

Regione Lazio

Decreti del Commissario ad Acta

Decreto del Commissario ad Acta 31 dicembre 2013, n. U00531

Assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate, ai sensi dell'articolo 1, comma 34 della legge 23 dicembre 1996 n.662, alla realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2013. Approvazione del Piano regionale di utilizzo delle quote vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2013. Ripartizione quota del fondo vincolato.

IL COMMISSARIO AD ACTA
(delibera del Consiglio dei Ministri del 7 gennaio 2013)

Oggetto: Assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate, ai sensi dell'articolo 1, comma 34 della legge 23 dicembre 1996 n.662, alla realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2013. Approvazione del Piano regionale di utilizzo delle quote vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2013. Ripartizione quota del fondo vincolato.

IL COMMISSARIO AD ACTA

VISTO lo Statuto della Regione Lazio;

VISTA la Legge Costituzionale 18 ottobre 2001, n.3;

VISTA la Legge Regionale 18 febbraio 2002, n.6 e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTO il Regolamento Regionale n. 1 del 6 settembre 2002, concernente l'organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta Regionale e successive modifiche ed integrazioni;

VISTA la Deliberazione di Giunta Regionale n. 523 del 11 novembre 2011 avente ad oggetto: *“Adozione del regolamento regionale concernente: “Modifiche al regolamento regionale 6 settembre 2002, n. 1 (Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale)” e successive modifiche.”*

VISTA la Determinazione Regionale n.B03071 del 17 luglio 2013 recante *“Riorganizzazione delle Strutture Organizzative di Base Denominate Aree e Uffici Della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria”*;

VISTA la Deliberazione di Giunta Regionale n. 66 del 12 febbraio 2007 concernente: *“Approvazione del Piano di Rientro per la sottoscrizione dell'Accordo tra Stato e Regione Lazio ai sensi dell'art.1, comma 180, della Legge 311/2004”*;

VISTA la Deliberazione di Giunta Regionale n.149 del 6 marzo 2007 avente ad oggetto: *“Preso 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”*;

VISTA la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013, con cui il Presidente della Regione Lazio Nicola Zingaretti è stata nominato Commissario *ad acta* per la prosecuzione del vigente Piano di rientro dai disavanzi regionali del settore sanitario della Regione, secondo i Programmi operativi di cui al richiamato articolo 2, comma 88 della legge n. 191 del 2009 e successive modificazioni ed integrazioni;

DATO ATTO che con la citata Deliberazione del 21 marzo 2013 sono stati confermati i contenuti del mandato commissariale affidato al Presidente *pro tempore* della Regione Lazio con Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010, come riformulato

IL COMMISSARIO AD ACTA
(delibera del Consiglio dei Ministri del 7 gennaio 2013)

con la successiva Deliberazione del 20 gennaio 2012, intendendosi aggiornati i termini ivi indicati a decorrere dal corrente anno;

VISTO il D.Lgs. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni recante “*Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’art. 1 della legge 23.10.92, n. 421*”;

PRESO ATTO del D.Lgs. 229/99 che, prevedendo norme attuative da parte del Governo Centrale e di quello regionale, ribadisce l’obbligo per la Regione di definire il fabbisogno appropriato per i LEA delle prestazioni necessarie alla tutela della salute della popolazione;

VISTO 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;

VISTA la legge 23 dicembre 1996 n. 662 che, all’art.1, comma 34, che prevede che “... *Il CIPE, su proposta del Ministro della sanità, d’intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, può vincolare quote del Fondo sanitario nazionale alla realizzazione di specifici obiettivi del Piano sanitario nazionale, con priorità per i progetti sulla tutela della salute materno-infantile, della salute mentale, della salute degli anziani nonché per quelli finalizzati alla prevenzione, e in particolare alla prevenzione delle malattie ereditarie...*”;

VISTA la legge 23 dicembre 1996 n. 662 che, all’art.1 comma 34 bis, come novellato dall’art. 79, comma 1 quater, L. 6.8.2008 n. 133, prevede che, “*A decorrere dall’anno 2009, il Comitato interministeriale per la programmazione economica (CIPE), su proposta del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, d’intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, provvede a ripartire tra le regioni le medesime quote vincolate all’atto dell’adozione della propria delibera di ripartizione delle somme spettanti alle regioni a titolo di finanziamento della quota indistinta di Fondo sanitario nazionale di parte corrente. Al fine di agevolare le regioni nell’attuazione dei progetti, di cui al comma 34 del citato art. 1, il Ministero dell’economia e delle finanze provvede a erogare, a titolo di acconto, il 70 per cento dell’importo complessivo annuo spettante a ciascuna regione, mentre l’erogazione del restante 30 per cento è subordinata all’approvazione da parte delle Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, su proposta del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, dei progetti presentati dalle regioni, comprensivi di una relazione illustrativa dei risultati raggiunti nell’anno precedente. Le mancate presentazione ed approvazione dei progetti comportano, nell’anno di riferimento, la mancata erogazione della quota residua del 30 per cento ed il recupero, anche a carico delle somme a qualsiasi titolo spettanti nell’anno successivo, dell’anticipazione del 70 per cento già erogata*”;

IL COMMISSARIO AD ACTA
(delibera del Consiglio dei Ministri del 7 gennaio 2013)

VISTA l' *"Intesa, ai sensi dell'articolo 1, comma 34-bis, della legge 23 dicembre 1996, n.662, sulla proposta del Ministro della salute di deliberazione del CIPE relativa all'assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate, ai sensi dell'art.1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n.662 alla realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2012"*, rep. atti n.228/CSR del 22/11/2012, che assegna alla Regione Lazio, per l'anno 2012, complessive risorse vincolate per Euro 151.878.541,00;

VISTO l' *"Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministro della salute di linee guida per l'utilizzo da parte delle Regioni e Province autonome delle risorse vincolate, ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34bis, della legge 23 dicembre 1996, n.662, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2012"*, rep. atti n.227/CSR del 22/11/2012;

VISTO il Decreto del Commissario *ad acta* del 2 dicembre 2013, n. U00480 avente ad oggetto *"Definitiva Adozione dei Programmi Operativi 2013- 2015 a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi sanitari della Regione Lazio."*;

VISTO 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;

TENUTO CONTO che, nelle more dell'adozione della delibera C.I.P.E. concernente il provvedimento di *assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate, ai sensi dell'art.1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n.662 alla realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2013*, si è provveduto a stimare l'importo disponibile per la Regione Lazio per l'anno 2013 in € 151.878.541,00 pari all'importo assegnato per l'esercizio precedente;

TENUTO CONTO che, eventuali variazioni in sede di definizione dell'importo disponibile per gli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2013 saranno oggetto di successivo provvedimento;

ATTESO che con il citato Accordo del 22/11/2012, rep. atti n.227/CSR, si è convenuto che:

- debba essere garantita per l'anno 2012, pur nell'ambito di una sostanziale continuità rispetto alle linee progettuali definite per l'anno 2011 (accordo 20 aprile 2011), e di sperimentare, da parte delle Regioni, un approccio integrato a temi meritevoli di approfondimento ulteriore con prioritario riferimento alle disuguaglianze sociali in sanità con la correlata attenzione agli effetti della privazione sulla salute e sull'accesso ai servizi sanitari;
- per l'anno 2012, 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 all'allegato A (Parte I-II) all'Accordo;
- a seguito della stipula dell'Accordo e dell'Intesa relativa all'assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate alla realizzazione degli obiettivi del PSN per

IL COMMISSARIO AD ACTA
(delibera del Consiglio dei Ministri del 7 gennaio 2013)

- l'anno 2012 in applicazione dell'articolo 1, comma 34-bis della Legge 23 dicembre 1996, n.662, come modificato dal comma 1-quater dell'articolo 79 del D.L. 25 giugno 2008, n.112, convertito, con modificazioni, dalla Legge 6 agosto 2008, n.133, alle Regioni verrà erogato da parte del Ministero dell'Economia e delle Finanze, il 70 per cento delle risorse;
- al fine dell'erogazione della quota residua del 30 per cento, le Regioni dovranno presentare, entro 60 giorni dalla stipula dell'accordo, al Ministero della Salute, specifici progetti nell'ambito degli indirizzi individuati nell'Accordo, comprensivi di una relazione illustrativa dei risultati raggiunti nell'anno precedente;
 - ciascun progetto, inoltre, dovrà essere corredato da un prospetto che evidenzi:
 - a) gli obiettivi qualitativi e quantitativi che si intendono conseguire;
 - b) i tempi entro i quali tali obiettivi si ritengono raggiungibili;
 - c) i costi connessi;
 - d) gli indicatori, preferibilmente numerici, che consentano di misurare la validità dell'intervento proposto;
 - all'erogazione del 30 per cento residuo si provvederà, nei confronti delle singole Regioni, a seguito dell'approvazione dei progetti da parte della Conferenza Stato Regioni su proposta del Ministero della Salute, previa valutazione favorevole del Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza di cui all'art.9 della intesa del 23 marzo 2005 e, per quanto attiene alla linea progettuale relativa alle misure
 - di garantire una sostanziale continuità rispetto alle linee progettuali definite per l'anno 2010 (Accordo 8 luglio 2010);
 - di confermare, per l'anno 2012, le medesime linee progettuali di cui all'allegato A all'Accordo 8 luglio 2010;
 - di determinare i seguenti vincoli specifici sulle risorse per l'anno 2012:
 - *Cure primarie*: si conferma il vincolo del 25% delle risorse totali.
 - *Non autosufficienza* (compresa l'assistenza ai pazienti in stato vegetativo): per l'anno 2012 si introduce un vincolo di 240 milioni di euro (Allegato B – tab. 1) di cui:
 - a) 20 milioni di euro da destinarsi ai progetti in materia di *Assistenza ai pazienti affetti da malattie neurologiche degenerative e invalidanti* da ripartirsi secondo la tabella allegata all'Accordo (Allegato B tabella 1);
 - b) 20 milioni di euro da destinarsi ai progetti in materia di *Assistenza ai pazienti affetti da Demenza* da ripartirsi secondo la tabella allegata all'Accordo (Allegato B tab.1);
 - c) 20 milioni di euro da destinarsi ai progetti in materia di *Promozione di modelli organizzativi e assistenziali dei pazienti in stato vegetativo e di minima coscienza nella fase di cronicità*, imputati alla quota vincolata per la *Non autosufficienza*, da ripartirsi secondo la tabella allegata all'Accordo (Allegato B tab.1);
 - *Cure palliative e Terapia del dolore*: per l'anno 2012, in attuazione della legge 9 marzo 2010 n 38, si applica il vincolo di una quota di 100 milioni di euro da ripartirsi secondo la tabella allegata all'Accordo (Allegato B – tab. 1);
 - *Interventi in materia di Biobanche di materiale umano*: per l'anno 2012 si conferma il vincolo di una quota di 15 milioni di euro da ripartirsi secondo la tabella allegata all'Accordo (Allegato B – tab. 1);
 - *Supporto alle gravidanze in condizioni di “vulnerabilità” e prevenzione dell'interruzione volontaria di gravidanza* (nuova linea progettuale): viene

IL COMMISSARIO AD ACTA
(delibera del Consiglio dei Ministri del 7 gennaio 2013)

introdotto per l'anno 2012 un vincolo di 20 milioni di euro da ripartirsi secondo la tabella allegata all'Accordo (Allegato B – tab.1);

- *Malattie Rare*: per l'anno 2012 si conferma il vincolo di 20 milioni di euro da ripartirsi secondo la tabella allegata all'Accordo (Allegato B – tab. 1);
- *Piano Nazionale della Prevenzione*: per l'anno 2012 si conferma il vincolo di 240 milioni di euro ripartiti secondo la tabella allegata all'Accordo (Allegato B – tab. 1);

CONSIDERATO che l'Allegato A – parte II al predetto Accordo del 22/11/2012, rep. atti n.227/CSR, introduce per l'anno 2012 ulteriori linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate ai sensi dell'art.1, commi 34 e 34bis, della legge 23 dicembre 1996, n.662 per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, di seguito riepilogate con indicazione del relativo vincolo:

- *Misure dirette al contrasto delle disuguaglianze in sanità*: vincolo di 50 milioni di euro da ripartirsi secondo la tabella allegata all'Accordo (Allegato B – tab.2);
- *Misure dirette alla promozione dell'approccio di genere in sanità*: vincolo di 10 milioni di euro da ripartirsi secondo la tabella allegata all'Accordo (Allegato B – tab.2);
- *Diagnosi di infezione da HIV*: vincolo di 15 milioni di euro da ripartirsi secondo la tabella allegata all'Accordo (Allegato B – tab.2);
- *Promozione di una rete nazionale per i tumori rari*: vincolo di 15 milioni di euro da ripartirsi secondo la tabella allegata all'Accordo (Allegato B – tab.2);
- *Sorveglianza epidemiologica e presa in carico delle patologie asbesto correlate*: vincolo di 10 milioni di euro da ripartirsi secondo la tabella allegata all'Accordo (Allegato B – tab.2);

RIBADITA la 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;

RIBADITO che le aziende sanitarie richiamate nel presente provvedimento dovranno tenere conto, ai fini della predisposizione ed adozione del Bilancio d'esercizio 2013, del presente provvedimento di riparto del finanziamento assegnato per il medesimo esercizio e delle eventuali successive modifiche ed integrazioni;

CONSIDERATO che, in virtù dell'attuale assetto organizzativo dell'Assessorato alla Salute della Regione Lazio, le linee progettuali da implementare per l'anno 2013 possono essere suddivise tra le Aree delle Direzioni Regionali dell'Assessorato alla Salute come di seguito specificato:

LINEA	DESCRIZIONE	STRUTTURA
1.1	Cure primarie: miglioramento della rete assistenziale	Area Programmazione dei servizi territoriali e delle attività distrettuali dell'integrazione socio sanitaria
1.2	Cure primarie: continuità delle cure in un sistema integrato	Area Programmazione dei servizi territoriali e delle

IL COMMISSARIO AD ACTA
(delibera del Consiglio dei Ministri del 7 gennaio 2013)

		attività distrettuali dell'integrazione socio sanitaria/ Area Programmazione della rete ospedaliera(pubblica-privata-policlinici universitari) e ricerca
2.1	Non autosufficienza: la rete dei servizi territoriali per la non autosufficienza	Area Programmazione dei servizi territoriali e delle attività distrettuali dell'integrazione socio sanitaria
2.2	Non autosufficienza: assistenza a pazienti affetti da malattie neurologiche degenerative e invalidanti	Area Programmazione dei servizi territoriali e delle attività distrettuali dell'integrazione socio sanitaria
2.3	Non autosufficienza: assistenza a pazienti affetti da demenza	Area Programmazione dei servizi territoriali e delle attività distrettuali dell'integrazione socio sanitaria
3.0	Non autosufficienza: promozione di modelli organizzativi assistenziali dei pazienti in stato vegetativo e di minima coscienza nella fase di cronicità	Area Programmazione dei servizi territoriali e delle attività distrettuali dell'integrazione socio sanitaria
4.0	Cure palliative e terapia del dolore	Area Programmazione della rete ospedaliera(pubblica-privata-policlinici universitari) e ricerca
5.1.1 5.1.2	Interventi per le biobanche di materiale umano: sangue cordonale	Area Programmazione della rete ospedaliera(pubblica-privata-policlinici universitari) e ricerca
5.2	Interventi per le biobanche di materiale umano: tessuto muscolo scheletrico	Area Programmazione della rete ospedaliera(pubblica-privata-policlinici universitari) e ricerca
6.1	Sanità penitenziaria: tutela delle detenute sottoposte a provvedimenti penali e della loro prole	Area Programmazione della rete dei servizi dei soggetti deboli (salute mentale-dipendenze-carceri)
6.2	Sanità penitenziaria: salute mentale	Area Programmazione della rete dei servizi dei soggetti deboli (salute

IL COMMISSARIO AD ACTA
(delibera del Consiglio dei Ministri del 7 gennaio 2013)

		mentale-dipendenze-carceri)
6.3	Sanità penitenziaria: salute dei minori	Area Programmazione della rete dei servizi dei soggetti deboli (salute mentale-dipendenze-carceri)
6.4	Sanità penitenziaria: sistema informativo	Area Programmazione della rete dei servizi dei soggetti deboli (salute mentale-dipendenze-carceri)
7.0	Efficienza fisica dell'anziano	Non implementata
8.1	Tutela della maternità e promozione dell'appropriatezza del percorso nascita: favorire l'allattamento al seno anche attraverso l'integrazione ospedale-territorio	Area Programmazione della rete ospedaliera(pubblica-privata-policlinici universitari) e ricerca
8.2	Tutela della maternità e promozione dell'appropriatezza del percorso nascita: razionalizzazione dell'attività di ricovero pazienti in età evolutiva (reparto di pediatria)	Area Programmazione della rete ospedaliera(pubblica-privata-policlinici universitari) e ricerca
8.3	Tutela della maternità e promozione dell'appropriatezza del percorso nascita: realizzazione e monitoraggio rete di assistenza perinatale	Area Programmazione della rete ospedaliera(pubblica-privata-policlinici universitari) e ricerca
8.4	Tutela della maternità e promozione dell'appropriatezza del percorso nascita: supporto alla gravidanza in condizioni di "vulnerabilità" e prevenzione dell'interruzione volontaria di gravidanza	Area Programmazione dei servizi territoriali e delle attività distrettuali dell'integrazione socio sanitaria/ Area Programmazione della rete ospedaliera(pubblica-privata-policlinici universitari) e ricerca
9.0	Malattie rare	Area Programmazione della rete ospedaliera(pubblica-privata-policlinici universitari) e ricerca
10.0	Valorizzazione del volontariato	Non implementata
11.0	Riabilitazione	Non implementata
12.0	Salute mentale	Area Programmazione della rete dei servizi dei soggetti deboli (salute mentale-dipendenze-carceri)
13.0	Piano nazionale della prevenzione	Area Promozione della

