centri per l'attuazione dei Piani Assistenziali Terapeutici (PAI).

In particolare, nell'anno 2013 sono stati conseguiti i seguenti risultati:

- Ulteriore sviluppo dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) pubblicati anche sul sito regionale dedicato alle malattie rare.
- Miglioramento del raccordo tra ospedale e territorio, soprattutto relativamente all'attuazione dei PAI
- Miglioramento della continuità assistenziale, con particolare riferimento alla transizione dall'età pediatrica ad adulta.
- Miglioramento della collaborazione e comunicazione tra Centri, ASL, Regione e associazione dei Pazienti.
- Avvio di una revisione della rete assistenziale per le malattie rare.

La Regione Lazio, nella sua attività di coordinamento dei Centri, mediante incontri con i referenti delle strutture, la costituzione di gruppi di lavoro, si è impegnata in un'attività atta a rilevare le potenzialità e

criticità presenti nella Rete assistenziale e ha cercato di favorire l'adozione a livello regionale di misure condivise.

Il portale regionale dedicato alle malattie rare, dove sono pubblicati i dati aggiornati, i PDTA realizzati dai Centri e tutte le novità d'interesse per lo sviluppo della rete, contribuisce attivamente alla condivisione di strumenti comuni, alla diffusione delle informazioni e al miglioramento del supporto ai cittadini.

Il Registro Lazio malattie rare è un'importante risorsa informativa che rappresenta sempre più uno strumento prezioso sia epidemiologico che di sanità pubblica. Dall'avvio del sistema di notifica (aprile 2008) al 31 dicembre 2013 risultavano notificate dai Centri 23.994 schede riferite a 22.896 soggetti. Negli ultimi due anni (2012 e 2013) l'incremento è stato rispettivamente di 4.755 e 5.435 schede a dimostrazione del progressivo utilizzo del sistema di raccolta dati da parte dei centri riconosciuti con atto deliberativo regionale

**OBIETTIVI DI PIANO 2013 – Linea progettuale 10 – Tutela della Maternità - Percorso Nascita - Partoanalgesia**

Il Progetto, in continuità con le attività previste nell'anno precedente, prevedeva, quale obiettivo dell'Area Programmazione dei Servizi territoriali, specifiche azioni nell'ambito materno infantile:

- miglioramento dell'organizzazione dei Consulteri Familiari;
- implementazione delle attività di informazione relative alle possibilità di sostegno della maternità, soprattutto per le famiglie in condizioni di disagio socio-economico, anche in collaborazione con le associazioni del privato sociale;
- miglioramento dell'organizzazione dei consulteri familiari riguardo a specifiche azioni nell'ambito materno-infantile e con approccio interculturale per la popolazione straniera;
- promozione dell'integrazione socio-sanitaria con la collaborazione fra consulteri familiari e strutture del privato sociale;
- implementazione di attività di *counselling* per la promozione della procreazione cosciente e responsabile, in particolare:
  - counselling sulla contraccezione a tutte le donne in età fertile e coppie italiane e straniere che si rivolgono ai consulteri o agli ambulatori di ginecologia territoriali e ospedalieri per controlli di salute, controlli post *partum*;
  - controlli post IVG, screening citologico e mammografico;
  - counselling sulla contraccezione alla donna che richiede IVG seguito da un attento monitoraggio dell'avvenuto controllo post IVG;
  - invito al controllo ginecologico per contraccezione a tutte le donne italiane e straniere in occasione della prima vaccinazione del bambino/a.
  - Informazioni sul servizio consultoriale.

Nella Regione Lazio si è ravvisata la necessità di promuovere azioni a sostegno delle scelte riproduttive volte a sviluppare un'offerta attiva di counselling per la procreazione cosciente e responsabile. A tal fine è stato istituito un tavolo tecnico regionale sul tema della salute femminile e delle attività consultoriali per avviare un'attività di ricognizione e monitoraggio ed individuare le iniziative necessarie a garantire una migliore qualità dell'assistenza.

La Regione si è posta quale obiettivo l'omogeneizzazione delle attività e delle prestazioni erogate dai Consulteri Familiari. Il tavolo tecnico ha visto il coinvolgimento attivo degli Assessorati alla Salute e alle Politiche Sociali, ed era composto dai referenti aziendali dei Consulteri Familiari, individuati dalle rispettive Direzioni Generali.

Il gruppo di lavoro ha lavorato alla stesura di un Documento di riorganizzazione della Rete per la Salute della Donna, della Coppia e del Bambino che riordini le funzioni e le attività dei Consulteri Familiari regionali, che esiterà in un Decreto del Commissario ad Acta.

Le AASSLL, nell'ambito del monitoraggio delle attività inerenti gli Obiettivi di Piano 2013, hanno relazionato sulle attività svolte nel 2013, individuando azioni di prevenzione dell'IVG e di qualificazione del Percorso Nascita, attraverso il sostegno alla maternità in collaborazione con Associazioni del terzo settore

(Censimento Associazionismo); la formazione e l'impiego di mediatrici peer counselors; il counseling e l'offerta attiva; la promozione della continuità assistenziale tra i Consultori e i Punti Nascita, utilizzando in alcuni casi una Cartella unica di gravidanza, condivisa tra Servizi Territoriali e Ospedale.

Riguardo al sostegno delle gravidanze in condizioni di vulnerabilità, alcune AASSLL si sono particolarmente impegnate in attività di counseling presso i consultori, dedicato a donne straniere, e nell'attivazione di corsi di educazione alla sessualità e all'emotività presso gli Istituti scolastici. Gli interventi psico-sociali a sostegno delle gravidanze in situazioni di vulnerabilità sono stati attuati in integrazione con i Servizi Sociali del Comune, il privato sociale o con altri Servizi specialistici, in presenza di fragilità emotive.