IL COMMISSARIO AD ACTA
(delibera del Consiglio dei Ministri del 7 gennaio 2013)

		salute e screening
14.0	Contrasto delle disuguaglianze in sanità	Area Programmazione della rete dei servizi dei soggetti deboli (salute mentale-dipendenze-carceri)/Area giuridico normativa istituzionale
15.0	Promozione dell'approccio di genere in sanità	Area Programmazione della rete ospedaliera(pubblica-privata-policlinici universitari) e ricerca
16.0	Diagnosi da infezione da HIV	Area Promozione della salute e screening
17.0	Promozione di rete nazionale per i tumori rari	Area Programmazione della rete ospedaliera(pubblica-privata-policlinici universitari) e ricerca
18.0	Sorveglianza epidemiologica amianto	Area Sicurezza nei luoghi di lavoro

TENUTO CONTO dei progetti pervenuti all'Area Risorse Finanziarie, Analisi di Bilancio e Contabilità Analitica e Crediti Sanitari dai responsabili delle singole linee progettuali;

PRESO ATTO che secondo le modalità sopra descritte e nel rispetto delle relative competenze, le strutture individuate hanno elaborato il Piano Regionale per l'anno 2013, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente atto, il quale contiene le schede per ciascuna linea progettuale, predisposte nel rispetto dei vincoli di destinazione sopra ricordati;

RITENUTO di ripartire, come di seguito indicato, le risorse economiche tra le varie linee progettuali sulla base della rilevanza sociale e delle peculiarità di ciascuna in relazione all'incidenza della medesima sull'offerta di salute pubblica:

LINEA	DESCRIZIONE	VINCOLO	ASSEGNAZIONE
1.1	Cure primarie: miglioramento della rete assistenziale	€ 37.969.635,00	€ 37.269.635,00
1.2	Cure primarie: continuità delle cure in un sistema integrato		€ 700.000,00
2.1	Non autosufficienza: la rete dei servizi territoriali per la non autosufficienza	€ 25.428.205,00 di cui € 2.119.017,00 per la linea 2.2; € 2.119.017,00 per la linea 2.3 e € 2.119.017,00 per la linea 3.0	€ 19.071.154,00
2.2	Non autosufficienza: assistenza a pazienti affetti da malattie neurologiche degenerative e invalidanti		€ 2.119.017,00
2.3	Non autosufficienza: assistenza a pazienti affetti da demenza		€ 2.119.017,00

IL COMMISSARIO AD ACTA
(delibera del Consiglio dei Ministri del 7 gennaio 2013)

3.0	Non autosufficienza: promozione di modelli organizzativi assistenziali dei pazienti in stato vegetativo e di minima coscienza nella fase di cronicità		€ 2.119.017,00
4.0	Cure palliative e terapia del dolore	€ 10.595.085,00	€ 10.595.085,00
5.1.1 5.1.2	Interventi per le biobanche di materiale umano: sangue cordonale	€ 1.589.263,00	€ 1.000.000,00
5.2	Interventi per le biobanche di materiale umano: tessuto muscolo scheletrico		€ 600.000,00
6.1	Sanità penitenziaria: tutela delle detenute sottoposte a provvedimenti penali e della loro prole	€ 0,00	€ 1.300.000,00
6.2	Sanità penitenziaria: salute mentale		€ 1.300.000,00
6.3	Sanità penitenziaria: salute dei minori		€ 716.875,00
6.4	Sanità penitenziaria: sistema informativo		€ 735.854,00
7.0	Efficienza fisica dell'anziano	€ 0,00	€ 0,00
8.1	Tutela della maternità e promozione dell'appropriatezza del percorso nascita: favorire l'allattamento al seno anche attraverso l'integrazione ospedale-territorio	€ 0,00	€ 1.200.000,00
8.2	Tutela della maternità e promozione dell'appropriatezza del percorso nascita: razionalizzazione dell'attività di ricovero pazienti in età evolutiva (reparto di pediatria)	€ 0,00	€ 10.500.000,00
8.3	Tutela della maternità e promozione dell'appropriatezza del percorso nascita: realizzazione e monitoraggio rete di assistenza perinatale	€ 0,00	€ 6.797.915,63
8.4	Tutela della maternità e promozione dell'appropriatezza del percorso nascita: supporto alla gravidanza in condizioni di "vulnerabilità" e prevenzione dell'interruzione volontaria di gravidanza	€ 2.119.017,00	€ 2.119.017,00
9.0	Malattie rare	€ 2.119.017,00	€ 3.060.381,00

IL COMMISSARIO AD ACTA
(delibera del Consiglio dei Ministri del 7 gennaio 2013)

10.0	Valorizzazione del volontariato	€ 0,00	€ 0,00
11.0	Riabilitazione	€ 0,00	€ 0,00
12.0	Salute mentale	€ 0,00	€ 3.771.969,53
13.0	Piano nazionale della prevenzione	€ 25.428.205,00	€ 30.479.876,00
14.0	Contrasto delle disuguaglianze in sanità	€ 5.297.543,00	€ 5.297.543,00
15.0	Promozione dell'approccio di genere in sanità	€ 1.059.509,00	€ 1.467.775,56
16.0	Diagnosi da infezione da HIV	€ 1.589.263,00	€ 1.707.664,19
17.0	Promozione di rete nazionale per i tumori rari	€ 1.589.263,00	€ 4.771.236,09
18.0	Sorveglianza epidemiologica amianto	€ 1.059.509,00	€ 1.059.509,00
TOTALE		€ 115.843.514,00	€ 151.878.541,00

VISTA la complessiva ripartizione delle risorse, così come indicata nelle singole schede relative alle linee progettuali (**Allegato 1**, “*Piano Sanitario Regionale 2013*”) e riassunta nel prospetto che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento (**Allegato 2**), effettuata tra le Aziende del SSR in base ai criteri esplicitati all'interno dei singoli progetti;

CONSIDERATO che, al fine di predisporre la relazione illustrativa dei risultati raggiunti nel corso dell'anno 2013, 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, si rende necessaria la rendicontazione dei costi sostenuti nel corso dell'anno 2013 dai destinatari del finanziamento entro il 31 marzo 2014, come pure, nel medesimo termine, la trasmissione alla struttura regionale di riferimento della relazione sull'attività svolta;

PRESO ATTO che, in conformità a quanto previsto dal D. Lgs. 23 giugno 2011, n.118, le quote assegnate ma non utilizzate dalle Aziende nel corso dell'esercizio sono accantonate in un apposito fondo spese (conto 515040101) 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;

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

DECRETA

- di approvare il “Piano Regionale 2013”, avente ad oggetto le linee progettuali come in narrativa specificate, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente atto (**Allegato 1**);
- di approvare la ripartizione della quota del fondo vincolato, secondo il prospetto riepilogativo, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente atto (**Allegato 2**);
- di autorizzare le Aziende del SSR destinatarie dei finanziamenti a fare quanto

IL COMMISSARIO AD ACTA
(delibera del Consiglio dei Ministri del 7 gennaio 2013)

necessario per implementare le linee di attività in maniera conforme a quanto previsto dal Piano Regionale 2013, previa designazione, per ciascuna linea, di un referente aziendale, da comunicarsi ai referenti regionali entro 15 giorni dalla notificazione del presente provvedimento;

- di approvare, per ciascuna linea progettuale, le modalità di riparto delle risorse indicate in ciascuna scheda, con obbligo dei destinatari dei finanziamenti di procedere alla rendicontazione delle attività svolte e delle spese sostenute nell'esercizio 2013, entro e non oltre il 31 marzo 2014 e, nel medesimo termine, di trasmettere una relazione sull'attività svolta;
- di stabilire, in conformità a quanto previsto D. Lgs. 23 giugno 2011, n.118, che le quote assegnate ma non utilizzate dalle Aziende nel corso dell'esercizio sono accantonate in un apposito fondo spese (contro 515040101) 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;
- di incaricare le singole aree responsabili delle linee progettuali ad effettuare la liquidazione e l'erogazione delle somme relative ai progetti svolti per i quali la Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria provvederà con determinazione dirigenziale a porre in essere gli atti per assicurare la piena attuazione del presente provvedimento con particolare riferimento all'accertamento delle entrate e agli impegni di spesa relativi.

Il presente decreto sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio e notificato a tutti i soggetti destinatari delle risorse individuati nelle schede riepilogative delle singole linee progettuali.

NICOLA ZINGARETTI

PIANO SANITARIO REGIONALE 2013

INDICE

N.	DESCRIZIONE
1.1	Miglioramento della rete assistenziale
1.2	Miglioramento della rete assistenziale: Continuità delle cure in un sistema integrato
2.1	La non autosufficienza: la rete dei servizi territoriali per la non autosufficienza
2.2	La non autosufficienza: assistenza ai pazienti affetti da malattie neurologiche degenerative e invalidanti
2.3	La non autosufficienza: assistenza ai pazienti affetti da Demenza
3	La promozione di modelli organizzativi e assistenziali dei pazienti in stato vegetativo e di minima coscienza
4	Cure palliative e terapia del dolore
5.1.1	Interventi per le biobanche di materiale umano. Sangue cordonale. ASL RM/C
5.1.2	Interventi per le biobanche di materiale umano. Sangue cordonale. Policlinico Umberto I
5.2	Interventi per le biobanche di materiale umano. Tessuto Muscolo - Scheletrico
6.1	Sanità penitenziaria: la tutela delle detenute sottoposte a provvedimenti penali e della loro prole
6.2	Sanità penitenziaria: la salute mentale
6.3	Sanità penitenziaria: la salute dei minori
6.4	Sanità penitenziaria: sistema informativo
8.1	Tutela della maternità: favorire l'allattamento al seno anche attraverso l'integrazione ospedale territorio
8.2	Tutela della maternità: razionalizzazione dell'attività di ricovero pazienti in età evolutiva
8.3	Tutela della maternità: realizzazione e monitoraggio rete di assistenza perinatale
8.4	Tutela della maternità: supporto alle gravidanze in condizioni di "vulnerabilità" e prevenzione dell'interruzione volontaria di gravidanza
9	Malattie rare
12	Latium Mental Health
13	Piano Nazionale della Prevenzione
14	Contrasto alle disuguaglianze in sanità
15	Promozione dell'approccio di genere in sanità
16	Diagnosi di infezione da HIV
17	Promozione di rete nazionale per i tumori rari
18	Sorveglianza epidemiologica Amianto

ALLEGATO 2

Linea Progettuale		1.1	1.2	2.1	2.2	2.3	3.0	4.0	5.1.1	5.1.2	5.2	6.1	6.2	6.3	6.4	7.0
DESCRIZIONE		Cure primarie: miglioramento della rete assistenziale	Cure primarie: continuità delle cure in un sistema integrato	Non autosufficienza: rete dei servizi territoriali per la non autosufficienza	Non autosufficienza: assistenza a pazienti affetti da malattie neurologiche e degenerative e invalidanti	Non autosufficienza: assistenza a pazienti in stato di demenza	Non autosufficienza: promozione di modelli organizzativi assistenziali dei pazienti in stato vegetativo e di minima coscienza nella fase di cronicità	Cure palliative e terapia del dolore	Interventi per le biobanche di materiale umano: sangue cordonale	Interventi per le biobanche di materiale umano: sangue cordonale	Interventi per le biobanche di materiale umano: tessuto muscolo scheletrico	Sanità penitenziaria: tutela delle detenute sottoposte a provvedimenti penali e della loro prole	Sanità penitenziaria: salute mentale	Sanità penitenziaria: salute dei minori	Sanità penitenziaria: sistema informativo	Efficienza fisica dell'anziano
AZIENDA	IMPORTO	IMPORTO	IMPORTO	IMPORTO	IMPORTO	IMPORTO	IMPORTO	IMPORTO	IMPORTO	IMPORTO	IMPORTO	IMPORTO	IMPORTO	IMPORTO	IMPORTO	IMPORTO
ASL ROMA A	3.297.393,70	1.697.301,30	1.877.477,90	187.477,90	187.477,90	187.477,90	58.074,80	727.483,57				1.087.070,00	290.014,18	79.038,27	73.585,43	
ASL ROMA B	4.416.489,00	2.299.550,80	251.105,60	251.105,60	251.105,60	251.105,60	67.784,70	974.382,67					411.933,59	154.610,55	183.963,48	
ASL ROMA C	3.843.319,10	1.966.655,50	218.517,30	218.517,30	218.517,30	218.517,30	67.893,80	847.927,76	363.003,90							
ASL ROMA D	3.704.676,30	1.895.710,90	210.634,50	210.634,50	210.634,50	210.634,50	815.407,50	815.407,50					16.401,23	68.056,76	18.396,35	
ASL ROMA E	3.695.917,90	1.891.729,10	210.136,60	210.136,60	210.136,60	210.136,60	527.705,50	815.407,50					23.932,83	70.952,77	18.396,35	
ASL ROMA F	1.945.214,10	995.380,80	110.597,80	110.597,80	110.597,80	110.597,80	34.259,80	429.160,52					120.245,15	65.749,89	91.981,74	
ASL ROMA G	3.030.505,80	1.550.732,70	172.303,60	172.303,60	172.303,60	172.303,60	53.274,30	668.601,25					99.993,84	59.545,76	45.990,87	
ASL ROMA H	3.327.619,40	1.702.768,00	189.196,40	189.196,40	189.196,40	189.196,40	58.607,10	734.152,07					115.537,25	64.284,24	45.990,87	
ASL VITERBO	2.158.284,60	1.104.410,50	122.712,30	122.712,30	122.712,30	122.712,30	38.012,40	476.168,96					50.317,40	44.401,83	45.990,87	
ASL RIETI	1.152.265,30	589.622,90	65.513,70	65.513,70	65.513,70	65.513,70	20.294,10	254.217,15					27.402,16	37.416,09	45.990,87	
ASL LATINA	3.441.515,40	1.761.049,40	195.672,10	195.672,10	195.672,10	195.672,10	60.613,10	759.280,25					144.221,88	73.028,74	165.567,17	
ASL FROSINONE	3.256.434,40	1.666.342,10	185.149,20	185.149,20	185.149,20	185.149,20	57.353,40	718.447,00								
AO SAN CAMILLO - FORLANINI							1.000.000,00	177.449,00								
AO SAN GIOVANNI								177.449,00								
AO SAN FILIPPO NERI								253.911,00								
POLICLINICO UMBERTO I								177.449,00								
I.F.O.								177.449,00								
I.N.M.I.								177.449,00								
AO S. ANDREA								253.911,00								
POLICLINICO TOR VERGATA																
ARES - 118																
G.S.A.																
TOTALI	37.269.635,00	700.000,00	19.071.154,00	2.119.017,00	2.119.017,00	2.119.017,00	2.119.017,00	10.598.085,00	363.003,90	636.996,10	690.000,00	1.300.000,00	1.300.000,00	716.875,00	735.854,00	-

Linea Progettuale		8.1	8.2	8.3	8.4	9.0	10.0	11.0	12.0	13.0	14.0	15.0	16.0	17.0	18.0	TOTALE
DESCRIZIONE		Tutela della maternità e promozione dell'appropriatezza del percorso nascita: favorire l'allattamento al seno anche attraverso l'integrazione ospedale-territorio	Tutela della maternità e promozione dell'appropriatezza del percorso nascita: razionalizzazione dell'attività di ricovero pazienti in età evolutiva (reparto di pediatria)	Tutela della maternità e promozione dell'appropriatezza del percorso nascita: realizzazione e monitoraggio rete di assistenza perinatale (reparto di pediatria)	Tutela della maternità e promozione dell'appropriatezza del percorso nascita: gravidanza in condizioni di "vulnerabilità" e prevenzione dell'interruzione volontaria di gravidanza	Malattie rare	Valorizzazione del volontariato	Riabilitazione	Salute mentale	Piano nazionale della prevenzione	Contrasto delle disuguaglianze in sanità	Promozione dell'approccio di genere in sanità	Diagnosi da infezione da HIV	Promozione di rete nazionale per i tumori rari	Sorveglianza epidemiologica anamio	
AZIENDA	IMPORTO	IMPORTO	IMPORTO	IMPORTO	IMPORTO	IMPORTO	IMPORTO	IMPORTO	IMPORTO	IMPORTO	IMPORTO	IMPORTO	IMPORTO	IMPORTO	IMPORTO	IMPORTO
ASL ROMA A	69.292,80	132.737,27	132.737,27	132.737,27	132.737,27	132.737,27	132.737,27	132.737,27	132.737,27	132.737,27	132.737,27	132.737,27	132.737,27	132.737,27	132.737,27	132.737,27
ASL ROMA B	136.618,88	521.908,93	888.889,30	163.711,49	100.000,00	100.000,00	100.000,00	100.000,00	100.000,00	100.000,00	100.000,00	100.000,00	100.000,00	100.000,00	100.000,00	100.000,00
ASL ROMA C	81.897,73	463.000,00	630.632,00	136.289,68	300.000,00	300.000,00	300.000,00	300.000,00	300.000,00	300.000,00	300.000,00	300.000,00	300.000,00	300.000,00	300.000,00	300.000,00
ASL ROMA D	89.806,72	480.150,14	146.695,03	134.898,97	300.000,00	300.000,00	300.000,00	300.000,00	300.000,00	300.000,00	300.000,00	300.000,00	300.000,00	300.000,00	300.000,00	300.000,00
ASL ROMA E	81.616,64	100.000,00	100.000,00	137.895,41	150.000,00	150.000,00	150.000,00	150.000,00	150.000,00	150.000,00	150.000,00	150.000,00	150.000,00	150.000,00	150.000,00	150.000,00
ASL ROMA F	57.763,84	224.814,35	377.777,96	72.702,68	48.413,96	48.413,96	48.413,96	48.413,96	48.413,96	48.413,96	48.413,96	48.413,96	48.413,96	48.413,96	48.413,96	48.413,96
ASL ROMA G	101.439,56	1.203.595,61	146.695,03	119.210,48	135.000,00	135.000,00	135.000,00	135.000,00	135.000,00	135.000,00	135.000,00	135.000,00	135.000,00	135.000,00	135.000,00	135.000,00
ASL ROMA H	101.093,58	1.273.317,63	146.695,03	119.601,15	132.154,55	132.154,55	132.154,55	132.154,55	132.154,55	132.154,55	132.154,55	132.154,55	132.154,55	132.154,55	132.154,55	132.154,55
ASL VITERBO	88.820,00	405.440,00	146.695,03	84.833,23	31.765,13	31.765,13	31.765,13	31.765,13	31.765,13	31.765,13	31.765,13	31.765,13	31.765,13	31.765,13	31.765,13	31.765,13
ASL LATINA	72.417,60	310.000,00	326.000,00	47.294,17	35.000,00	35.000,00	35.000,00	35.000,00	35.000,00	35.000,00	35.000,00	35.000,00	35.000,00	35.000,00	35.000,00	35.000,00
ASL RIETI	69.098,88	1.237.693,22	349.390,04	176.545,70	300.000,00	300.000,00	300.000,00	300.000,00	300.000,00	300.000,00	300.000,00	300.000,00	300.000,00	300.000,00	300.000,00	300.000,00
ASL FROSINONE	69.110,26	1.275.480,57	1.215.338,63	134.898,97	69.859,72	69.859,72	69.859,72	69.859,72	69.859,72	69.859,72	69.859,72	69.859,72	69.859,72	69.859,72	69.859,72	69.859,72
AO SAN CAMILLO - FORLANINI	60.000,00	670.000,00	650.000,00	450.000,00	241.000,00	241.000,00	241.000,00	241.000,00	241.000,00	241.000,00	241.000,00	241.000,00	241.000,00	241.000,00	241.000,00	241.000,00
AO SAN GIOVANNI	60.000,00	356.974,00	607.895,00	611.111,31	91.098,00	91.098,00	91.098,00	91.098,00	91.098,00	91.098,00	91.098,00	91.098,00	91.098,00	91.098,00	91.098,00	91.098,00
AO SAN FILIPPO NERI	60.000,00	1.170.857,01	611.111,31	91.098,00	1.033.603,00	1.033.603,00	1.033.603,00	1.033.603,00	1.033.603,00	1.033.603,00	1.033.603,00	1.033.603,00	1.033.603,00	1.033.603,00	1.033.603,00	1.033.603,00
I.F.O.																
AO S. ANDREA																
POLICLINICO TOR VERGATA																
ARES - 118																
G.S.A.																
TOTALI	1.200.000,00	10.500.000,00	6.797.915,63	2.119.017,00	3.060.381,00	3.060.381,00	-	-	3.771.969,53	30.478.876,00	5.297.543,00	1.467.775,56	1.707.664,19	4.771.236,09	1.059.599,00	151.878.544,00

LINEA PROGETTUALE: 1.1

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	Cure primarie
TITOLO DEL PROGETTO	Miglioramento della rete assistenziale
DURATA DEL PROGETTO	2013
REFERENTE	Dott. Valentino Mantini

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 37.269.635,00
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2013	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	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 (residenzialità infermieristica, assistenza farmaceutica, punto di primo intervento, ecc.). La Casa della Salute riassume i modelli organizzativi utilizzati sino ad oggi nelle normative prodotte a livello regionale (CeCaD, PTP, Ospedali distrettuali). La realizzazione delle Case della Salute sul territorio regionale riguarderà prioritariamente, nella prima fase, le strutture ospedaliere che hanno già avviato percorsi di riconversione in ottemperanza al DCA 80/2010 e s.m.i., in primo luogo quelle per le quali non è in atto alcun tipo di contenzioso.
----------	--

DESCRIZIONE	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.) . Possono essere inoltre previste, a seconda delle necessità del territorio, altre figure professionali. 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 Emergenza/urgenza Punto di primo intervento (PPI)
-------------	---

	FUNZIONI AGGIUNTIVE Unità di degenza infermieristica Centri territoriali per demenze Centri antiviolenza Assistenza farmaceutica Attività fisica adattata 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 contenzioso ed un'intesa formale con la Regione. 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).
OBIETTIVI	1) Attivazione di uno specifico gruppo tecnico di lavoro presso la Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria 2) Elaborazione di linee guida regionali relative all'organizzazione della Casa della Salute 3) Ricognizione delle attività territoriali svolte presso le strutture ospedaliere oggetto del processo di riconversione 4) Predisposizione di uno schema di intesa con le ASL finalizzato alla realizzazione della Casa della Salute nelle strutture in riconversione 5) Qualificazione/potenziamento delle attività assistenziali territoriali svolte sia nelle strutture oggetto di riconversione che nei restanti servizi distrettuali
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	2013
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	- Provvedimento di istituzione di specifico Gruppo tecnico di lavoro regionale sulle Case della Salute - Elaborazione e formalizzazione del documento relativo alle linee guida regionali sull'organizzazione della Casa della Salute - Predisposizione delle schede per la ricognizione delle attività territoriali svolte presso le strutture ospedaliere oggetto del processo di riconversione e acquisizione dei relativi dati - Predisposizione di uno schema di intesa con le ASL finalizzato alla realizzazione della Casa della Salute nelle strutture in riconversione - Consolidamento delle funzioni territoriali svolte dalle strutture

	oggetto di riconversione
RISULTATI ATTESI	Consolidamento/potenziamento e riorganizzazione dell'assistenza territoriale anche attraverso la riconversione in funzioni territoriali dei presidi ospedalieri di cui al DCA 80/2010 e la realizzazione delle funzioni di Casa della Salute a livello distrettuale.

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.

AZIENDA	IMPORTO
ASL RM A	3.297.393,7
ASL RM B	4.416.489,0
ASL RM C	3.843.319,1
ASL RM D	3.704.676,3
ASL RM E	3.695.917,9
ASL RM F	1.945.214,1
ASL RM G	3.030.505,8
ASL RM H	3.327.619,4
ASL VITERBO	2.158.284,6
ASL RIETI	1.152.265,3
ASL LATINA	3.441.515,4
ASL FROSINONE	3.256.434,4
TOTALE	37.269.635,00

LINEA PROGETTUALE: 1.2

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

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	Lazio
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	Cure primarie
TITOLO DEL PROGETTO	Miglioramento della rete assistenziale
DURATA DEL PROGETTO	2013
REFERENTE	Dr. Valentino Mantini Dr. Domenico Di Lallo

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 700.000,00
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2011	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

PROGETTO - AZIENDA SANITARIA REGIONALE ARES 118

Continuità delle cure in un Sistema Integrato : Modelli Organizzativi 118 Centrale d'Ascolto CA

Progetto Attività Anno 2013

PREMESSA	L'appropriatezza organizzativa delle prestazioni sanitarie, si attua attraverso lo sviluppo di modelli organizzativi diversificati, adattabili ai diversi contesti territoriali, in una logica di integrazione tra i diversi percorsi assistenziali caratterizzati da approcci multidisciplinari e per livelli di assistenza La Regione Lazio nell'ambito dei programmi di razionalizzazione e riorganizzazione della rete ospedaliera, sta sviluppando dei nuovi modelli di integrazione funzionale ed operativa della assistenza primaria alla popolazione, nell'ottica di individuare nell'ospedale la sede per il trattamento delle patologie acute e delle patologie che richiedono un livello organizzativo di alta specialità, e nel contempo definire dei percorsi alternativi all'ospedalizzazione che garantiscano
-----------------	--

	la fruibilità di servizi sanitari territoriali ai bisogni del cittadino. ARES 118, Azienda Sanitaria dedicata alla gestione del soccorso primario sul territorio, della Regione Lazio , e della Centrale della Continuità Assistenziale già Guardia Medica di Roma e Provincia integra la risposta ai bisogni urgenza e non urgenza del cittadino.
IL CONTESTO DELLA ATTIVITA'	L'Azienda Regionale Emergenza Sanitaria 118 del Lazio (ARES 118), definita con la Legge Regionale n.9 del 3/8/2004, è organizzata in cinque Centrali Operative Provinciali (C.O.P.) e una Centrale Operativa Regionale (C.O.R.). L'ARES 118, ha come "mission" quella di assicurare l'erogazione delle necessarie prestazioni di soccorso sul territorio, tramite la C.O.P. 118 di Roma e provincia, la Centrale Operativa Regionale 118, Centrale di Ascolto (C.A.) di Roma e provincia. La Centrale Operativa Regionale ARES 118 (COR) oltre che gestire la ricerca posto letto e il trasporto secondario inter-ospedaliero in area critica, gestisce e coordina la Centrale di Ascolto (C.A.) di Roma e Provincia, operando in modo congiunto con i medici del territorio (Medici di Guardia medica, Medici di Medicina Generale, Pediatri di libera scelta, ecc). Alla C. A. afferiscono 30 postazioni di guardia territoriale, di cui 24 collocate nelle AA. SS. LL urbane (RMA – RMB – RMC – RMD – RME) e 6 in ambito provinciale (parte del territorio della AA. SS. LL. RMF - RM G). La C. A. del Servizio di Continuità Assistenziale e le C. O. P. 118 rappresentano un servizio sanitario pubblico essenziale di prima risposta ai bisogni dei cittadini. L'attività integrata della C. A. con le attività della C. O. P. 118 realizza il <u>primo momento di accoglienza della domanda</u> di salute della popolazione e attiva una mirata e concreta presa in carico del bisogno di salute espresso.
VALUTAZIONE DELLE ATTIVITA' DI MIGLIORAMENTO DELLA	La Centrale di C. A alla richiesta del cittadino può decidere di:

RISPOSTA	• Inviare a domicilio i medici itineranti di guardia medica per visita domiciliare • Fornire Consulenza telefonica per supporto_terapeutico; clinico_assistenziale; • Inviare una ambulanza ove risulti altresì una situazione di Emergenza - Urgenza Il 98 % delle richieste viene gestito tramite Continuità Assistenziale evitando il ricovero ospedaliero . Le visite domiciliari costituiscono il 30% Il Volume di attività delle richieste è pari a circa 350.000 richieste /anno con una media per turno di 600 chiamate nelle ore notturne e 1.000 chiamate nei festivi. Particolare peso dal punto di vista dell'impegno organizzativo assumono in tale contesto le richieste per situazioni di bassa intensità clinica, che tuttavia richiedono intervento medico domiciliare , quali le situazioni di sindrome febbrile influenzale in pazienti che svolgono attività lavorativa (lavoratori turnisti) che per giustificare dell'assenza necessitano di certificazione medica dopo la visita medica domiciliare. Tali pazienti, in particolari 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. In particolare si è osservato come tali chiamate costituiscano l'80% delle richieste in orario 20.00-22.00 nei turni notturni e nelle giornate di Sabato – Domenica o pre-festivi e festivi. 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.
------------------------	---

DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'	Il presente progetto si propone di attivare un sotto-sistema autonomo con strutture tecnologiche e personale dedicato ove shuntare le richieste di bassa intensità che necessitano di visita medica per motivi medico legali legati alla attività lavorativa , da attivarsi nei giorni festivi – pre –festivi a inizio turno nelle ore notturne. Tale sotto-sistema sarà composto da un Centralino risponditore dedicato, personale Medico e di supporto per l'accoglienza e la gestione delle chiamate.
------------------------------------	--

OBIETTIVO PRIMARIO	Obbiettivo 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.
---------------------------	---

OBIETTIVI SECONDARI	• Migliorare l'accesso alla Centrale di C.A. • Risposte adeguate ai bisogni della popolazione • Incremento delle risposte ai bisogni del cittadino • Individuare nella Centrale di Continuità Assistenziale un sotto –percorso per pazienti non critici che necessitano di basso livello clinico assistenziale, non gestibile tramite consulenza telefonica.
----------------------------	---

RISULTATI ATTESI	• Migliorare la fruibilità delle risorse sanitarie esistenti, con particolare riguardo ai servizi di cure primarie attraverso un facile e rapido accesso a tutti gli utenti. • Attuare i principi della risposta graduata ai bisogni espressi garantendo equità di utilizzo dei servizi a parità di bisogno • Migliorare la risposta a situazioni di particolare impegno. • Favorire la cultura dell'integrazione e dello scambio tra i diversi attori del SSR
-------------------------	---

PERIODO DI ATTIVITA'	Anno 2013
-----------------------------	-----------

DESTINATARI DEL FINANZIAMENTO E CRITERI DI RIPARTIZIONE	
COSTO PREVISTO	€ 700.000,00

LINEA PROGETTUALE: 2.1

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	LA NON AUTOSUFFICIENZA
TITOLO DEL PROGETTO	La rete dei servizi territoriali per la non autosufficienza
DURATA DEL PROGETTO	2013
REFERENTE	Dr. Valentino Mantini

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 19.071.154,00
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2013	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	Coerentemente con i contenuti della linea progettuale definiti per l'anno 2012, si confermano gli obiettivi relativi al potenziamento della rete dei servizi per la non autosufficienza e all'implementazione di strumenti utili a sostenere il processo di qualificazione dell'assistenza erogata dai servizi territoriali nell'ambito della integrazione sociosanitaria.
DESCRIZIONE	Il progetto per la non autosufficienza prevede i seguenti ambiti di attività: (1) Punto Unico di Accesso (PUA) Si prevede: ▪ consolidamento delle attività relative al Punto Unico di Accesso integrato sociosanitario nei distretti delle ASL regionali; ▪ monitoraggio dello stato di attivazione dei PUA. (2) Valutazione Multidimensionale (VMD) e Piano di Assistenza Individuale (PAI) Si prevede: ▪ 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; ▪ il consolidamento/potenziamento dell'attività di assistenza domiciliare, finalizzata alla gestione dei PAI per le persone non autosufficienti, anche anziane; ▪ rafforzamento delle attività di assistenza residenziale e semiresidenziale a persone non autosufficienti, anche anziane (3) Sistema informativo ADI, RSA e Sistema Informativo Assistenza Territoriale (SIAT) Si prevede: ▪ l'attuazione di interventi finalizzati al miglioramento della qualità delle informazioni notificate al Sistema Informativo delle Residenze Sanitarie Assistenziali (SIRA); ▪ l'attuazione di interventi finalizzati al miglioramento della completezza e della qualità delle informazioni registrate nell'ambito del Sistema Informativo dell'Assistenza Domiciliare (SIAD) ▪ realizzazione del prototipo del Sistema Informativo Assistenza Territoriale (SIAT), con particolare riferimento alla funzione PUA;
OBIETTIVI	1) Consolidamento/potenziamento delle attività dei PUA; 2) Potenziamento della funzione di VMD; 3) consolidamento/potenziamento dell'assistenza domiciliare per le persone non autosufficienti; 4) Rafforzamento delle attività di assistenza residenziale e semiresidenziale a persone non autosufficienti, anche anziane; 5) Miglioramento della completezza e della qualità delle informazioni dei Sistemi informativi SIRA e SIAD; 6) realizzazione del prototipo del Sistema Informativo Assistenza Territoriale (SIAT), con particolare riferimento alla funzione PUA.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	2013
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	- numero di operatori impegnati nei PUA - del prototipo del Sistema Informativo Assistenza Territoriale (SIAT); - numero di soggetti assistiti a domicilio dalle ASL; - numero di soggetti assistiti in strutture residenziali e semiresidenziali per persone non autosufficienti, anche anziane; - completezza dei dati SIAD; - 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.

RISULTATI ATTESI	Risultati attesi: Garanzia della presa in carico sociosanitaria del cittadino non autosufficiente nell'ambito della rete dei servizi distrettuali, secondo criteri di appropriatezza ed equità. Implementazione di strumenti organizzativo-gestionali finalizzati al miglioramento della qualità dell'assistenza ai soggetti non autosufficienti.
-----------------------------	--

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.