**OBIETTIVI DI PIANO 2013 – Linea progettuale 11**

Stato di avanzamento dei lavori del progetto *Tutela della fertilità e della funzione ormonale nelle giovani donne affette da neoplasia o malattie croniche degenerative mediante l'istituzione di biobanche del tessuto ovarico e cellule germinali*. [Mozione 137 dell'11/01/2011, con approvazione del Consiglio Regionale del Lazio il 09/03/2011 ed autorizzazione provvisoria dalla Regione Lazio con Determina n. B01700 del 26 marzo 2012].

**Riepilogo attività svolte**

Adeguamento pianta organica della Banca del Tessuto Ovarico (di seguito BTO), con l'incremento di alcune figure professionali chiave altamente specializzate.

- 1 Biologo dedicato alla organizzazione del laboratorio; acquisizione delle apparecchiature; definizione del percorso di processazione e stoccaggio del tessuto ovarico; definizione del manuale delle procedure e gestione del percorso di certificazione/validazione delle procedure;
- 2 Specialisti in Ginecologia e Ostetricia dedicati alla definizione del percorso clinico assistenziale per la selezione e il reclutamento dei pazienti, per il counseling di oncofertilità e per l'effettuazione del prelievo del tessuto ovarico in regime di one day surgery.
- 1 Specialista in Oncologia Medica con indirizzo ginecologico oncologico dedicato alla definizione del percorso clinico assistenziale per la selezione e il reclutamento dei pazienti, per il counselling di oncofertilità e per l'effettuazione del prelievo del tessuto ovarico in regime di one day surgery.
- 1 Segretaria per il supporto amministrativo e il mantenimento banca dati.

Affidamento dei lavori edili ed impiantistici relativi all'adeguamento strutturale della Banca del Tessuto Muscolo-Scheletrico che ospita la STO, al fine di consentire lo svolgimento delle attività della Banca all'interno della stessa, nel rispetto della vigente normativa.

Acquisizione (acquisto/ noleggio con riscatto) dei congelatori, cappe, materiali per il prelievo e la conservazione, etc.

Analisi di fattibilità dell'allestimento impianti per il mantenimento delle classi ambientali della Banca, come prescritto dalla normativa europea:

- UNI EN ISO 14644-1, Camere bianche ed ambienti associati controllati, "Classificazione della pulizia dell'aria"
- UNI EN ISO 14644-2, Camere bianche ed ambienti associati controllati, "Specifiche per la prova e la sorveglianza per dimostrare la conformità continua con la ISO 14644-1"
- UNI EN ISO 14644-3, Camere bianche ed ambienti associati controllati, "Metodi di prova"
- ISO 14644-4, Cleanrooms and associated controlled environments, Part 4: "Design, construction and start-up"
- ISO 14644-5, Cleanrooms and associated controlled environments, Part 5: "Operations"
- UNI EN ISO 14698-1, Camere bianche ed ambienti associati controllati, "Controllo della biocontaminazione", Parte 1; "Principi generali e metodi"

- UNI EN ISO 14698-2, Camere bianche ed ambienti associati controllati, "Controllo della biocontaminazione", Parte 2: "Valutazione e interpretazione dei dati di biocontaminazione"

Stipula di un contratto per un servizio di manutenzione e assistenza tecnica full risk sul sistema criogenico installato all'interno dei locali di processazione e crioconservazione BTO.

Stipula di un contratto di consulenza con il centro danese "Juliane Marie Centre" di Copenaghen, diretto dal Prof. Claus Yding Andersen (che risulta essere tra le poche strutture autorizzate in Europa) per la validazione delle nostre procedure di crioconservazione del tessuto ovarico al fine di comprovare la buona pratica. Il Prof. Andersen ha effettuato a Dicembre 2014, tre giorni di sopralluogo con esito positivo. Si è proceduto all'inizio di una fase sperimentale (su 10 donatrici) per la validazione biologica. L'inizio del processo di validazione ha portato ai primi sei prelievi del tessuto ovarico e successiva crioconservazione in BTO.

Attivazione dell'ambulatorio per la preservazione della fertilità nella paziente oncologica, con l'individuazione di spazi adeguati e la creazione di un'agenda decentrata dedicata.

Nomina di un referente istituzionale per la gestione del bilancio inerente la BTO.

#### **In corso d'opera**

Supervisione, da parte del ns. tutor Prof. c.v. Andersen, dell'intero processo di congelamento per le prime 3-5 procedure di crioconservazione del tessuto ovarico.

Completamento dell'acquisizione di spazi per l'attività sperimentale (acquisizione dell'area criogenica già presente nei nuovi laboratori di ricerca IFO, e conseguente adeguamento).

Proroga di alcuni contratti in scadenza, già in essere.

Convenzione con società addetta al trasporto nazionale ed internazionale del materiale biologico (tessuto ovarico umano) a temperatura controllata (-190°C).

Acquisto materiale hardware informatico per ambulatorio, personale medico, amministrativo e di laboratorio: gara pubblicata sul MePA.

Convenzione con ospedale A. Gemelli per l'esecuzione del test microbiologico "fal test" sul terreno di coltura costituito nel laboratorio BTO.

Completamento della gara su MePA per il noleggio di un ecografo con sonda trans vaginale per l'attività ambulatoriale di oncofertilità.

L'adeguamento ed arredi dell'ambulatorio di oncofertilità.