AZIENDA	IMPORTO
ASL RM A	1.687.301,3
ASL RM B	2.259.950,8
ASL RM C	1.966.655,5
ASL RM D	1.895.710,9
ASL RM E	1.891.229,1
ASL RM F	995.380,8
ASL RM G	1.550.732,7
ASL RM H	1.702.768,0
ASL VITERBO	1.104.410,5
ASL RIETI	589.622,9
ASL LATINA	1.761.049,4
ASL FROSINONE	1.666.342,1
TOTALE	19.071.154,00

LINEA PROGETTUALE: 2.2

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

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	REGIONE LAZIO
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	LA NON AUTOSUFFICIENZA
TITOLO DEL PROGETTO	Assistenza ai pazienti affetti da malattie neurologiche degenerative e invalidanti
DURATA DEL PROGETTO	2013
REFERENTE	Dr. Valentino Mantini

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 2.119.017,00
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2013	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	Le patologie neurologiche ad interessamento neuromuscolare (MNINM) cronico-degenerative, ad andamento fortemente invalidante e ad esito infausto, presentano un'elevata complessità gestionale in ragione della drammaticità dell'interessamento funzionale, del coinvolgimento del contesto familiare e sociale, della molteplicità e dei costi degli interventi richiesti. Peraltro, l'integrità cognitiva, a fronte di un progressivo decadimento delle capacità motorie, e l'età, spesso non avanzata dei pazienti, rappresentano un ulteriore elemento di criticità per le conseguenze sulla vita affettiva e di relazione e per la necessità di supportare i pazienti ed i familiari nei percorsi di cura.
----------	--

	Gli elementi sopra espressi evidenziano una complessità che impone un <i>continuum</i> assistenziale basato sulla presa in carico globale del paziente.
DESCRIZIONE	Si consolidano gli interventi relativi al percorso assistenziale nei confronti delle persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica attuati, già negli anni precedenti, nei territori dell'Azienda USL RM/A e dell'Azienda USL RM/C. Si implementano i nodi e le funzioni della rete assistenziale regionale, al fine di migliorare i percorsi di presa in carico globale delle persone affette da malattie neurologiche degenerative e invalidanti, realizzati non solo sulla valutazione del bisogno attuale, ma anche sulla necessità di accompagnamento del paziente e della sua famiglia nella progressione della malattia, incentivando il mantenimento delle autonomie in un'ottica di qualità di vita. Infatti anche le persone affette da malattie neurologiche degenerative e invalidanti devono poter aspirare all'autonomia, ovvero alla massima valorizzazione delle risorse funzionali e intellettuali possedute per una più piena partecipazione alla vita sociale, anche con il supporto di ausili tecnici, svolgendo essi un importante ruolo di "facilitazione" nel processo di inclusione, e/o l'apporto di modifiche agli abituali ambienti di vita. Pertanto si prevede di pianificare peculiari percorsi finalizzati all'autonomia ed autodeterminazione al fine di ricercare soluzioni atte a garantire il raggiungimento della massima partecipazione alla vita sociale con la minor restrizione possibile delle scelte operative, il contenimento delle complicitanze, la riduzione dei costi sociali. Si intende altresì, avviare le procedure per attivare una centrale operativa che rappresenti una cabina di regia per la presa in carico globale dei pazienti affetti da malattie neurologiche degenerative e invalidanti, secondo criteri di efficacia, efficienza ed equità, che supporti il malato e la sua famiglia nei problemi connessi direttamente e/o indirettamente alla patologia al fine di monitorare la realizzazione dei percorsi territorio-ospedale-territorio, coordinare il lavoro tra i servizi interni all'azienda (servizi territoriali, servizi ospedalieri) e stabilire contatti operativi con le strutture esterne coinvolte, stabilire una rete organizzativa con i servizi distrettuali e con l'ospedale, verificare la giusta applicazione dei protocolli operativi ecc.

OBIETTIVI	Consolidamento/potenziamento del modello di presa in carico globale delle persone affette da malattie neurologiche degenerative e invalidanti, nella rete dei servizi territoriali.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	2013
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	- numero pazienti presi in carico
RISULTATI ATTESI	Migliorare il percorso assistenziale per pazienti con malattie neurologiche degenerative e invalidanti e individuare i punti della rete dei servizi su cui implementare il percorso di autonomia e autodeterminazione nell'ottica della continuità assistenziale.

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.

AZIENDA	IMPORTO
ASL RM A	187.477,9
ASL RM B	251.105,6
ASL RM C	218.517,3
ASL RM D	210.634,5
ASL RM E	210.136,6
ASL RM F	110.597,8
ASL RM G	172.303,6
ASL RM H	189.196,4
ASL VITERBO	122.712,3
ASL RIETI	65.513,7
ASL LATINA	195.672,1
ASL FROSINONE	185.149,2
TOTALE	2.119.017,00

LINEA PROGETTUALE: 2.3

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	LA NON AUTOSUFFICIENZA
TITOLO DEL PROGETTO	Assistenza ai pazienti affetti da Demenza
DURATA DEL PROGETTO	2013
REFERENTE	Dr. Valentino Mantini

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	Euro 2.119.017,00
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2013	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	Il miglioramento dell'assistenza alle persone con demenza rappresenta uno degli ambiti prioritari di intervento definiti dal Piano Sanitario Regionale (PSR). Il trattamento della demenza necessita dell'approccio multidisciplinare e di integrazione sociosanitaria; le diverse fasi di evoluzione della patologia richiedono, infatti, interventi personalizzati e diversificati, sia sul versante sanitario che sociale. Risulta fondamentale assicurare: - il sostegno e il rafforzamento delle risorse del paziente e della famiglia; - il ruolo centrale delle cure primarie che, adeguatamente supportate dai centri specialistici, divengono il principale riferimento del paziente e della famiglia; - l'integrazione ed il coordinamento tra le diverse strutture assistenziali e i servizi dedicati (UVA, centri diurni, assistenza domiciliare programmata e integrata, RSA, degenze ordinarie e DH, assistenza sanitaria di primo livello, strutture di riabilitazione), il coinvolgimento dei diversi operatori sociosanitari, dei Medici di Medicina Generale (MMG), nonché dei familiari e dei caregivers informali, al fine di garantire la continuità assistenziale. A tale proposito, il PSR propone
----------	---

	una riorganizzazione delle UVA regionali e, più in generale, dei servizi dedicati, al fine di definire la rete assistenziale per la gestione dei pazienti con demenza, secondo criteri di standardizzazione e razionalizzazione.
DESCRIZIONE	Con Determinazione n. B6714 del 26/10/2011, la Regione Lazio ha costituito un gruppo di lavoro con il compito di definire le modalità di riorganizzazione delle Unità Valutative Alzheimer regionali, distinte in “Centri Diagnostici Specialistici” e “Centri Territoriali Esperti” per le demenze, con l’obiettivo di una presa in carico globale del soggetto affetto da demenza e della sua famiglia attraverso l’articolazione e l’integrazione dei servizi dedicati - Punto unico di accesso, MMG, Centro Diagnostico Specialistico per le demenze, Centro Territoriale Esperto per le demenze, Centri diurni Alzheimer, assistenza domiciliare sociale, sanitaria, integrata, ecc. Il suddetto gruppo ha elaborato il documento “ Macropercorso per la riorganizzazione e la riqualificazione dei servizi dedicati alle persone affette da demenza”, che delinea i primi elementi programmatici per la riorganizzazione delle UVA e mira ad individuare gli elementi fondamentali per migliorare la gestione integrata del paziente con decadimento cognitivo/demenza, attraverso una organica integrazione tra i servizi sanitari e sociali disponibili nella regione Lazio. In data 09/12/2011 è stata richiesta ai Direttori Generali delle AASSLL l’adesione alle linee di indirizzo generali indicate nel suddetto documento. La riorganizzazione delle 34 UVA regionali in Centri diagnostici specialistici per le demenze e in Centri territoriali per le demenze ha l’obiettivo di garantire una presa in carico globale del soggetto affetto da demenza e della sua famiglia, attraverso l’articolazione e l’integrazione dei servizi dedicati. Ad oggi, l’evidenza clinica dimostra che una corretta diagnosi differenziale, da effettuarsi presso Centri di II livello, può attivare interventi tempestivi (farmacologici e non) in grado di ritardare l’evoluzione della malattia. Altrettanto importante risulta la presenza sul territorio di Centri di I livello che possano seguire i pazienti e le famiglie nelle fasi successive della malattia, quando l’aspetto assistenziale diventa preponderante. La differenziazione tra Centri diagnostici e Centri territoriali avverrà sulla base delle figure professionali e delle competenze presenti all’interno del centro, nonché sulla disponibilità di erogare prestazioni specialistiche di secondo livello per la diagnosi e/o di assicurare l’attivazione tempestiva di una rete assistenziale adeguata. In ciascuna ASL, la riorganizzazione delle UVA dovrà prevedere l’individuazione di almeno un Centro diagnostico e di uno o più Centri territoriali (distrettuali o sovradistrettuali). I Centri dovranno raccordarsi tra loro secondo criteri di territorialità e le due forme organizzative, per particolari situazioni territoriali aziendali, potranno anche coesistere in un’unica struttura funzionale. Per Centri diagnostici specialistici per le demenze si intendono servizi operanti presso le Università, gli IRCCS e le Aziende Ospedaliere capaci di offrire prestazioni diagnostiche specialistiche di secondo livello (esami laboratoristici, neuroimaging, valutazione

	neuropsicologica, funzionale e comportamentale, eventuali indagini genetiche) finalizzate all'individuazione precoce del deterioramento cognitivo e alla diagnosi differenziale, e in grado di fornire indicazioni diagnostico-terapeutiche e riabilitative avanzate. <i>Tali centri dovranno, quindi, effettuare in modo diretto:</i> - <i>l'accertamento della diagnosi;</i> - <i>il trattamento farmacologico e psicosociale (sia per il disturbo cognitivo che per il controllo dei disturbi comportamentali);</i> - <i>i successivi follow-up per il monitoraggio dei suddetti trattamenti in relazione all'evoluzione della malattia.</i> <i>Il Centro diagnostico specialistico per le demenze dovrà offrire le prestazioni sia alle persone che vi si rivolgano direttamente (con un invio del MMG o di altra struttura sanitaria), sia ai soggetti inviati dai Centri territoriali in rete. Dal canto loro, anche i Centri territoriali dovranno provvedere alla presa in carico tempestiva dei soggetti inviati direttamente dal Centro diagnostico di riferimento, attivando un percorso privilegiato.</i> I Centri territoriali esperti per le demenze rappresentano il luogo della presa in carico globale del soggetto e della sua famiglia per l'assistenza e il supporto (counselling, indicazioni per il riconoscimento dell'invalidità e dell'indennità di accompagnamento, eventuale individuazione di un amministratore di sostegno, accesso ai presidi e ausili protesici, assistenza domiciliare integrata e programmata, accesso ai centri diurni e alle RSA con Nucleo Alzheimer). <i>Tali centri dovranno, quindi, effettuare in modo diretto:</i> - <i>l'accertamento della diagnosi;</i> - <i>il trattamento farmacologico (per il disturbo cognitivo e per il controllo dei disturbi comportamentali) e psicosociale (riattivazione cognitiva, terapia di orientamento alla realtà, terapia occupazionale);</i> - <i>i successivi follow-up per il monitoraggio dei trattamenti suddetti, in relazione all'evoluzione dei disturbi cognitivo-comportamentali;</i> - <i>l'attività informativa, di counselling e di sostegno psicologico per i familiari.</i> <i>Il Centro territoriale dovrà operare in stretta collaborazione con il Distretto di appartenenza (Unità Valutative Territoriali - UVT). Le UVT – nelle quali deve essere assicurata la presenza del medico di medicina generale, del medico specialista con specifica competenza nel campo delle demenze (geriatra/neurologo/psichiatra), del neuropsicologo, dell'assistente sociale, dell'infermiere professionale – avranno il compito di valutare e monitorare l'andamento della malattia nei pazienti seguiti in assistenza domiciliare, rappresentando un riferimento per i MMG nel loro compito di cura e accompagnando il paziente nei diversi setting assistenziali, in funzione dell'evoluzione della malattia.</i> <i>Il Gruppo di lavoro regionale ha successivamente predisposto, in armonia con la L.R. 12 giugno 2012 n. 6, un documento dettagliato, con specifici approfondimenti che indicano i percorsi diagnostico-terapeutici necessari per il governo clinico - “Documento di indirizzo operativo per la riorganizzazione e riqualificazione dei servizi dedicati alle persone affette da demenza”. Tale documento definisce la rete dei servizi e i percorsi assistenziali per i soggetti affetti da demenza, lo stato dell'offerta assistenziale dedicata a tale patologia e la riorganizzazione</i>
--	--

	delle U.V.A. in Centri diagnostico-specialistici per le demenze e Centri territoriali esperti per le demenze. Il documento è stato inviato alle Direzioni generali delle AASSLL e delle Aziende Ospedaliere con UVA, che hanno espresso la formale adesione ed hanno formulato una proposta di riorganizzazione. Gli uffici regionali provvederanno all'elaborazione di una scheda di monitoraggio (Questionario per la verifica dell'attuazione del Documento di indirizzo per la riorganizzazione e la riqualificazione dei servizi dedicati alle persone affette da demenza) che, a partire dall'ipotesi di fabbisogno di Centri per le demenze individuate per ciascuna ASL, rileverà la localizzazione e la logistica dei Centri per le demenze operanti nel territorio aziendale, distinti per tipologia, la previsione dell'attivazione di nuovi Centri per le demenze, le figure professionali operanti in ciascun Centro diagnostico-specialistico e territoriale esperto per le demenze, il grado di integrazione tra i servizi sociali e sanitari, l'attivazione di percorsi di informazione e/o formazione per gli operatori dei Centri per le demenze, per i MMG, per i familiari, caregivers e operatori del volontariato, nonché le azioni di comunicazione/informazione dirette all'utenza. I questionari suddetti saranno inviati, per la compilazione, alle Direzioni Aziendali, nell'ambito di un'attività di monitoraggio. Nel 2013 la Regione Lazio intende potenziare la presa in carico dei pazienti in ambito territoriale. In tale ottica, la risposta assistenziale ai pazienti con demenza nel sistema complessivo avverrà primariamente attraverso il potenziamento dei Centri territoriali per le demenze, quali luoghi della presa in carico globale del paziente e della sua famiglia, in grado di offrire risposte ai bisogni sanitari e sociali che caratterizzano questa patologia.
OBIETTIVI	• Applicazione delle linee di indirizzo indicate nel "Documento di indirizzo operativo per la riorganizzazione e riqualificazione dei servizi dedicati alle persone affette da demenza" da parte delle Direzioni aziendali. • Analisi dei dati raccolti con il "Questionario per la verifica dell'attuazione del Documento di indirizzo per la riorganizzazione e la riqualificazione dei servizi dedicati alle persone affette da demenza" • Valutazione delle proposte di riorganizzazione inviate dalle Direzioni Generali, in relazione al fabbisogno regionale stimato. • Consolidamento e potenziamento della presa in carico dei pazienti affetti da demenza e delle famiglie, all'interno dei Centri territoriali per le demenze, con particolare riguardo alla promozione dell'attività assistenziale.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	Entro febbraio 2013: elaborazione del questionario di monitoraggio. Entro marzo 2013: invio questionario di monitoraggio alle Direzioni Aziendali. Entro settembre 2013: raccolta dei dati richiesti per la totalità delle AASSLL. Entro dicembre 2013: Analisi dei dati e valutazione delle proposte di riorganizzazione inviate dalle Direzioni Aziendali.

INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	• Disponibilità del “Questionario per la verifica dell’attuazione del Documento di indirizzo per la riorganizzazione e la riqualificazione dei servizi dedicati alle persone affette da demenza”. • Numero di AASSLL aderenti al monitoraggio. • Qualificazione e potenziamento delle attività assistenziali e di presa in carico globale del paziente con demenza, erogate dai Centri territoriali per le demenze coinvolti nel progetto. • Iniziative volte alla formazione, comunicazione, informazione relativa alla riorganizzazione delle UVA regionali.
RISULTATI ATTESI	Presa in carico globale del soggetto affetto da demenza e della sua famiglia, con particolare riferimento agli aspetti assistenziali di pertinenza dei Centri territoriali per le demenze.

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.

AZIENDA	IMPORTO
ASL RM A	187.477,9
ASL RM B	251.105,6
ASL RM C	218.517,3
ASL RM D	210.634,5
ASL RM E	210.136,6
ASL RM F	110.597,8
ASL RM G	172.303,6
ASL RM H	189.196,4
ASL VITERBO	122.712,3
ASL RIETI	65.513,7
ASL LATINA	195.672,1
ASL FROSINONE	185.149,2
TOTALE	€ 2.119.017,00

LINEA PROGETTUALE: 3.0

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	LA PROMOZIONE DI MODELLI ORGANIZZATIVI E ASSISTENZIALI DEI PAZIENTI IN STATO VEGETATIVO E DI MINIMA COSCIENZA
TITOLO DEL PROGETTO	I percorsi di cura extraospedalieri per i pazienti in SV e SMC – Percorsi di assistenza domiciliare
DURATA DEL PROGETTO	2013
REFERENTE	Dr. Valentino Mantini

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 2.119.017,00
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2013	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	Per Stato Vegetativo (SV) si intende una condizione funzionale del cervello, che insorge subito dopo l'evento acuto che lo ha determinato, diventando riconoscibile solo quando finisce il coma che, sovrapponendosi, lo maschera (Dolce e Sazbon, 2002). Lo stato vegetativo realizza una condizione di grave disabilità neurologica, potenzialmente reversibile, che si caratterizza per: 1. non evidenza della consapevolezza di sé e dell'ambiente; 2. non evidenza di risposte comportamentali sostenute, riproducibili, intenzionali o volontarie a stimoli visivi, uditivi, tattili o dolorosi; 3. non evidenza di comprensione o produzione verbale; 4. intermittente vigilanza che si manifesta con la presenza di cicli sonno-veglia ad es. periodi di apertura spontanea degli occhi); 5. sufficiente conservazione delle funzioni autonome tale da consentire la sopravvivenza con adeguate cure mediche; 6. incontinenza urinaria e fecale; 7. variabile conservazione della funzione dei nervi cranici e dei riflessi spinali. <i>(Multi-Society Task Force, 1994, American Congress of Rehabilitation of Medicine, Arch. Phys. Med. Rehabil. 1995; 76: 205-9).</i>
----------	--

	Lo Stato di Minima Coscienza (SMC) si distingue dallo stato vegetativo per la presenza di comportamenti associati alle attività di coscienza. Anche se possono comparire in modo inconsistente, essi sono tuttavia riproducibili e vengono mantenuti sufficientemente a lungo per essere differenziati da comportamenti riflessi. L'evidenza è dimostrata dalla consistenza o dalla complessità della risposta comportamentale, per cui una risposta complessa come la verbalizzazione intelligibile può essere di per sé sufficiente per manifestare la presenza di attività di coscienza (Aspen Consensus Group). Nella Regione Lazio si ravvisa la necessità di consolidare percorsi assistenziali che si sviluppino, a partire dalla fase dell'evento acuto, attraverso una effettiva presa in carico dei pazienti in stato vegetativo che garantisca anche un adeguato sostegno socio-assistenziale alle loro famiglie. In particolare, si ritiene necessario 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.
DESCRIZIONE	Si prevede: - l'approvazione di provvedimenti regionali relativi all'aggiornamento del fabbisogno e dell'offerta residenziale extraospedaliera comprendente anche il livello intensivo; - il consolidamento della funzione di Valutazione Multidimensionale (UVM) per le persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale; - il consolidamento delle attività dei posti intensivi residenziali extraospedalieri attivati dedicati a soggetti in SV e SMC; - la definizione di un percorso riabilitativo semiresidenziale finalizzato al raggiungimento della massima autonomia possibile; - consolidamento della presa in carico domiciliare di soggetti in SV e SMC in ASL del territorio regionale.

OBIETTIVI	• Consolidamento dell'attività assistenziale residenziale intensiva extraospedaliera già attivata per soggetti in SV e SMC; • Individuazione dell'ASL RME quale azienda che, essendo dotata di specifica esperienza nella riabilitazione semiresidenziale di soggetti con gravi cerebrolesione acquisita, è in grado di svolgere tale funzione a favore di pazienti dell'intero territorio regionale; • Qualificazione e rafforzamento delle attività assistenziali per soggetti in SV e SMC
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	2013
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	- numero di posti residenziali attivi per pazienti in SV e SMC - numero di pazienti in SV e SMC presi in carico in regime residenziale - numero di pazienti in SV e SMC presi in carico in regime semiresidenziale - numero di pazienti in SV e SMC presi in carico a domicilio, per ASL
RISULTATI ATTESI	Consolidamento e qualificazione dell'offerta extraospedaliera per soggetti in SV e SMC

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.

AZIENDA	IMPORTO
ASL RM A	58.074,8
ASL RM B	77.784,7
ASL RM C	67.689,8
ASL RM D	65.248,0
ASL RM E	527.705,5
ASL RM F	34.259,8
ASL RM G	53.374,3
ASL RM H	58.607,1
ASL VITERBO	38.012,4
ASL RIETI	20.294,1
ASL LATINA	60.613,1
ASL FROSINONE	57.353,4
A.O. San Camillo Forlanini per implementazioni p.l. UCRI	1.000.000,0
TOTALE	2.119.017,00

LINEA PROGETTUALE: 4

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	Cure palliative e terapia del dolore
TITOLO DEL PROGETTO	4
DURATA DEL PROGETTO	2013
REFERENTE	Dr. Valentino Mantini Dr. Domenico Di Lallo
ASPETTI FINANZIARI	

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	10.595.085,40
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2013	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO	
CONTESTO	I DPCA 83 e 84 del 2010 hanno costituito le reti assistenziali del dolore cronico non oncologico e delle cure palliative. Per quanto riguarda la rete del dolore cronico non oncologico, l'organizzazione prevede 2 HUB (Policlinico Umberto I e Policlinico Tor Vergata) e relativi Spoke operanti in ciascuna ASL. La DGR 87 del 2010 individua il modello assistenziale delle cure palliative pediatriche.
DESCRIZIONE	I progetti sono in continuità con quanto già previsto nel 2012. • Adempimenti Legge 38/2010 art. 6 e art.7 • Recepimento formale Intesa 25 luglio 2012, ai sensi dell'articolo 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 Ministro della salute, di cui all'art. 5 della legge 15 marzo 2010 n. 38, di definizione dei requisiti minimi e delle 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.
OBIETTIVI	A) Dolore cronico non oncologico - Recepimento formale Intesa 25 luglio 2012 e diffusione presso le strutture sanitarie del territorio

	- Consolidamento delle attività e funzioni della rete secondo il DPCA 83/2010 presso le strutture sanitarie del Lazio. - 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 - 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 B) Cure Palliative - Recepimento formale Intesa 25 luglio 2012 e diffusione presso le strutture sanitarie del territorio - Consolidamento delle attività e funzioni della rete, previste dal DPCA 84/2010, presso le strutture sanitarie del Lazio. - 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 che relativi agli hospice e trasmissione degli stessi per il tramite delle Aziende sanitarie che insistono nel territorio di rispettiva competenza. Predisposizione del prototipo di piattaforma del Sistema Informativo Assistenza Territoriale (SIAT) ai fini dell'inserimento del sistema informativo Hospice. 3) Svolgimento delle procedure per l'individuazione del Centro di Riferimento di Cure Palliative e Terapia del Dolore Pediatrico e relativo Hospice Pediatrico 4) 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.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	2013
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	Dolore cronico non oncologico : • Provvedimento di recepimento Intesa 25 luglio 2012 • Volumi di attività rete dolore cronico non oncologico

	• Diffusione alle ASL materiale per campagna comunicazione Cure Palliative • Volumi di attività rete cure palliative • Disponibilità prototipo SIAT • Debito informativo verso Ministero Salute
RISULTATI ATTESI	Dolore non oncologico • Consolidamento e potenziamento delle attività e delle funzioni delle reti presso le strutture sanitarie del Lazio Cure Palliative • Consolidamento e potenziamento delle attività e delle funzioni delle reti presso le strutture sanitarie del Lazio

Tabella 1 **TOTALE rete dolore cronico non oncologico euro 5.516.861**

(Riparto Quota Vincolata Obiettivi PSN di € 4.716.861,00 + Quota per coordinamento Lavori agli HUB di € 800.000)

Hub Riparto del 10% della quota vincolata obiettivi PSN		
Pol. Umberto I		253.911,00
pol.. T.Vergata		253.911,00
TOTALE Hub		507.822,00
Quota coordinamento lavori		800.000
Totale Hub		1.307.822,00

Riparto dell'85% della quota vincolata obiettivi PSN tra AO, Irccs e ASL	
Riparto Aziende Ospedaliere e Irccs 25 % dell'85%	
Aziende Ospedaliere	
AO S. Camillo	177.449,00
AO S. Andrea	177.449,00
AO S.Filippo Neri	177.449,00
AO S. Giovanni	177.449,00
Totale	709.796,00
Riparto Irccs	
IFO	177.449,00
Spallanzani	177.449,00
Totale	354.898,00
Totale Generale	1.064.694,00

Riparto Asl Lazio	
RM A	278.192,7795
RM B	372.608,0268
RM C	324.251,1451
RM D	312.554,1817
RM E	311.815,2606
RM F	164.112,7986
RM G	255.676,125
RM H	280.742,8433
VT	182.089,019
RI	97.213,71437
LT	290.351,9616
FR	274.737,1444
TOTALE	3.144.345,00

Tabella 2 **totale rete cure palliative euro 5.078.224,4**

Riparto Asl Lazio	
RM A	449.290,83
RM B	601.774,67
RM C	523.676,66
RM D	504.785,66
RM E	503.592,28
RM F	265.047,77
RM G	412.925,66
RM H	453.409,27
VT	294.079,98
RI	157.003,46
LT	468.928,32
FR	443.709,86
TOTALE	5.078.224,40

SCHEDA N. 5.1.1

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

GENERALITA'	
REGIONE PROPONENTE	REGIONE LAZIO
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	Interventi per le biobanche di materiale umano. 5.1 Sangue cordonale
TITOLO DEL PROGETTO	Italian Cord Blood Network (ITCBN): contributo all'incremento delle unità di sangue placentare disponibili e selezionabili per trapianto di cellule staminali emopoietiche della Banca del Sangue Placentare dell'Ospedale S. Eugenio di Roma.
DURATA DEL PROGETTO	Anno 2013
REFERENTE	Domenico Di Lallo

ASPETTI FINANZIARI	
COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 363.003,90
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2013	100%
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	
DESTINATARIO DEL FINANZIAMENTO	ASL RM/C

IL PROGETTO	
CONTESTO	La Banca del Sangue Placentare dell'Ospedale S. Eugenio di Roma è stata istituita nel 1995, grazie a due gruppi di professionisti di Ematologia e Ginecologia ed Ostetricia, che sulla spinta etico-scientifica dell'applicazione trapiantologica del sangue del cordone ombelicale per la cura di bambini affetti da malattie ematologiche, hanno aderito ad un progetto pilota nazionale ed internazionale di costituzione delle Banche del sangue placentare, basato sulla conservazione di unità di sangue del cordone ombelicale donate in maniera altruistica dalle mamme al momento della nascita del proprio bambino, per dare la possibilità di "rinascere" a qualche altro bambino nel mondo. In questi 17 anni la Banca ha lavorato condividendo con le altre Banche italiane le procedure operative per assicurare la qualità e sicurezza delle unità donate e conservate. Secondo quanto stabilito a livello nazionale, la Banca ha raggiunto nel 1998 la certificazione ISO 9002 all'interno del network di Banche GRACE e dal 2005 ad oggi, come singola Istituzione, ha conseguito la certificazione secondo le revisioni aggiornate delle Norme UNI EN ISO 9001:2000 e ISO 9001:2008.

	La Banca costituisce insieme alle altre 18 Banche presenti sul territorio nazionale, la Rete Italiana, denominata Italian Cord Blood Network (ITCBN), istituita con Decreto Ministeriale del 18 novembre 2009 e coordinata dal Centro Nazionale Sangue e dal Centro Nazionale Trapianti. La rete italiana invia i dati delle unità di sangue placentare idonee per trapianto al Registro Nazionale dei Donatori di Midollo Osseo, IBMDR, che ha sede presso l'Ospedale Galliera di Genova, e che li esporta e li rende visibili a tutti i Registri Internazionali. La rete nazionale si distingue per l'applicazione rigorosa dei requisiti di qualità e sicurezza, introdotti dalle normative italiane ed europee e ha come principale obiettivo la garanzia di un elevato grado di qualità e sicurezza delle unità di sangue placentare destinate al trapianto. La Banca dell'Ospedale S. Eugenio condivide a livello regionale l'inventario dei dati delle unità con la Banca del Policlinico Umberto I di Roma in quello che è quindi definito, l'inventario della Banca Regionale del Lazio. In questi anni la Banca ha stipulato una serie di convezioni con diversi Punti Nascita della Regione, che dopo adeguata formazione ed addestramento teorico-pratico, sono diventati Centri di Raccolta afferenti alla Banca, nel rispetto delle linee guida vigenti e sulla base di precisi requisiti. Attualmente i Centri di Raccolta sono: Ospedale S. Eugenio di Roma, Ospedale Belcolle di Viterbo, la Casa di Cura Città di Roma, i punti nascita della ASL Roma H ed i punti nascita della ASL Roma G (di cui attivo l'Ospedale di Palestrina e in formazione l'Ospedale di Colleferro). La Banca contribuisce all'inventario nazionale con 800 unità disponibili di cui 50 sono in fase di completamento dei test di caratterizzazione. Inoltre conserva 115 unità dedicate, appositamente conservate quindi per familiari affetti da patologie curabili con il trapianto di cellule staminali emopoietiche da sangue placentare. Dall'inizio dell'attività la Banca ha gestito più di 4600 donazioni allogeniche di sangue di cordone ombelicale e più di 400 (433) sono state le richieste pervenute dai Centri Trapianto che, nel 50% dei casi, hanno richiesto l'effettuazione di test aggiuntivi di approfondimento della tipizzazione HLA per la conferma del grado di compatibilità con il potenziale ricevente. La Banca ha ceduto dal 1999 ad oggi 34 unità destinate al trapianto allogenico e 5 di queste erano unità dedicate-related (circa il 4% dell'inventario totale in linea con i dati internazionali). Ad ottobre 2011 il registro americano N.M.D.P. ha dato l'autorizzazione all'esportazione negli Stati Uniti delle unità gestite dalla Banca in quanto conformi ai requisiti americani del FDA, in attesa di avere l'accreditamento internazionale NETCORD-FACT.
DESCRIZIONE	Il progetto prevede l'incremento delle donazioni allogeniche solidaristiche del sangue del cordone ombelicale, al fine di

	aumentare le unità bancate idonee all'uso trapiantologico, in modo da contribuire al raggiungimento del fabbisogno nazionale ed internazionale garantendo il rispetto degli standard nazionali ed internazionali previsti in termini di qualità e sicurezza.
OBIETTIVI	• Implementazione, almeno del 10% dell'attività di donazione e di banking dei Centri di Raccolta già attivi e del numero di nuovi Centri di Raccolta afferenti (almeno n.1 nuovo Centro/anno che abbia un numero di parti >500/anno) per soddisfare il fabbisogno nazionale nonché per rispondere alle richieste dei Registri Internazionali in ottemperanza agli obiettivi UE garantendo sempre elevati livelli di qualità e sicurezza attraverso anche il potenziamento del personale dedicato e specificatamente formato e anche attraverso la diffusione capillare di informazioni appropriate riguardo agli obiettivi della donazione e puntuali riguardo alle modalità di accesso ai Punti Nascita attivi. • Organizzazione di un percorso formativo/informativo per il personale sanitario dei Consultori dell'Azienda ASL Roma C, che li metta in grado di svolgere un'efficace azione di counseling e che ribadisca nel contempo l'importanza strategica di promuovere la donazione solidaristica del sangue di cordone ombelicale per un accesso equo che garantisca a tutti la possibilità di cura con cellule staminali cordonali. • Garantire la donazione allogenica unrelated 24h/24 per tutti i Centri della Regione. • Incontri presso i Centri di Raccolta attivi per mantenere aggiornate le competenze del personale addetto alla raccolta e anche per verificare l'applicazione dei requisiti di qualità e sicurezza. • Ampliamento delle apparecchiature destinate alle attività di manipolazione/ caratterizzazione delle unità di sangue placentare al fine di migliorare la gestione degli "spazi freddi". • Inizio del percorso necessario a raggiungere nel 2013-2014 l'accreditamento internazionale NETCORD-FACT.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	12 mesi
COSTI	I costi complessivi del progetto per personale, beni e servizi sono stimati a € 363.003,90.
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	1) <u>Rendere disponibile un ampio inventario di unità:</u> n° sacche active nel circuito/ n° sacche bancate; 2) <u>Garantire un prodotto qualitativamente valido:</u>

	n° sacche cedute/anno; n° sacche bancate/n° sacche accettate; 3) <u>Garantire un elevato numero di sacche raccolte:</u> n° sacche raccolte/n° parti per Centri Raccolta; 4) <u>Avere un'ampia disponibilità di sacche idonee:</u> n° sacche idonee alla validazione preliminare/ n° sacche bancate; n° richieste "unit report"/n° sacche active; n. unità richieste con HLA HR eseguita/n. richieste unità totali; 5) <u>Diffondere la cultura della donazione:</u> n° osservazioni negative/ n° questionari compilati; n° raccolte effettuate/n° mamme selezionate per i singoli CR; n° mamme tornate/n° mamme che devono tornare; n° eventi attinenti le CSE per ciascun operatore/n° totale anno;
RISULTATI ATTESI	Implementazione dell'attività di donazione e banking del 10%. Attivazione di almeno 1 nuovo Centro di Raccolta/anno che abbia un numero di parti >500/anno. Apertura alla donazione 24h/24 almeno per i Centri di Raccolta situati a Roma. Organizzazione di un evento formativo/informativo per il personale sanitario dei Consultori dell'Azienda in collaborazione con la UOC Formazione e Qualità aziendale da svolgersi nell'anno 2013.