Affiancamento di una società di consulenza esterna per l'implementazione di un sistema di gestione per la qualità, che garantisca la conformità della Struttura ai requisiti di legge e normativi vigenti. In fase di

implementazione il Sistema di gestione della qualità:

- Costruzione del Manuale ISO 9001:2008, le norme precedenti, i Decreti legislativi e le Linee Guida, di cui riportati i più recenti D. Lgs n. 16-- 25 gennaio 2010 e D. Lgs n. 85 -30 maggio 2012 .
- Attuazione delle direttive *2006/17/CE* e *2006/86/CE*, che attuano la direttiva *2004/23/CE* per quanto riguarda le prescrizioni tecniche per la donazione, l'approvvigionamento e il controllo di tessuti e cellule umani, nonché per quanto riguarda le prescrizioni in tema di rintracciabilità, la notifica di reazioni ed eventi avversi gravi e determinate prescrizioni tecniche per la codifica, la lavorazione, la conservazione, lo stoccaggio e la distribuzione di tessuti e cellule umani. (10G0030) Linee guida del Centro Nazionale Trapianti - 19 giugno 2007. Linee guida per il prelievo, la processazione e la distribuzione di tessuti a scopo di trapianto.
- Convalida delle apparecchiature secondo la DE 2006/86/CE per le apparecchiature in uso presso la BTO del Tessuto Ovarico. Convalida finale di tutte le apparecchiature con redazione ed esecuzione del protocollo di iq, oq e pq della strumentazione presente all'interno dei locali di processazione e crioconservazione BTO.

Stipula di un accordo di collaborazione, tra l'Istituto Superiore di Sanità (155), il Centro Nazionale Trapianti (CNT) e l'istituto Regina Elena-IFO, finalizzato alla realizzazione del progetto *Tutela della fertilità e della funzione ormonale nelle giovani donne affette da neoplasie o malattie croniche degenerative mediante l'istituzione di biobanche del tessuto ovarico e cellule germinali* per lo sviluppo di un modello integrato *Hub and Spoke* di *Unità per lo Conservazione di Gameti per pazienti con rischio di perdita precoce della capacità riproduttivo*.

Accordo con la chirurgia Pediatrica e Trapianti e l'Oncoematologia dell'ospedale pediatrico Bambino Gesù per offrire un accesso preferenziale alla BTO del Tessuto Ovarico per le bambine affette da neoplasia.

**OBIETTIVI DI PIANO 2013 – Linea progettuale 12 – Implementazione di percorsi diagnostico-assistenziali e di supporto per migliorare la vita delle donne affette da malattie croniche-invalidanti della sfera uro-genitale**

Il Progetto “Interventi per la gestione delle malattie croniche della sfera uro-genitale femminile” prevedeva specifiche azioni volte alla gestione della endometriosi, malattia invalidante e di difficile approccio diagnostico e terapeutico che richiede una rete di servizi basata sul collegamento tra Centri specializzati e servizi territoriali.

In particolare il progetto prevedeva informazione e formazione dei MMG e specialisti delle ASL; elaborazione di percorsi diagnostico terapeutici basati su un approccio multidisciplinare e finalizzati alla presa in carico della persona; organizzazione di eventi formativi; incontri con le associazioni dei pazienti; informazione rivolta agli Istituti scolastici.

L’attività nell’ambito della Linea Progettuale è stata mirata alla creazione di una rete di servizi basata sul collegamento tra servizi territoriali e centri specializzati.

L’implementazione di attività ambulatoriale dedicata a pazienti affette da endometriosi e dolore pelvico cronico ha consentito un più rapido riferimento alle strutture ospedaliere e, conseguentemente, una più rapida diagnosi e trattamento eseguiti in centri di riferimento per tali patologie. È stata implementata la strumentazione a disposizione di sale operatorie, in modo da garantire riduzione delle liste di attesa per le pazienti affette da dolore pelvico ed endometriosi candidate all’intervento chirurgico.

Sono stati elaborati percorsi diagnostico- terapeutico-assistenziali per la paziente con endometriosi, è stato reclutato personale medico dedicato al Progetto; organizzati eventi formativi, dedicati a Medici di Medicina Generale e specialisti ambulatoriali sul territorio, con il coinvolgimento di donne affette e le loro associazioni.

La rete instaurata in conseguenza della realizzazione della Linea Progettuale offre la possibilità di garantire alle pazienti inviate dal territorio un percorso diagnostico-terapeutico preferenziale, con un accesso rapido all’ambulatorio di endometriosi. La paziente viene oggi seguita dalla diagnosi al trattamento e successivo follow-up e, qualora necessario, sostenuta con un supporto psicologico per lei ed eventualmente per la coppia. In questo percorso viene garantito l’approfondimento diagnostico della malattia, anche con moderne tecniche d’imaging e con un approccio multidisciplinare, e istituita una terapia adeguata e personalizzata medica e/o chirurgica per ciascuna paziente, mantenendo un rapporto continuo d’informazione e condivisione con il curante.

Le AASSLL, nell’ambito dell’attività della linea progettuale, riferiscono azioni quali l’intensificazione delle attività ambulatoriali per l’endometriosi presso le loro strutture, dedicando una quota percentuale della loro attività alla linea progettuale in oggetto.