LINEA PROGETTUALE: 5.1.2

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

GENERALITA'	
REGIONE PROPONENTE	REGIONE LAZIO
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	Interventi per le biobanche di materiale umano. 5.1 Sangue cordonale
TITOLO DEL PROGETTO	Produzione di gel piastrinico da Sangue di Cordone Ombelicale
DURATA DEL PROGETTO	Anno 2013
REFERENTE	Domenico Di Lallo

ASPETTI FINANZIARI	
COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 636.996,10
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2013	100%
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	
DESTINATARIO DEL FINANZIAMENTO	Azienda Policlinico Umberto I

IL PROGETTO	
CONTESTO	Nell'ambito dell'attività della Banca Regionale del Sangue Cordonale lo screening di selezione delle unità idonee al bancaggio comporta lo scarto di circa il 70% delle unità prelevate che risultano non idonee. La possibilità che tali unità possano trovare un'altra possibilità di impiego, con il doppio vantaggio di ammortizzare le spese già sostenute per la raccolta ed ottenere prodotti utili per applicazioni terapeutiche, appare una attraente possibilità.
DESCRIZIONE	In medicina trasfusionale i concentrati piastrinici erano originariamente impiegati per il trattamento e la prevenzione di emorragie dovute a trombocitopenia grave dovuta ad aplasia midollare, leucemia acuta o significativa perdita ematica nel corso di interventi chirurgici di lunga durata. L'uso topico di concentrati piastrinici per favorire la rigenerazione tissutale e riparare ferite è di più recente applicazione. Il ruolo fondamentale delle piastrine nella rigenerazione tissutale dipende dalla presenza all'interno delle piastrine di un elevato numero di granuli che rilasciano il loro contenuto in risposta all'attivazione piastrinica. I granuli piastrinici contengono infatti sia

	fattori di crescita: PDGF, TGF, FGF, VEGF, e HGF che proteine della coagulazione, molecole attivatrici ed altre molecole sintetizzate nei megacariociti ed impacchettate nei granuli. Tutti questi fattori sono responsabili delle proprietà chemotattiche e mitogene che modulano le funzioni cellulari coinvolte nella proliferazione cellulare e la riparazione dei tessuti. Oltre agli effetti sulla proliferazione cellulare i fattori di crescita piastrinici modificano la risposta infiammatoria, hanno effetto antibatterico, sono chemotattici per macrofagi e fibroblasti e promuovono la secrezione di enzimi proteolitici che facilitano il rimodellamento e la riparazione tissutale. L'uso topico del gel piastrinico è pertanto un efficace supporto per stimolare la riparazione di ulcere cutanee croniche. Mentre il gel piastrinico derivato da sangue umano adulto è stato impiegato estensivamente in diverse condizioni cliniche, solo recentemente è stata suggerita la possibilità di produrre gel piastrinico anche da unità di Sangue di Cordone Ombelicale. Un singolo studio riportato in letteratura ha dimostrato che il gel piastrinico ottenuto da sangue cordonale ha caratteristiche e proprietà comparabili con quello ottenuto da sangue adulto ma, rispetto al SP adulto ha una più elevata concentrazione di VEGF, importante nel trattamento di complicanze diabetiche caratterizzate da carente neovascolarizzazione e inferiore concentrazione di TGFbeta che stimola la sintesi di collagene e la neoformazione ossea. Presso il SIMT del Policlinico Universitario Umberto I è attiva dal 1994 la Banca di Sangue di Cordone Ombelicale che raccoglie e criopreserva unità di sangue cordonale provenienti da diversi punti nascita di Roma e del Lazio. Lo screening di selezione delle unità idonee al bancaggio comporta lo scarto di circa il 70% delle unità prelevate che risultano non idonee in parte per motivi anamnestici ma, soprattutto, per motivi quantitativi. La possibilità pertanto che le unità risultate non idonee per il bancaggio a causa di una scarsa cellularità, possano trovare un'altra possibilità di impiego, con il doppio vantaggio di ammortizzare le spese già sostenute per la raccolta ed ottenere prodotti utili per applicazioni terapeutiche, appare una attraente possibilità. Lo scopo di tale progetto è pertanto quello di standardizzare una metodica di preparazione del gel piastrinico da sangue di cordone ombelicale confrontando alcune fra le metodiche riportate in letteratura e comunemente impiegate. I prodotti ottenuti con le diverse metodiche verranno
--	---

	confrontati in termini di proprietà biologiche e di applicabilità terapeutica.
OBIETTIVI	1) Implementazione di una banca di gel piastrinico da sangue cordonale 2) Contenimento dell'impiego di gel piastrinico preparato da sangue autologo in pazienti oncologici per i quali tale metodologia di preparazione è sconsigliata 3) Riduzione dell'utilizzo di gel piastrinico prodotto da concentrati piastrinici da donatore al fine di aumentare la disponibilità degli stessi per uso trasfusionale. 4) Impiego clinico, in una fase successiva, dei gel piastrinici prodotti nell'ambito di un protocollo clinico per il trattamento terapeutico di pazienti con ulcere croniche.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	Mese 0-5 – Standardizzazione della metodica di produzione di gel piastrinico da sangue cordonale Mese 6-12 – Produzione e stoccaggio a -80°C dei gel piastrinici prodotti
COSTI	<u>Personale</u> N° 2 medici, 2 tecnici , 1 amministrativo <u>Beni</u> Frigorifero da trasporto, Congelatore -80°C, Frigo da laboratorio, Bagno termostatico, Cappa a flusso laminare, Centrifuga, Agitatore piastrinico, Sistema di monitoraggio della temperatura dei frigo, Arredi da laboratorio, Computer, Stampante <u>Reagenti e materiali di consumo</u> Kit per il dosaggio delle citochine, Sacche, Tests di validazione biologica, Controlli di sterilità, Kit di congelamento del gel piastrinico, <u>Servizi</u> Trasporto delle unità dai punti nascita alla Banca Il costo complessivo del progetto è stimato a € 636.996,10
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	1) N° di unità di gel piastrinico prodotte 2) Percentuale di unità cordonali recuperate tra quelle attualmente destinate ad eliminazione per mancata idoneità per il trapianto.
RISULTATI ATTESI	Disporre di una risorsa terapeutica alternativa per i pazienti affetti da ulcere croniche

LINEA PROGETTUALE: 5.2

ASSEGNAZIONE DELLE QUOTE VINCOLATE AGLI OBIETTIVI DI PIANO SANITARIO NAZIONALE	
SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI	
GENERALITA'	
REGIONE PROPONENTE	REGIONE LAZIO
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	5.2 BANCA DI TESSUTO DI MUSCOLO - SCHELETRICO
TITOLO DEL PROGETTO	MIGLIORAMENTO ED OTTIMIZZAZIONE DEL PERCORSO GLOBALE DI SICUREZZA ATTO A MINIMIZZARE IL RISCHIO INFETTIVOLOGICO NELLE ATTIVITA' DI PROCUREMENT- PRELIEVO- BANKING- DISTRIBUZIONE DI TESSUTO MUSCOLOSCHELETRICO E CARDIOVASCOLARE. APPROFONDIMENTI CLINICO-SCIENTIFICI.
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi
REFERENTE	Domenico Di Lallo
ASPETTI FINANZIARI	

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 600.000
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2013	100%
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	
DESTINATARIO DEL FINANZIAMENTO	IRCCS IFO

IL PROGETTO	
CONTESTO	Con Determinazione Regionale del 22/11/2010 n. B5960, la sede IFO della BTMS ha recepito l'autorizzazione dalla Regione Lazio per il prelievo, la processazione, lo stoccaggio, la validazione e la distribuzione del tessuto muscolo-scheletrico, divenendo immediatamente operativa, sia per ciò che concerne le attività di prelievo da donatore vivente che da donatore cadavere. Con Determinazione Regionale del 16 aprile 2012 n. B02167 "Istituzione di una Banca dei Segmenti Vascolari, inserita all'interno della Banca del Tessuto Muscolo-Scheletrico", la BTMS ha ottenuto l'autorizzazione dalla Regione Lazio a prelevare da donatore vivente e cadavere, processare, stoccare, validare e distribuire segmenti vascolari alle strutture che ne necessitano, in base a tipologie di intervento sui pazienti riceventi. I diretti Responsabili Medico e del Sistema Gestione

	Qualità della BTMS IFO, disponendo di un Laboratorio di Microbiologia annesso, struttura satellite del Laboratorio di Microbiologia Centrale dell'Istituto S. Gallicano, hanno organizzato un percorso altamente qualitativo rispetto alla sicurezza dei tessuti donati, mantenendo uno standard di controllo superiore rispetto a quanto indicato come "facoltativo" dalle Linee Guida del Centro Nazionale Trapianti. La valenza dei risultati ottenuti necessita di una equivalente standardizzazione delle attività preliminari svolte presso le Strutture Sanitarie Regionali, considerate dalla BTMS i "Centri di Prelievo". In primis, il monitoraggio aereo e microbiologico delle Sale Operatorie, indispensabile per evitare biocontaminazioni dei tessuti, mediante il raggiungimento ed il mantenimento di classificazione ambientale di tipo D, secondo Tabella dell'Indice Annex 1 delle Good Manufacturing Practice, in correlazione al regime classificatorio normativo (A-B-C-D). Ciò comporta la verifica dei report prodotti dalle Strutture Sanitarie validate a seguito di azioni su campo e confronto con report finali, a cura della BTMS. Devono essere realizzati lavori di adeguamento strutturale all'interno della Banca, finalizzati alla messa in sicurezza degli operatori BTMS, in caso di sversamento di azoto dai tanks, in occasione di calamità naturale (come determinato dalla Commissione di verifica del CNT). L'istallazione di pareti farmaceutiche ha fatto slittare le attività di prelievo del tessuto vascolare, per le quali la BTMS ha ricevuto l'autorizzazione regionale, e, di conseguenza, la prestazione del chirurgo vascolare formato ed addestrato e la formazione del chirurgo ortopedico BTMS, ma ha consentito l'analisi di fattibilità da parte dei Responsabili della Banca dell'inserimento dell'ulteriore attività di prelievo delle valvole cardiache, di cui si annovera una grande richiesta sul territorio e sollecitati dalla Banca dei tessuti cardiovascolari della Regione Emilia Romagna. La richiesta autorizzativa, appoggiata dal CRT e dal CNT, è in itinere e non comporterà costi aggiuntivi, ad eccezione di un fondo che consenta di ricorrere all'istituto della pronta disponibilità e del gettone previsto per i chirurghi vascolari ed i cardiocirurghi che dovranno partecipare, con l'équipe BTMS, al prelievo da cadavere. Inoltre, il tessuto cardiovascolare richiede un test di vitalità cellulare su frammenti conservati a - 140°C in vapori di azoto, a distanza di 15 giorni dal prelievo, per comprendere se saranno idonei per la distribuzione. I test di vitalità verranno eseguiti in Banca, con il
--	--

	supporto dei sanitari del Laboratorio di ricerca (certificato BPL) dell'Istituto S. Gallicano, e comporterà la sola spesa per l'acquisto dei Kit e, all'interno degli IFO, il ribaltamento costi per le prestazioni in collaborazione. Da ultimo è stato realizzato un progetto obiettivo, che verrà attuato alla fine dei lavori strutturali, per la sanitizzazione ambientale di tutte le aree classificate della BTMS che vedrà coinvolti gli Infermieri, i TSLB, il Biologo, sotto la guida del Responsabile della Qualità, a causa della delicatezza degli interventi che richiedono competenze specifiche e che possono fornire solo Società esterne, altamente specializzate in questo settore, ma eccessivamente dispendiose.
DESCRIZIONE	La struttura laboratoristica di Microbiologia Tissutale ed Ambientale dedicata alla BTMS, nella quale opera il personale tecnico e biologo BTMS, adeguatamente formato, sotto la supervisione e firma diagnostica del Responsabile della Patologia Clinica e Microbiologica dell'ISG, ha realizzato uno studio sul grado di patogenicità microbica sia tissutale che ambientale e si rapporta con i Centri di prelievo/Sedi donative. L'applicazione pratica di questo servizio di monitoraggio ambientale realizzato dalla BTMS presso le Sale Operatorie, non comporterà costi aggiuntivi per le stesse, ma necessita un fondo per l'acquisto dei materiali e per il progetto obiettivo che vedrà impegnati gli operatori BTMS in attività suppletive, che saranno anche quelle di formazione di varie figure professionali afferenti alle Sedi. Sarà possibile, al contempo, verificare con Audit di II parte organizzati dalla dr.ssa S. Moretti – Responsabile dei Sistemi di Gestione della Qualità della BTMS Regione Lazio-, l'effettivo mantenimento della qualifica ambientale di Classe D delle Sale Operatorie. Questa ulteriore assicurazione di qualità genera un sicuro beneficio per tutta la chirurgia interventistica, indipendentemente da quella prettamente correlata alla donazione. La Banca dei segmenti vascolari, attivata ed autorizzata in isorisorse, fermata nella fase dello start up dai sopraggiunti problemi strutturali sopra descritti, vede coinvolti il Prof. Gianluca Grazi, responsabile dei prelievi da donatore cadavere ed alcuni chirurghi della divisione da egli diretta (UOC Chirurgia epatobiliare), mentre per il prelievo e la processazione delle valvole cardiache è stata data concreta disponibilità dal Prof. Ciro Campanella (Direttore UOC Cardiocirurgia S. Filippo Neri) e di alcuni medici dello staff. E' quindi necessario avere a disposizione le risorse economiche per finanziare le reperibilità per 365gg anno degli stessi, e le relative indennità di presenza.

	I tessuti vascolari, come da Linee Guida correnti, devono essere crioconservati in particolari contenitori e sostanze di preservazione, già acquisiti dalla BTMS. A distanza di 15gg dal congelamento, 1 biopsia conservata a parte a -140°C, deve essere scongelata e sottoposta ai test di vitalità cellulare che richiedono, in termini di risorse umane e strumentali: 1. Medico e TSLB di Anatomia Patologica IRE per esame istologico 2. Biologo ISG, Biologo BTMS, Microscopio a fluorescenza e Kit per l'esecuzione dei test. Il test di vitalità consente di validare il tessuto prelevato, corredato, ovviamente, da referti sierologici e microbiologici negativi. E' descritta in letteratura la, sia pur remota, possibilità di reazioni tra il tessuto ospite e il tessuto vascolare del donatore, a causa del trattenimento di soluzione antibiotica nella superficie del tessuto prelevato trattato. Si continuano ad eseguire accertamenti di prova con sostanze decontaminanti, a garanzia della sicurezza del trapianto.
OBIETTIVI	Organizzare e gestire procurement e distribuzione di tessuto muscolo-scheletrico (segmenti, stecche, morcellizzato, liofilizzato, tendini, fasce, etc.) riducendo a livello infinitesimale la possibilità di contaminazione microbica e virale di qualsiasi provenienza e a qualsiasi livello delle procedure. Organizzare e gestire procurement e distribuzione di tessuto vascolare (safene da donatore vivente ed aorta discendente, arco aortico, etc), riducendo a livello infinitesimale la possibilità di contaminazione microbica e virale di qualsiasi provenienza e a qualsiasi livello delle procedure, la scarsa vitalità cellulare e la possibilità di reazioni nel tessuto ospite. Organizzare e gestire procurement e distribuzione di valvole cardiache (da donatore vivente e cadavere) riducendo a livello infinitesimale la possibilità di contaminazione microbica e virale di qualsiasi provenienza e a qualsiasi livello delle procedure, la scarsa vitalità cellulare e la possibilità di reazioni nel tessuto ospite. Obiettivi generali • Potenziare il procurement regionale di tessuto muscolo scheletrico sia da donatore vivente che da donatore cadavere • Potenziare il procurement extraregionale di tessuto muscolo scheletrico sia da donatore vivente che da donatore cadavere (affidamento da parte del CNT di Perugia per la Regione Umbria e Caserta e Salerno per la Regione

	Campania, in fase di convenzionamento) • Potenziare il procurement regionale di tessuto cardiovascolare sia da donatore vivente che da donatore cadavere • Ampliare l'attività d'informazione-formazione sul corretto utilizzo dei tessuti muscolo scheletrici di origine umana diretta a tutte le tipologie di utilizzatori (ortopedici, dentisti, chirurghi maxillo-facciali). • Ricevere ed erogare formazione sul prelievo dei tessuti cardiovascolari da donatore vivente e cadavere rivolta ai Medici, Infermieri BTMS e delle sedi donative per i soli donatori viventi. Obiettivi qualitativi e quantitativi Nell'ambito delle attività di procurement, processazione e distribuzione dei tessuti muscolo scheletrici e dei tessuti vascolari, di provenienza regionale ed extra regionale, saranno monitorati il rispetto degli standard di riferimento delle procedure e dei protocolli per la gestione del rischio clinico e infettivologico anche al fine della revisione e del miglioramento degli stessi. Obiettivo I Implementazione dei manuali e realizzazione di Protocolli misti da configurare in unico Manuale della qualità BTMS/Regione Lazio Obiettivo II Proseguire con la formazione sempre più approfondita ed elevata, sulle applicazioni inerenti il prelievo, la processazione, la distribuzione ed il trapianto di tessuto muscolo-scheletrico; il prelievo, la processazione, la distribuzione ed il trapianto di tessuto cardiovascolare per il personale sanitario dei vari profili professionali della BTMS e verso il personale afferente alle Sale Operatorie delle Aziende Ospedaliere /IRCCS/ Policlinici universitari che partecipano al progetto regionale di donazione di tessuti (vedi note nei Piani Aziendali Regionali). Rispettare le normative vigenti, applicare rigorosamente le Linee guida correnti, mantenere gli standard come disposti dalle Norme ISO armonizzate GMP. Obiettivo III Realizzare un'ampia e diffusa promozione a livello regionale ed extra regionale che consenta una sostanziale ottimizzazione del procurement che conduca ad importanti riscontri clinici e al contempo economici, a seguito della migliore razionalizzazione delle attività.
--	---

TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	1. Implementazione dei manuali e realizzazione del Protocollo prelievo valvole cardiache: entro 31 dicembre 2013 2. Revisione del Percorso di sicurezza (Sierologico e Microbiologico) : aggiornamento di procedure e manuali entro 31 dicembre 2013 3. Revisioni di performance per innesto tessuti 4. Realizzazione di ulteriori corsi formativi-informativi d'aula e su campo (Sale Operatorie) anche extraregionali: entro 31 dicembre 2013
COSTI	I costi per personale, beni, servizi e attività formative sono stimati in € 600.000,00
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	Indicatori di struttura: a seguito dell'attuazione delle linee contenute nel contesto, misurazione della qualità dell'armonizzazione delle tecnologie esistenti, potenziamento dell'apprendimento del personale con relativa valutazione della Direzione, consolidamento rapporti tecnico-scientifici con le Banche di Bologna, Treviso, Milano, Vienna e Parigi. Indicatori di processo: analisi dei risultati microbiologici dei tessuti e dell'ambiente, comparazione con il pregresso, riesame dei risultati delle attività interne ed esterne, adozione di eventuali azioni preventive e/o correttive. Indicatori di risultato: numero di donatori, numero test microbiologici tissutali negativi, numero test microbiologici ambientali negativi, contenimento dei costi mediante i rimborsi derivanti dalla distribuzione, contenimento dei costi evitando, ove possibile, affidamento di attività in outsourcing, con l'applicazione di progetti obiettivi con il personale di Banca.
RISULTATI ATTESI	A medio termine (9/12 mesi) Certificazione del Centro Nazionale Trapianti stabilita per Luglio 2013 Certificazione ISO 9001:2008, al termine degli adeguamenti strutturali Incremento delle donazioni Aumento dei tessuti con assenza di crescita microbica Aumento della produzione di materiali processati da immettere nella distribuzione regionale e nazionale.

LINEA PROGETTUALE: 6.1

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

GENERALITÀ

REGIONE PROPONENTE	<i>Regione Lazio</i>
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	La sanità Penitenziaria 6.1: La tutela delle detenute sottoposte a provvedimenti penali e della loro prole.
TITOLO DEL PROGETTO	“Istituzione di un servizio di sostegno e terapia psicologica dedicato alla popolazione femminile detenuta”
DURATA DEL PROGETTO	annuale
REFERENTE	Simonetta Fratini

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 1.300.000
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2013	100%
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	Il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1.04.2008, in attuazione del Decreto Legislativo 22 giugno 1999, n. 230, disciplina le modalità e i criteri per il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria. A decorrere dalla data di entrata in vigore del decreto, sono state trasferite al Servizio Sanitario Nazionale tutte le funzioni sanitarie svolte dal Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e dal Dipartimento della giustizia minorile del Ministero della giustizia, comprese quelle concernenti il rimborso alle comunità terapeutiche sia per i tossicodipendenti e per i minori affetti da disturbi psichici delle spese sostenute per il mantenimento, la cura e l'assistenza medica dei detenuti di cui all'articolo 96, commi 6 e 6-bis, del testo unico di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, e successive modificazioni, nonché per il collocamento, disposto dall'autorità giudiziaria, nelle comunità terapeutiche per minorenni e per giovani adulti di cui all'articolo 24 del decreto legislativo 28 luglio 1989, n. 272. Le Regioni dovranno quindi assicurare l'espletamento delle funzioni trasferite attraverso le Aziende sanitarie locali comprese nel proprio territorio e nel cui ambito di competenza sono ubicati gli istituti e servizi penitenziari e i servizi minorili di riferimento. La materia si è da subito palesata di notevole complessità soprattutto per quanto attiene al trasferimento dei rapporti di lavoro, sia per la peculiarità del servizio reso all'interno degli istituti penitenziari, sia per le modalità e procedure adottate dall'Amministrazione Penitenziaria per il reclutamento del proprio personale sanitario non di ruolo, al quale si applica la normativa speciale di cui alla legge 9 ottobre 1970 n. 740. Con l'attribuzione della responsabilità della tutela della salute in ambito penitenziario ad una Istituzione diversa da quella che eroga le funzioni custodiali si è offerta l'occasione per <i>ripensare</i> l'attuale modello organizzativo e gestionale della Sanità Penitenziaria che ha le proprie radici nella legge 740 del 1970 ed è antecedente di otto anni l'istituzione del Sistema Sanitario Nazionale avvenuta nel 1978. Da subito è emersa l'esigenza di elaborare e strutturare un sistema di offerta di prestazioni all'interno degli istituti penitenziari che tenga conto degli assetti organizzativi penitenziari da un lato e che sia coerente, dall'altro, con il sistema di offerta di servizi sanitari vigente per la collettività nel suo complesso. Come stato di principio e di diritto i minori, specie se di età inferiore a tre anni, non dovrebbero permanere in Istituti Penitenziari pena evidenti danni nel loro sviluppo evolutivo. D'altro canto rimane comunque importante e determinante per lo stesso sviluppo del minore la convivenza con le rispettive madri anche se autrici di reato e sottoposte a detenzione per cui l'Amministrazione Penitenziaria ha in progetto l'istituzione nazionale di strutture nuovi servizi per madri con minori.

DESCRIZIONE	In alcuni istituti sono stati effettuati progetti per la prevenzione dell'infezione del papilloma virus nelle fasce di età indicate come maggiormente a rischio (12 – 29 anni) ed opuscoli informativi multilingue per le detenute straniere e Rom che spesso hanno difficoltà ad accedere ai programmi di screening in carcere, come sul territorio all'esterno.
OBIETTIVI	. Messa a regime dell'attività di una equipe specialistica per il nido con particolare riguardo al mantenimento in essere di almeno i medesimi livelli assistenziali con particolare riguardo alle puericultrici. Istituzionalizzazione della rete di cui sopra.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	Nell'anno .Verifica dello status di mantenimento di tutte le attività già precedentemente stabilite.
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	1) Numero dei Bilanci di Salute effettuati dai Pediatri del territorio competente 2) Numero delle prestazioni sociosanitarie nella struttura 3) Numero delle madri e dei bambini coinvolti nell'iniziativa 4) Numero di giornate di assistenza erogate nell'anno per "Unità madre-bimbo"
RISULTATI ATTESI	• Miglioramento del valore degli indicatori di benessere dell'Unità Madre-Bambino e singolarmente. • Diminuzione delle prescrizioni di farmaci psicotropi alle madri • Diminuzione degli episodi di auto ed eterolesionismo nel gruppo trattato rispetto ad un gruppo precedente e non trattato • Miglioramento delle performances sociali e delle relazioni • Miglioramento dell'appropriatezza delle attività svolte e delle prestazioni erogate verificabile con la raccolta campionaria di dati e l'utilizzo di indicatori specifici da utilizzare periodicamente; • Miglioramento della qualità tecnico-professionale delle prestazioni erogate, grazie all'utilizzo di strumenti operativi adeguati (linee guida, protocolli, standard, etc.) • Incremento dell'attività di formazione specifica; • Miglioramento della qualità dei servizi erogati incentrati su percorsi terapeutici che garantiscano la tempestività degli interventi, la continuità assistenziale, l'appropriatezza e la qualità delle prestazioni, la verifica dei risultati;

DESTINATARI DEL FINANZIAMENTO E CRITERI DI RIPARTIZIONE

Il finanziamento di € 1.300.000,00 è stato suddiviso tenendo conto del numero totale delle detenute presenti nei 3 istituti penitenziari.

ASL	Struttura	Detenuti Presenti 2011	Importo
Roma B	C.C. Fem.le Rebibbia	360	1.087.070,00
Roma F	C.C.Civitavecchia	38	123.275,00
Latina	C.C. Latina	25	89.655,00
Lazio		423	1.300.000,00

LINEA PROGETTUALE: 6.2

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

GENERALITÀ

REGIONE PROPONENTE	<i>Regione Lazio</i>
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	La sanità Penitenziaria 6.2: La Salute Mentale.
TITOLO DEL PROGETTO	“Potenziamento del servizio ‘Nuovi Giunti’ per lo screening dei soggetti a rischio suicidario che entrano in un Istituto penitenziario della Regione Lazio ed altre azioni finalizzate”.
DURATA DEL PROGETTO	Annuale
REFERENTE	Simonetta Fratini

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 1.300.000,00
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2013	100%
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	Il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1.04.2008, in attuazione del Decreto Legislativo 22 giugno 1999, n. 230, disciplina le modalità e i criteri per il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria. A decorrere dalla data di entrata in vigore del decreto, sono state trasferite al Servizio Sanitario Nazionale tutte le funzioni sanitarie svolte dal Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e dal Dipartimento della giustizia minorile del Ministero della giustizia, comprese quelle concernenti il rimborso alle comunità terapeutiche sia per i tossicodipendenti e per i minori affetti da disturbi psichici delle spese sostenute per il mantenimento, la cura e l'assistenza medica dei detenuti di cui all'articolo 96, commi 6 e 6-bis, del testo unico di cui al decreto del
----------	--

	Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, e successive modificazioni, nonché per il collocamento, disposto dall'autorità giudiziaria, nelle comunità terapeutiche per minorenni e per giovani adulti di cui all'articolo 24 del decreto legislativo 28 luglio 1989, n. 272. Le Regioni dovranno quindi assicurare l'espletamento delle funzioni trasferite attraverso le Aziende sanitarie locali comprese nel proprio territorio e nel cui ambito di competenza sono ubicati gli istituti e servizi penitenziari e i servizi minorili di riferimento. La materia si è da subito palesata di notevole complessità soprattutto per quanto attiene al trasferimento dei rapporti di lavoro, sia per la peculiarità del servizio reso all'interno degli istituti penitenziari, sia per le modalità e procedure adottate dall'Amministrazione Penitenziaria per il reclutamento del proprio personale sanitario non di ruolo, al quale si applica la normativa speciale di cui alla legge 9 ottobre 1970 n. 740. Con l'attribuzione della responsabilità della tutela della salute in ambito penitenziario ad una Istituzione diversa da quella che eroga le funzioni custodiali si è offerta l'occasione per <i>ripensare</i> l'attuale modello organizzativo e gestionale della Sanità Penitenziaria che ha le proprie radici nella legge 740 del 1970 ed è antecedente di otto anni l'istituzione del Sistema Sanitario Nazionale avvenuta nel 1978. Da subito è emersa l'esigenza di elaborare e strutturare un sistema di offerta di prestazioni all'interno degli istituti penitenziari che tenga conto degli assetti organizzativi penitenziari da un lato e che sia coerente, dall'altro, con il sistema di offerta di servizi sanitari vigente per la collettività nel suo complesso. Il DPCM 1 aprile 2008 "Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria", pubblicato sulla G.U. n. 126 del 30 maggio 2008 ed esecutivo dal 14 giugno 2008, stabilisce che le Regioni disciplinano gli interventi da attuare attraverso le Aziende Sanitarie Locali per garantire i Livelli essenziali di assistenza, all'interno degli istituti penitenziari presenti sul territorio aziendale di riferimento, in conformità ai principi definiti dalle linee di indirizzo per gli interventi del SSN a tutela della salute dei detenuti e degli internati. Considerata comunque la specificità della situazione detentiva ed in particolare la privazione del diritto costituzionale della libertà di scelta in materia di assistenza sanitaria per cui i detenuti, gli internati e i minori sottoposti a provvedimento penale non possono accedere a strutture sanitarie esterne per usufruire di prestazioni sanitarie non previste specificatamente nei LEA, è necessario che la Regione individui percorsi di assistenza psicologica più incisivi di quelli del passato anche attraverso il potenziamento della cessione di presidi extra LEA e dei percorsi specifici per erogare all'interno degli Istituti di pena le prestazioni suddette.
DESCRIZIONE	Per quanto riguarda la Regione Lazio ed eventualmente l'ASL coinvolta per territorio, è stato attuato un ulteriore potenziamento dell'assistenza

	sanitaria relativa, in aggiunta a quanto già dovuto per il DPCM del 1 aprile del 2008. In particolare si è constatato un aumento delle prestazioni Pediatriche e infermieristiche. Il volontariato è costantemente attivo sia sul versante delle ASL sia del Ministero della Giustizia – Direzioni penitenziarie. Sono in avanzata fase di proposizione protocolli operativi di collaborazione tra i Dipartimenti di Salute Mentale aziendali ed i servizi aziendali preposti alla cura dei detenuti. Queste nuove operatività sono volte soprattutto a migliorare la reale presa in carico psichiatrica successiva all'entrata in carcere ed alla presa in carico territoriale una volta finita la pena o, comunque all'uscita del carcere. E' nella fase conclusiva la stesura delle Linee di indirizzo per la riduzione del rischio autolesivo dei detenuti degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale, come da accordo della Conferenza Unificata del 19 gennaio 2012. E' in avanzata fase l'esecuzione del progetto CCM: "Lo stato di salute dei Detenuti negli Istituti penitenziari di sei regioni italiane" recante un modello sperimentale di monitoraggio dello stato di salute e prevenzione dei tentativi suicidari. Sono state avviate le procedure di presa in carico da parte del territorio rivolte ai pazienti ricoverati presso gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) attraverso l'attivazione territoriale dei rispettivi DSM. A seguito di queste azioni si è concretamente avviata la realizzazione di reali Servizi di accoglienza e primo aiuto per arrestati o detenuti in entrata, con un importante potenziamento delle prestazioni psicologiche e psichiatriche.
OBIETTIVI	Obiettivo generale: Diminuzione degli episodi di auto ed eterolesionismo grave.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	Nell'anno .Verifica del mantenimento in essere degli obiettivi raggiunti con le annualità precedenti.
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	1) Report specifici trimestrali sull'attività svolta 2) numero di interventi effettuati
RISULTATI ATTESI	Durante e alla fine di questo progetto i risultati attesi sono i seguenti: 1. coinvolgimento motivante degli operatori delle UO che partecipano al progetto con aumento delle ore di prestazioni specialistiche e di psicodiagnostica a favore della popolazione dei 'Nuovi Giunti'; 2. Minore ricorso agli psicofarmaci 3. Diminuzione degli episodi di lesionismo 4. Miglioramento della Presa in Carico sanitaria dei detenuti ed internati anche se migranti o che necessitano di prestazioni sanitarie

	mirate in ragione della loro stessa condizione detentiva ed in preparazione di un necessario percorso di recupero sociale 5. Miglioramento della collaborazione ed interazione interregionale nell'attuazione del DPCM oltre che del livello di omogeneità interregionale degli interventi sul Livello assistenziale negli Istituti di pena.
DESTINATARI DEL FINANZIAMENTO E CRITERI DI RIPARTIZIONE	

Il finanziamento di € 1.300.000,00 è stato suddiviso per il numero dei detenuti, è stato decurtato per ogni ASL del 4% ed è stato riattribuito per il 50% alla ASL Roma A e il restante 50% alla ASL Roma D

ASL	Detenuti Presenti 2013	
Roma A	1031	290.014,18
Roma B	2570	411.833,59
Roma C	0	0
Roma D	5	16.401,23
Roma E	52	23.932,82
Roma F	751	120.345,15
Roma G	0	0
Roma H	624	99.993,84
Viterbo	721	115.537,75
Rieti	314	50.317,40
Latina	171	27.402,16
Frosinone	900	144.221,88
Lazio	7.139	1.300.000,00

LINEA PROGETTUALE: 6.3

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

GENERALITÀ

REGIONE PROPONENTE	<i>Regione Lazio</i>
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	La sanità Penitenziaria 6.3: La Salute dei minori.
TITOLO DEL PROGETTO	“Creazione di un percorso di formazione continua per operatori del settore della sanità penitenziaria con particolare riguardo al settore minorile”.
DURATA DEL PROGETTO	annuale
REFERENTE	Simonetta Fratini