Sono stati realizzati eventi formativi rivolti a personale medico e del comparto (corsi *on site*, lezioni frontali ecc); è stata favorita la diffusione delle informazioni agli operatori della rete territoriale compresi i Consulenti familiari nonché i Medici di Medicina Generale. Inoltre, sono stati attivati contatti con i centri specializzati per il trattamento della endometriosi profonda finalizzati alla creazione della rete assistenziale. Fra le azioni riferite: contatti con le Associazioni di pazienti; predisposizione di materiale informativo da distribuire ai MMG e alle pazienti; effettuazione di riunioni per la predisposizione di PDTA dedicato alla malattia endometriosica coinvolgendo sia i distretti che gli ospedali; realizzazione di un Piano di educazione su tale patologia a favore della popolazione degli Istituti scolastici.

## **OBIETTIVI DI PIANO 2013 – Linea progettuale 13 – Miglioramento delle coperture vaccinali anti HPV e diffusione del test HPV come test di screening**

Il Progetto, in continuità con le attività previste nell'anno precedente, prevedeva specifiche azioni nell'ambito della diagnosi del tumore della cervice uterina:

- Migliorare la chiamata attiva per la coorte delle dodicenni aventi diritto;
- Monitorare a livello aziendale i dati di copertura;
- Formulare pacchetti informativi per i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta;
- Promuovere incontri formativi con gli operatori sanitari;
- Promuovere sessioni informative per sensibilizzare la popolazione target e le loro famiglie.

Nel Lazio la copertura vaccinale regionale registrata sulla coorte di nascita 2001 è stata del 68,7% con almeno una dose eseguita. Tale valore è inferiore al dato registrato a livello nazionale (73.6%).

Altro strumento di prevenzione attivo nella Regione Lazio è lo screening per il cervicocarcinoma attraverso il quale viene effettuata la chiamata attiva della popolazione bersaglio, donne in fascia di età 25-64 anni, per l'effettuazione del test di screening. Nel 2013 sono state invitate circa 382.000 donne di cui 111.000 hanno effettuato il test di screening. Pur essendo stati avviati da tempo, i programmi di screening non hanno raggiunto la copertura adeguata sul territorio a causa di ritardi nell'attivazione e nella mancata estensione dell'invito a tutta la popolazione target.

Le ASSLL, nell'ambito del monitoraggio delle attività inerenti gli Obiettivi di Piano 2013, hanno prevalentemente relazionato sulle attività svolte nel 2013.

Sono state messe in atto strategie utili al miglioramento delle coperture vaccinali rispetto alla chiamata attiva per la coorte delle dodicenni aventi diritto, si è utilizzata la chiamata telefonica, soprattutto per le dosi successive alla I°; sono stati monitorati a livello aziendale i dati di copertura; sono stati promossi incontri formativi con gli operatori sanitari; sono state promosse sessioni informative per sensibilizzare la popolazione target.

Come test di screening il protocollo regionale prevede l'uso del Pap-test ogni tre anni, eccetto le ASL di RM G e Latina che utilizzano il test HPV come test di screening primario.

Il test HPV viene usato nei programmi di screening del Lazio anche come test di triage nelle lesioni citologiche ASC-US, nelle lesioni LSIL riscontrate nelle donne con età > ai 35 anni e nei follow up post trattamento come da indicazioni del Gruppo Italiano Screening del Cervicocarcinoma (GISCI).

E' in corso l'analisi per la riconversione dei programmi di screening di tutte le ASL del cervico carcinoma all'uso del test HPV –DNA come test di screening in donne in fascia 30-64 anni, secondo raccomandazioni del Ministero della Salute.

## **OBIETTIVI DI PIANO 2013 – Linea progettuale 14 – Interventi per la gestione del tumore alla prostata.**

Il tumore alla prostata risulta essere il tumore più frequente tra gli uomini e rappresenta un problema oncologico e di sanità pubblica importante. L'aumento dell'incidenza è principalmente dovuto ad una maggiore diffusione della pratica di screening opportunistico in assenza di studi che ne abbiano chiaramente dimostrato l'efficacia.

Il Progetto, in continuità con le attività previste nell'anno precedente, prevedeva specifiche azioni nell'ambito della diagnosi del tumore alla prostata:

- Agire sull'appropriatezza prescrittiva del test PSA;
- Diffondere informazioni corrette tra i Medici di Medicina Generale e i cittadini sulle incertezze relative all'utilità del test PSA;
- Ridurre la variabilità non giustificata di percorsi diagnostici-terapeutici attenendosi alle più recenti linee guida;
- Creare una rete di servizi (MMG, urologi, radioterapisti, oncologi, patologi) per una precoce presa in carico dei soggetti con diagnosi confermata e un appropriato percorso terapeutico;
- Migliorare la comunicazione tra gli attori coinvolti nel processo assistenziale attraverso la condivisione di strumenti e soluzioni organizzative che migliorino il percorso.

Le ASSLL, nell'ambito del monitoraggio delle attività inerenti gli Obiettivi di Piano 2013, hanno prevalentemente relazionato sulle attività svolte nel 2013 come sotto specificato:

- individuazione delle aziende, con raccolta delle adesioni
- effettuazione di incontri con i gruppi di lavoro aziendali per presentazione progetto e compilazione check-list pre e post intervento;
- incontri con i referenti delle aziende e con le varie figure della prevenzione;
- somministrazione dei questionari;
- incontri formativi ai lavoratori.

A tale riguardo, la UOC Ospedaliera di Urologia del Polo S. Spirito ha progettato un percorso diagnostico-terapeutico per la diagnosi precoce del CA prostatico. In collegamento con il territorio ha provveduto all'apertura ed al mantenimento di 12 ambulatori di urologia sul territorio, in comunicazione con gli MMG al fine di:

- Garantire la continuità ospedale - territorio;
- Promuovere l'appropriatezza prescrittiva del test PSA;
- Diffondere le conoscenze sul CA prostatico sul territorio;
- Garantire la diagnosi precoce e consequenziale tempestivo trattamento in caso di patologia;
- Corretto follow up.

Particolare attenzione è stata posta all'interno della ASL ROMA A e soprattutto nel Presidio Territoriale di Prossimità Nuovo Regina Margherita dove è presente una U.O. storica di Urologia per quanto riguarda la Prevenzione Primaria e la diagnosi precoce dei tumori urogenitali:

Sono stati realizzati dalla stessa ASL ROMA A PDTA preferenziali per la diagnosi precoce di tali alterazioni.

L'impegno ha coinvolto personale medico e infermieristico nelle discipline di urologia, diagnostica per immagini e patologia clinica. I casi dubbi si sono conclusi con l'esecuzione di biopsie multiple a livello prostatico che prevedevano il campionamento all'interno delle sale

operatorie del Nuovo Regina Margherita e l'esecuzione dell'esame di anatomia patologica presso la UOC del Presidio Ospedaliero Santo Spirito, struttura in convenzione con la ASL ROMA A.

**OBIETTIVI DI PIANO 2013 – Linea progettuale 15 – Definizione dei modelli di assistenza ai bambini e adolescenti affetti da patologie croniche, disturbi del comportamento, dell'apprendimento e del linguaggio, da autismo.**

Il Progetto prevedeva, quale obiettivo dell'Area, specifiche azioni nell'ambito del percorso di presa in carico dei minori con disturbi neuropsicologici in età evolutiva.

In particolare, nella Regione Lazio i Servizi tutela salute mentale e riabilitazione in età evolutiva (TSMREE) delle Aziende sanitarie hanno definito accordi di programma con le scuole/reti di scuole con l'obiettivo di garantire quanto più possibile adeguati percorsi di integrazione scolastica. Inoltre, alcuni TSMREE, nell'ottica di pervenire ad un sempre maggiore coordinamento e integrazione delle azioni e delle programmazioni finalizzate alla crescita del grado di inclusività, hanno stilato gli accordi di programma non solo con la rete delle scuole ma anche con gli Enti Locali (Comuni e/o Municipi).

Inoltre, il processo valutativo delle persone con disabilità, in linea con il decreto commissariale n. 431/2012 *“La valutazione multidimensionale per le persone non autosufficienti, anche anziane e per le persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale: dimensioni e sottodimensioni. Elementi minimi di organizzazione e di attività dell'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale nella Regione Lazio”*, ha consentito la maggiore qualificazione e condivisione delle attività rivolte ai minori con disabilità in carico alle strutture riabilitative territoriali, nell'ottica di una presa in carico globale che tiene conto degli aspetti riabilitativi, sociali ed educativi.

Dal punto di vista dei processi formativi rivolti agli operatori sanitari, sociali e scolastici, i TSMREE dei diversi territori regionali hanno organizzato eventi formativi su temi prettamente tecnici (Autismo, ADHD, Disturbi specifici di apprendimento, Continuità terapeutica, Abuso e maltrattamento, Bullismo) ma anche di tipo gestionale riferiti, in particolare, ai rapporti con le altre Istituzioni (Scuole, Autorità giudiziaria, Servizi sociali); hanno realizzato altresì eventi informativi rivolti alle famiglie e alla comunità in generale.

Per garantire il miglioramento dell'accessibilità alla rete assistenziale dei minori in argomento, nei territori di alcune ASL regionali sono stati approntati criteri di *“Priorità d'accesso”* ai Servizi territoriali e al percorso riabilitativo territoriale nonché formalizzati protocolli d'intesa con i Servizi di Neuropsichiatria Infantile di strutture ospedaliere e universitarie.

## **OBIETTIVI DI PIANO 2013 – LINEA PROGETTUALE 16**

### **RISK MANAGEMENT**

Con DCA n. U00247 del 25/07/2014 recante "Definitiva adozione dei Programmi Operativi 2013 - 2015 a salvaguardia degli obiettivi strategici di Rientro dai disavanzi sanitari della Regione Lazio ", sono stati approvati i Programmi Operativi per gli anni 2013/2015 a salvaguardia degli obiettivi strategici del Piano di Rientro sanitario e, per la materia del Rischio Clinico, è stato declinato l'intervento 3.5.2 Azione "Sicurezza e Rischio Clinico".

La Regione Lazio conformemente a quanto previsto dal citato Intervento 3.5.2 dei Programmi operativi 2013/2015 e nell'ottica dello svolgimento di azioni volte a promuovere la gestione del Rischio Clinico nelle Aziende Sanitarie, ha svolto nell'arco dell'anno 2013/2014 un'attività di impulso e coordinamento delle attività delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere nonché IRCCS del SSR, sia sul versante della sicurezza delle cure che della strategia di gestione del rischio assicurativo.

A partire dal mese di Ottobre 2013 è stata avviata un'attività di ricognizione del modello di gestione dei sinistri e del Rischio clinico presso tutte le Aziende Sanitarie e Ospedaliere nonché IRCCS del SSR;

- i risultati e le criticità emerse durante la suddetta ricognizione, sono state presentate a tutti i Risk Manager Aziende sanitarie ed Ospedaliere del Lazio nel corso di un incontro tenutosi il 20 Dicembre 2013, nel corso del quale è stata anche comunicata la riattivazione del Tavolo Permanente dei Risk Manager, prevedendo l'avvio di riunioni a cadenza mensile;

- al fine di dare corretta attuazione ai Programmi Operativi, e di garantire un adeguato livello di attenzione al tema del Risk Management, con Determinazione n. G01424 del 10 febbraio 2014 sono stati costituiti i seguenti Gruppi di lavoro tematici:

a. Comitato Tecnico di Coordinamento Rischio Clinico a supporto dell'Area Giuridico Normativa con riunioni settimanali con i seguenti compiti:

1) validazione delle Schede A e B e dei Piani d'azione degli eventi avversi/sentinella da trasmettere al Ministero della Salute, al fine di assicurare il corretto e tempestivo flusso informativo nel rispetto della tempistica dettata dal Decreto Ministeriale dell' 11 Dicembre 2009;

2) elaborazione delle LL.GG. per la redazione del Piano annuale di Risk Management (PARM) e monitoraggio trimestrale dell'adozione ed attuazione del medesimo Piano;

3) funzione di second opinion per gli eventi avversi/sentinella e sinistri di particolare gravità;

4) supporto nell'elaborazione e l'implementazione delle indicazioni ministeriali e delle buone pratiche in tema di rischio clinico e monitoraggio dell'applicazione

b. Gruppo di Lavoro: Coordinamento Infezione Correlate all'Assistenza (ICA);

c. Gruppo di Lavoro: Comitato Valutazione Sinistri;

d. Gruppo di Lavoro: Piano Formativo

- con la Determinazione n. G04112 del 1 aprile 2014, in collaborazione con il Comitato Tecnico di Coordinamento Rischio clinico, sono state adottate le Linee di indirizzo regionale per la stesura del Piano di Risk Management (PARM): Gestione del Rischio Clinico e delle infezioni Correlate all'Assistenza (CC — ICA);

- a partire da fine Dicembre 2013 è stato riattivato il flusso informativo SIMES al fine di rendere costante la procedura di segnalazione degli eventi sentinella così come regolamentata dal DM dell'11 Dicembre 2009;

- in materia di gestione dei sinistri e del connesso rischio assicurativo, all'esito di un'azione di ricognizione avviata dall'Area Giuridico Normativa Istituzionale negli anni 2013 e 2014, è stato riscontrato un panorama variegato e disomogeneo che, nelle more dell'attuazione della politica di coordinamento e di gestione accentrata definita nei Programmi Operativi, ha condotto l'amministrazione a mettere in campo una serie di azioni dirette a garantire un'adeguata ed omogenea gestione dei sinistri;

- con nota prot. 347174/GR/11/13 del 17 giugno 2014 sono state emanate le Linee Guida Regionali per il flusso informativo alla Corte dei Conti;

Con la Determinazione n. G09535 del 2 luglio 2014 è stato approvato il documento recante "Linee Guida Regionali per l'attività di gestione dei sinistri da responsabilità medico sanitaria - Composizione e funzionamento dei Comitati Valutazione Sinistri Aziendali(CAVS)";

- con successiva Determinazione n. G16104 del 12 novembre 2014, è stato costituito il Comitato Regionale Valutazione Sinistri (CRVS), attualmente regolarmente attivo.

Infine, in sede di stipula dei contratti con i Direttori Generali delle Aziende ed Enti del SSR sono stati assegnati due obiettivi di Rischio Clinico, così formulati:

a) l'adozione ed attuazione di un piano aziendale per la gestione del rischio clinico, orientato alla sicurezza di pazienti, operatori e ambiente, che comprenda anche la prevenzione ed il controllo delle ICA e contempra ruoli, responsabilità, risorse impiegate, monitoraggio, verifiche e formazione

b) la partecipazione al flusso di segnalazione SIMES previsto dalla normativa nazionale;

## **OBIETTIVI DI PIANO 2013 - Linea Progettuale 17**

### **Implementazione del "Codice Etico" nelle aziende sanitarie**

In linea con quanto definito nel DCA n° U00151 del 08.05.2014, per la linea progettuale 17 sono state realizzate iniziative ed interventi finalizzati all'implementazione dell'etica all'interno del SSR.

Con l'obiettivo della creazione di una sempre più diffusa cultura aziendale ispirata all'etica, il cui valore fondante può essere riepilogato nel concetto del *prendersi cura*, nelle strutture del SSR si è operato per dotarsi di un modello di organizzazione e controllo declinabile nei vari corollari del prendersi cura dei pazienti, degli operatori, dei cittadini, della comunità.

Diverse sono state le iniziative realizzate dalle aziende destinatarie del finanziamento per le quali l'agire in senso etico trova già principio di regolamentazione nei codici deontologici delle diverse professionalità (*medici, infermieri, psicologi, ecc.*).

Le azioni intraprese a livello di sistema sono state concretizzate a livello aziendale in progetti differenti, finalizzati a rendere il codice etico parte di un approccio coordinato con le numerose procedure e sistemi di controllo già in atto, nonché con le specifiche discipline di settore (*anticorruzione, trasparenza*).

I progetti sono orientati a definire modelli di comportamento aziendale volti a garantire condotte etiche nello svolgimento della propria attività lavorativa, ispirandosi ai principi di correttezza e trasparenza, e contengono elementi comuni quali:

- la dichiarazione dei valori e dei principi etici della struttura;
- le responsabilità che la caratterizzano;
- i valori e i principi cui devono uniformarsi tutti i soggetti che in essa interagiscono.

In particolare, le Aziende Sanitarie hanno promosso progetti volti a:

- Individuare e sviluppare principi etici condivisi;
- Creare contesti interpersonali per il confronto e la riflessione tra gli operatori;
- Valorizzare le competenze e promuovere una cultura dell'appartenenza,
- Redigere un documento denominato "Carta Etica", al fine di garantire ai cittadini prestazioni eticamente certificate dagli stessi operatori sanitari.

Le dimensioni in esame sono state principalmente orientate alla centralità dei cittadini nel rapporto con i servizi sanitari della Regione, con particolare riferimento ai momenti assistenziali relativi all'accoglienza, all'erogazione delle prestazioni, alla relazione con i familiari e i caregivers, alla gestione del corpo e del momento del pasto.

A livello aziendale sono stati avviati momenti di confronto e condivisione dell'etica dei comportamenti attraverso attività formative finalizzate a:

- sviluppare la collaborazione interprofessionale;

- motivare al lavoro di gruppo;
- comunicare efficacemente.

Le azioni intraprese mirano ad armonizzare i comportamenti, le regole, i valori, le procedure e i codici deontologici in un'ottica integrata di sistema.

La Carta Etica, quindi, si configura quale strumento per garantire l'accesso a prestazioni basate su valori etici condivisi, volti all'umanizzazione delle cure.

## OBIETTIVI DI PIANO 2013

Linea progettuale 18 : Piano nazionale della Prevenzione

Titolo del Progetto: Piano regionale della Prevenzione – proroga anno 2013

La Regione Lazio, con DGR 577 del 17.12.2010 e DGR 613 del 29.12.2010, ha approvato il Piano Regionale della Prevenzione 2010 – 2012, elaborato sulla base delle indicazioni programmatiche nazionali.

Con l'Accordo Stato-Regioni n. 53/CSR del 7 febbraio 2013 il Piano Nazionale della Prevenzione è stato prorogato al 31 dicembre 2013. L'Accordo prevede di procedere alla riprogrammazione dei Piani regionali di Prevenzione per l'anno 2013 attraverso l'aggiornamento del quadro strategico, l'inclusione di nuovi progetti (redatti tenendo conto dell'Intesa Stato - Regioni 10 febbraio 2011), l'eventuale eliminazione di uno o più progetti; la rimodulazione della struttura (essenzialmente: obiettivi specifici, risultati attesi, target) dei progetti del PRP 2010-2012.

La Regione Lazio, con DCA n.U00224 del 31 maggio 2013<sup>1</sup>, ha proceduto al recepimento del succitato Accordo ed alla riprogrammazione, per l'anno 2013, del Piano Regionale della Prevenzione 2010-2012 procedendo all'aggiornamento del Quadro Operativo del PRP e garantendo, nel complesso, la continuità delle linee progettuali.

Sono state confermate n.21 delle 22 linee progettuali del PRP 2010-2012, in quanto il progetto n.10\_2.6.1<sup>2</sup> è stato ritenuto concluso.

In linea con quanto previsto dal sistema di valutazione dei PRP, di cui all'Intesa Stato Regioni 10 febbraio 2011, gli obiettivi dei programmi/progetti del Piano Regionale della Prevenzione proroga 2013, risultano, nel complesso, raggiunti.

Ai fini della proroga del PRP per l'anno 2013, le linee progettuali sono state oggetto, anche sulla base dei risultati conseguiti nel periodo 2010-2012, di parziale rimodulazione o aggiornamento nel contenuto e nei valori attesi degli indicatori.

In linea con quanto previsto dal sistema di valutazione dei PRP, di cui all'Intesa Stato Regioni 10 febbraio 2011, gli obiettivi dei programmi/progetti del Piano Regionale della Prevenzione proroga 2013, risultano, nel complesso, raggiunti.

---

<sup>1</sup> “Recepimento dell'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano recante proroga del Piano nazionale per la prevenzione per gli anni 2010-2012, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281. Rep. Atti n. 53/CSR del 7 febbraio 2013. Approvazione della proroga al 31 dicembre 2013 del Piano Regionale della prevenzione 2010-2012 (PRP). Aggiornamento del Quadro Operativo del PRP (Allegato C) DGR n. 613/2010. Modifica della DGR 03/2012 punti 1 (composizione del Tavolo tecnico di progettazione del PRP) e 6 (elenco dei referenti regionali di progetto)”

<sup>2</sup> 10\_2.6.1:“Ridurre la vulnerabilità alle malattie sessualmente trasmesse, con particolare riguardo all'infezione da HIV, nei gruppi svantaggiati e a rischio della popolazione”

**OBIETTIVI DI PIANO 2013 – Linea progettuale 19 – “Identificazione e intervento precoce dei disturbi psichici gravi in fase di esordio e programmi integrati”**

Il Progetto prevedeva, quale obiettivo dell’Area, specifiche azioni nell’ambito dell’identificazione e dell’intervento precoce dei disturbi psichici gravi in fase di esordio e programmi integrati che avevano i seguenti obiettivi:

- Intervento tempestivo e integrato nei disturbi psichici gravi all’esordio e nelle acuzie psichiatriche nell’età 18-24 anni
- Integrazione e coordinamento con altre aree di intervento (TSMREE, SERT, ecc.) per un intervento appropriato
- Convergenza di interventi nello stesso nucleo familiare sul minore e su un genitore con disturbi psicopatologici e/o psichiatrici
- Definizione dei percorsi di presa in carico per la transizione tra i servizi dell’adolescenza e dell’età adulta

L’area di intervento su adolescenza/giovani adulti richiede modelli di intervento multi professionali integrati specifici connessi allo sviluppo psicosociale dei pazienti al fine di attivare percorsi di cura appropriati ed efficaci su tutti i diversi sistemi in campo (familiare, sociale, scolastico, giudiziario, sanitario).

Da alcuni anni la ricerca scientifica si è focalizzata sulla necessità del riconoscimento precoce e del trattamento specifico dei disturbi psicotici per ridurre la prevalenza, l’incidenza ed evitare la cronicizzazione. Infatti i dati dimostrano che i sei mesi successivi che seguono l’esordio psicotico sono i più importanti per la prognosi e la frequenza delle ricadute.

Infatti si è favorita l’accessibilità da parte dei giovani ai servizi attraverso vari modelli di intervento (accesso a porte aperte, operatori antenna, ecc.) che hanno permesso l’aumento della domanda di trattamento e la diffusione di una maggiore consapevolezza da parte dei familiari.

In particolare, nella Regione Lazio i Dipartimenti di Salute Mentale hanno attivato azioni differenziate che hanno permesso un lavoro integrato tra servizi ogni qual volta si apriva una cartella clinica o veniva segnalato un giovane con disturbi psichici gravi. In particolare è risultato molto utile il lavoro con i Servizi tutela salute mentale e riabilitazione in età evolutiva (TSMREE) delle Aziende sanitarie che, attraverso degli operatori di riferimento, hanno partecipato a degli incontri di equipe (in genere mensili) per discutere i casi clinici e definire gli interventi più appropriati.

L’implementazione di questo sistema ha permesso di ridurre il numero e la durata dei ricoveri in ambiente ospedaliero e ha favorito il reinserimento sociale dell’adolescente nel proprio contesto di vita e ha permesso la riduzione del “Periodo di psicosi non trattata” (DUP) e la riduzione dei comportamenti anticonservativi.

In una ASL è stato attivato un progetto di ricerca che ha visto il coinvolgimento di diversi servizi della ASL (DSM, Sert, Consultori, ecc.) e una Facoltà di Medicina che ha previsto la somministrazione di strumenti standardizzati come la Brief Psychiatry Rating Scale (BPRS) o la Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS).

Dal punto di vista dei processi formativi rivolti agli operatori sanitari i DSM/TSMREE di alcune Aziende hanno organizzato eventi formativi sul tema e hanno realizzato altresì eventi informativi di sensibilizzazione del contesto territoriale rivolti ai Pediatri di Libera Scelta e ai Medici di Medicina Generale, insegnanti, studenti e loro familiari.

**OBIETTIVI DI PIANO 2013 - Linea progettuale: Sicurezza nei luoghi di lavoro. Scheda n. 20.**  
Titolo del progetto: Miglioramento delle conoscenze e delle capacità di intervento per la prevenzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali.

In merito alla linea progettuale in oggetto, Sicurezza nei luoghi di lavoro, ed in base a quanto comunicato dalle AUSL, si registra la seguente situazione a livello regionale.

il progetto fissava i seguenti obiettivi:

**Obiettivo n. 1** Implementare le attività di utilizzo dei flussi informativi INAIL-Regioni-AUSL, dei flussi legati ai sistemi di sorveglianza INFORMO e MAL.PROF.

Sistema INFORMO: è proseguita l'attività di inserimento nel database nazionale dei nuovi casi di infortunio registrati con l'apposita scheda.

Partecipazione delle ASL al gruppo lavoro regionale, con l'organizzazione con Inail di un seminario informativo sulla scrittura efficace delle dinamiche di infortunio, e organizzazione con Inail di corso di formazione su Informo

Mal.Prof.: inserimento nel data base Mal Prof della segnalazione/denuncia pervenute di casi di malattie professionali

**Obiettivo n. 2** Monitorare la presenza e le attività di bonifica dei materiali contenenti amianto attraverso il potenziamento della mappatura regionale e la gestione delle notifiche ex art. 9 L. 257/92.

Questa attività viene svolta attraverso il Centro Regionale Amianto (Laboratorio Igiene Industriale della Asl di Viterbo). I dati relativi sono rilasciati a ciascuna AUSL per le proprie attività di prevenzione e vigilanza. Il Centro Regionale Amianto per il 2013 ha comunicato i seguenti dati: 159 ditte hanno inviato la relazione, di cui 149 in forma telematica; n. 4908 interventi di rimozione effettuati, con rimozione di 11212 tonnellate di MCA compatto e 176 tonnellate di MCA friabile. Siti mappati nell'anno n. 17, per un totale di 5105 siti.

**Obiettivo n. 3** Implementare le attività di sorveglianza epidemiologica del COR attraverso la raccolta sistematica dei casi di mesotelioma maligno e il record linkage delle informazioni provenienti da varie fonti informative e la redazione di un rapporto epidemiologico di stima dei rischi.

Per ogni caso segnalato alla ASL, viene svolta la seguente attività: contatti con medico curante, con malato (familiari superstiti), compilazione questionario e invio al COR, valutazione nesso con lavoro svolto, eventuale denuncia e referto sospetta Malattia Professionale.

Tale attività ha riguardato, nell'anno, 72 casi di segnalazione di mesotelioma

**Obiettivo n. 4** Attuare piani di vigilanza mirata nei comparti edilizia ed agricoltura.

Nel corso dell'anno l'attività di vigilanza ha riguardato:

- Edilizia: 4686 cantieri edili; 6452 aziende oggetto di ispezione nei cantieri edili
- Agricoltura: 553 aziende agricole e lavoratori autonomi

**Obiettivo n. 5** Attuare programmi di promozione della salute nei riguardi di lavoratori e aziende del territorio.

L'attività regionale svolta in tema di promozione nei confronti del consumo di alcol e del tabagismo ha riguardato:

- Alcol: 878 lavoratori; somministrati 423 questionari
- Tabagismo: 689 lavoratori; somministrati 430 questionari