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 716.875,00
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2013	100%
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	Il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1.04.2008, in attuazione del Decreto Legislativo 22 giugno 1999, n. 230, disciplina le modalità e i criteri per il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria. A decorrere dalla data di entrata in vigore del decreto, sono state trasferite al Servizio Sanitario Nazionale tutte le funzioni sanitarie svolte dal Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e dal Dipartimento della giustizia minorile del Ministero della giustizia, comprese quelle concernenti il rimborso alle comunità terapeutiche sia per i tossicodipendenti e per i minori affetti da disturbi psichici delle spese
----------	---

	sostenute per il mantenimento, la cura e l'assistenza medica dei detenuti di cui all'articolo 96, commi 6 e 6-bis, del testo unico di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, e successive modificazioni, nonché per il collocamento, disposto dall'autorità giudiziaria, nelle comunità terapeutiche per minorenni e per giovani adulti di cui all'articolo 24 del decreto legislativo 28 luglio 1989, n. 272. Le Regioni dovranno quindi assicurare l'espletamento delle funzioni trasferite attraverso le Aziende sanitarie locali comprese nel proprio territorio e nel cui ambito di competenza sono ubicati gli istituti e servizi penitenziari e i servizi minorili di riferimento. La materia si è da subito palesata di notevole complessità soprattutto per quanto attiene al trasferimento dei rapporti di lavoro, sia per la peculiarità del servizio reso all'interno degli istituti penitenziari, sia per le modalità e procedure adottate dall'Amministrazione Penitenziaria per il reclutamento del proprio personale sanitario non di ruolo, al quale si applica la normativa speciale di cui alla legge 9 ottobre 1970 n. 740. Con l'attribuzione della responsabilità della tutela della salute in ambito penitenziario ad una Istituzione diversa da quella che eroga le funzioni custodiali si è offerta l'occasione per <i>ripensare</i> l'attuale modello organizzativo e gestionale della Sanità Penitenziaria che ha le proprie radici nella legge 740 del 1970 ed è antecedente di otto anni l'istituzione del Sistema Sanitario Nazionale avvenuta nel 1978. Da subito è emersa l'esigenza di elaborare e strutturare un sistema di offerta di prestazioni all'interno degli istituti penitenziari che tenga conto degli assetti organizzativi penitenziari da un lato e che sia coerente, dall'altro, con il sistema di offerta di servizi sanitari vigente per la collettività nel suo complesso. Come stato di principio e di diritto i minori, specie se di età inferiore a tre anni, non dovrebbero permanere in Istituti Penitenziari pena evidenti danni nel loro sviluppo evolutivo. D'altro canto rimane comunque importante e determinante per lo stesso sviluppo del minore la convivenza con le rispettive madri anche se autrici di reato e sottoposte a detenzione per cui l'Amministrazione Penitenziaria ha avviato l'istituzione nazionale di strutture nuovi servizi per madri con minori.
DESCRIZIONE	Attività o campagne di informazione sanitaria generale ed alimentare in particolare completeranno la progettazione in atto. E' inoltre prevista una specifica formazione per la rianimazione ed il pronto soccorso in ambito penitenziario che coinvolgeranno il personale sanitario che opera nelle strutture penitenziarie ed una parte del personale di polizia penitenziaria che opera all'interno delle sezioni detentive specie per ciò che riguarda il primo soccorso.
OBIETTIVI	1. Migliorare gli aspetti metodologici, organizzativi e procedurali degli interventi svolti entro le strutture di pena. 2. Approntare una prassi sull'individuazione del 'case manager'. 3. Attivazione di esercitazioni su casi emblematici. 4. Identificazione di una ASL capofila della formazione.

	Il processo di formazione prevede l'accreditamento presso la Regione Lazio per l'Educazione Continua in Medicina (ECM) Destinatari degli eventi di Formazione: - operatori delle ASL che si occupano della gestione dei 14 Istituti presenti nella Regione Lazio, ed in particolare: medici, psicologi, assistenti sociali, infermieri ed altre figure; - Operatori delle Comunità Terapeutiche e Enti Ausiliari, Terzo Settore e Volontariato, rappresentanti professionali significativi del Ministero della Giustizia.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	1. Accredimento ECM 2. 12 mesi – Fine programma 3. Creazione comitato scientifico 4. Svolgimento delle attività didattiche 5. Stampa degli atti
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	1) Numero di personale professionale formato 2) Esito dei tests pre e post formazione 3) Creazione di un network interattivo (n. accessi) 4) Modifiche delle prassi in atto 5) Attivazione di nuove prassi operative
RISULTATI ATTESI	- Miglioramento dell'appropriatezza delle attività svolte e delle prestazioni erogate verificabile con la raccolta campionaria di dati e l'utilizzo di indicatori specifici da utilizzare periodicamente; - Miglioramento della qualità tecnico-professionale delle prestazioni erogate, grazie all'utilizzo di strumenti operativi adeguati (linee guida, protocolli, standard, etc.) - Incremento dell'attività di formazione specifica; - Miglioramento della qualità dei servizi erogati incentrati su percorsi terapeutici che garantiscano la tempestività degli interventi, la continuità assistenziale, l'appropriatezza e la qualità delle prestazioni, la verifica dei risultati; - Creazione delle equipe multiprofessionali. Il particolare stato spesso pluripatologico del detenuto evidenzia un fecondo terreno di intervento integrato per un Servizio Sanitario Regionale: un progetto di trattamento deve necessariamente prevedere l'integrazione dell'opera professionale delle diverse figure sanitarie mirata ad evitare la sovrapposizione degli interventi di vigilanza terapeutica. Alla formazione saranno ammessi anche operatori penitenziari in qualità di uditori.

DESTINATARI DEL FINANZIAMENTO E CRITERI DI RIPARTIZIONE

Il finanziamento di € 716.875,00 è stato attribuito suddividendolo per il 50% alle singole ASL competenti, ed il 50% suddiviso per il numero dei detenuti a carico delle singole ASL .

ASL	Detenuti Presenti 2013	Importo
Roma A	1.031	79.428,27
Roma B	2.570	154.610,55
Roma C	0	-
Roma D	5	68.056,76
Roma E	52	70.352,77
Roma F	751	65.749,89
Roma G	0	-
Roma H	624	59.545,76
Viterbo	721	64.284,34
Rieti	314	44.401,83
Latina	171	37.416,09
Frosinone	900	73.028,74
Lazio	7.139	716.875,00

LINEA PROGETTUALE: 6.4

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

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	<i>Regione Lazio</i>
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	La sanità Penitenziaria 6.4: Sistema Informativo
TITOLO DEL PROGETTO	“Implementazione di un sistema informatizzato per i dati sanitari di detenuti ed internati adulti e minori”.
DURATA DEL PROGETTO	annuale
REFERENTE	Simonetta Fratini

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 735.854,00
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2013	100%
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO**CONTESTO**

Il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1.04.2008, in attuazione del Decreto Legislativo 22 giugno 1999, n. 230, disciplina le modalità e i criteri per il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria.

A decorrere dalla data di entrata in vigore del decreto, sono state trasferite al Servizio Sanitario Nazionale tutte le funzioni sanitarie svolte dal Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e dal Dipartimento della giustizia minorile del Ministero della giustizia, comprese quelle concernenti il rimborso alle comunità terapeutiche sia per i tossicodipendenti e per i minori affetti da disturbi psichici delle spese sostenute per il mantenimento, la cura e l'assistenza medica dei detenuti di cui all'articolo 96, commi 6 e 6-bis, del testo unico di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, e successive modificazioni, nonché per il collocamento, disposto dall'autorità giudiziaria, nelle comunità terapeutiche per minorenni e per giovani adulti di cui all'articolo 24 del decreto legislativo 28 luglio 1989, n. 272. Le Regioni dovranno quindi assicurare l'espletamento delle funzioni trasferite attraverso le Aziende sanitarie locali comprese nel proprio territorio e nel cui ambito di competenza sono ubicati gli istituti e servizi penitenziari e i servizi minorili di riferimento.

La materia si è da subito palesata di notevole complessità soprattutto per quanto attiene al trasferimento dei rapporti di lavoro, sia per la peculiarità del servizio reso all'interno degli istituti penitenziari, sia per le modalità e procedure adottate dall'Amministrazione Penitenziaria per il reclutamento del proprio personale sanitario non di ruolo, al quale si applica la normativa speciale di cui alla legge 9 ottobre 1970 n. 740. Con l'attribuzione della responsabilità della tutela della salute in ambito penitenziario ad una Istituzione diversa da quella che eroga le funzioni custodiali si è offerta l'occasione per *ripensare* l'attuale modello organizzativo e gestionale della Sanità Penitenziaria che ha le proprie radici nella legge 740 del 1970 ed è antecedente di otto anni l'istituzione del Sistema Sanitario Nazionale avvenuta nel 1978.

Da subito è emersa l'esigenza di elaborare e strutturare un sistema di offerta di prestazioni all'interno degli istituti penitenziari che tenga conto degli assetti organizzativi penitenziari da un lato e che sia coerente, dall'altro, con il sistema di offerta di servizi sanitari vigente per la collettività nel suo complesso.

Il DPCM del 1 aprile 2008 ha transitato la competenza della tutela della Salute al Servizio Sanitario Nazionale ed una base indispensabile è quella della gestione dei dati sanitari dei detenuti ed internati necessaria per una corretta presa in carico sanitaria tramite l'implementazione del percorso della Cartella Clinica Informatizzata già peraltro prevista da un precedente progetto regionale.

Occorre citare l'accordo della Conferenza Unificata ai sensi dell'art.9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n.281, sul documento proposto dal tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria recante: Dati sanitari, flussi informativi e cartella clinica informatizzata.

	Pur non esistendo un sistema di rilevazione nazionale o regionale delle patologie in ambito penitenziario e permanendo gravi lacune nella possibilità di osservare in modo scientificamente rigoroso la natura e la frequenza delle patologie di cui è affetta la popolazione carceraria, l'osservazione diretta degli operatori sanitari ha evidenziato come, attualmente, prevalgano le patologie infettive (epatiti virali, tubercolosi, AIDS, patologie psichiatriche e gastroenterologiche). La regione Lazio sta infatti potenziando il sistema informativo per le tossicodipendenze adeguato ed in linea con l'NSIS del Ministero della Salute per le necessità specifiche dell'ambiente carcerario, implementandolo in una forma supportabile senza i sistemi di collegamento in rete con il server regionale centrale. Il 5 maggio 2011 è stato ultimato lo studio di fattibilità del S.I.S.P.E.(sistema informativo della sanità penitenziaria) del Ministero della Salute ed alla data attuale risulta non attivato
DESCRIZIONE	La creazione di un sistema di informatizzazione sanitaria è certamente un processo complesso e costoso, oltre che prevedere una profonda e difficile formazione degli operatori addetti ai sistemi di gestione e trasmissione dei dati. Un obiettivo prioritario appare essere quello della realizzazione di una cartella clinica informatizzata che sostituisca integralmente quella che oggi è soltanto un 'diario clinico' di semplice raccolta dei referti e dei dati riguardanti gli interventi sanitari eseguiti per il detenuto. Un siffatto programma di implementazione del sistema informatico degli istituti penitenziari prevederà senz'altro tempi più lunghi del presente progetto e risentirà necessariamente di continui aggiustamenti e correttivi fino alla messa in rete di tutto il sistema sanitario in carcere ed alla realizzazione di un sistema di raccolta dati ministeriale (Sanità), peraltro previsto dalla vigente normativa.
OBIETTIVI	Costruzione di una sostenibile rete informatizzata, in accordo con l'Amministrazione penitenziaria per quanto di competenza, per implementare il percorso di una Cartella Clinica Informatizzata
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	1. Valutazione delle condizioni di uso della rete del Ministero della Giustizia 2 – Fine programma 2. Realizzazione di opportuna interfaccia informatica 3. Addestramento degli operatori e formazione continua La difficoltà ad indicare precisamente i tempi è dovuta al fatto che lo stesso Ministero della Giustizia non ha ancora ultimato la propria verifica interna sulla rete informatica.
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	Le attività di valutazione inseriscono in un percorso di preparazione all'accreditamento istituzionale dei Presidi Sanitari Penitenziari. Esse garantiscono la qualità acquisita attraverso una valutazione continua e permanente dei servizi e delle prestazioni rese ai clienti interni ed esterni e attraverso un rilevamento delle percezioni dei clienti esterni.

	Prodotti del monitoraggio e della supervisione: – rapporti periodici, almeno trimestrali Prodotti delle valutazioni: – ogni valutazione produrrà rapporti specifici – numero computer per Presidio Sanitario in ogni Istituto Penitenziario – Attivazione di un apposito Protocollo operativo e di collaborazione interistituzionale come da accordi nazionali
RISULTATI ATTESI	• Completamento analisi dei dati del sistema da informatizzare • Definizione e selezione delle variabili da prendere in considerazione • Analisi, potenziamento della rete informatica esistente • Sperimentazione del modulo di raccolta dei dati sanitari

DESTINATARI DEL FINANZIAMENTO E CRITERI DI RIPARTIZIONE

Il finanziamento di € 735.854 è stato suddiviso per il numero delle strutture (16), per un importo pari a € 45.990,87 è stato decurtato del 50% alla Roma D (pari a 22.995,43) ed è stata aggiunta tale somma alla Roma A (turn – over).

ASL		Struttura		Detenuti per Struttura	Detenuti Presenti 2013	Importo
Roma A	1	Regina Coeli	1	1.031	1.031	73.585,43
Roma B	1	C.C. Rebibbia N.C.	2	1.734	2.570	45.990,87
	2	III C.C. Rebibbia	3	37		45.990,87
	3	C.R. Rebibbia	4	411		45.990,87
	4	C.C. Fem.le Rebibbia	5	388		45.990,87
Roma D	1	C.P.A.	6	5	5	18.396,35
Roma E	1	Casal del Marmo	7	52	52	18.396,35
Roma F	1	C.C. Civitavecchia	8	628	751	45.990,87
	2	C.R. Civitavecchia	9	123		45.990,87
Roma H	1	C.C. Velletri	10	624	624	45.990,87
Viterbo	1	C.C. Viterbo	11	721	721	45.990,87
Rieti	1	C.C. Rieti	12	314	314	45.990,87
Latina	1	C.C. Latina	13	171	171	45.990,87
Frosinone	1	C.C. Cassino	14	309	900	45.990,87
	2	C.C. Frosinone	15	534		73.585,43
	3	C.R. Paliano	16	57		45.990,87
Lazio				7.139	7.139	735.854,00

LINEA PROGETTUALE: 8.1

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	TUTELA DELLA MATERNITA' E PROMOZIONE DELL'APPROPRIATEZZA DEL PERCORSO NASCITA
TITOLO DEL PROGETTO	FAVORIRE L'ALLATTAMENTO AL SENO ANCHE ATTRAVERSO L'INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO
DURATA DEL PROGETTO	12 MESI
REFERENTE	Domenico Di Lallo

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 1.200.000,00
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2013	100%
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

Per le ASL il finanziamento è basato sulla proporzione di nati residenti, per le Aziende AO/AU a quota fissa

Azienda	Finanziamento
ASL RM A	69.292,80
ASL RM B	126.618,88
ASL RM C	81.907,20
ASL RM D	99.806,72
ASL RM E	81.616,64
ASL RM F	57.763,84
ASL RM G	101.439,56
ASL RM H	101.095,68
ASL VT	48.832,00
ASL RI	23.417,60
ASL LT	99.098,88
ASL FR	69.110,20
AO San Camillo-Forlanini	60.000,00
AO San Giovanni	60.000,00
AO San Filippo Neri	60.000,00
AU Policlinico Umberto I	60.000,00
Totale	1.200.000,00

IL PROGETTO

CONTESTO	L'allattamento al seno nei primi mesi rappresenta per il bambino la modalità di alimentazione ideale e sufficiente a sostenere una crescita ed uno sviluppo ottimale. Presenta inoltre una serie di benefici anche per la mamma, che vanno da una più rapida ripresa del peso a un minor rischio di sviluppare il tumore alla mammella e all'utero prima della menopausa. Nonostante tali conoscenze, esistono ancora numerosi ostacoli all'allattamento al seno dovuti a motivi sociali, economici e culturali. I servizi sanitari, ed in particolare gli operatori delle strutture ospedaliere di assistenza alla mamma e al neonato, svolgono un ruolo importante nella promozione e nel sostegno di una cultura all'allattamento al seno. È per tale motivo che nel 2003 è stato avviato nel Lazio un progetto regionale rivolto alla promozione dell'allattamento al seno nei punti nascita. Gli ospedali che aderiscono al progetto vengono supportati nel percorso di accreditamento Ospedale Amico del Bambino che si basa sulla completa adesione ai 10 passi OMS/Unicef. E' altresì importante che la promozione dell'allattamento al seno inizi già prima che la donna entri in ospedale. E' quindi prioritario coinvolgere nella attività i servizi territoriali ed i consultori familiari, che attraverso i corsi di accompagnamento alla nascita e altre occasioni di incontro con le gestanti o neomamme, possano promuovere tale pratica.
DESCRIZIONE	Il progetto prevede le seguenti azioni: - analisi dei punti di forza e di debolezza nel raggiungimento delle azioni previste in ciascun punto nascita; - ridefinizione delle strutture partecipanti al progetto in base ai risultati ottenuti e ai punti critici; - promozione delle pratiche favorevoli all'allattamento al seno (AS) in tutte le occasioni di contatto con la donna; - formazione del personale sanitario; - rielaborazione e diffusione di materiale informativo, aggiornato, presso le strutture chiave del percorso nascita; - rafforzamento della rete ospedale territorio;

	monitoraggio del tipo di alimentazione al bambino sano in ospedale e dell'adesione ospedaliera ai 10 passi OMS/Unicef.
OBIETTIVI	Stilare e diffondere una politica aziendale di promozione dell'allattamento al seno in ospedale. Promuovere il contatto precoce pelle a pelle madre – bambino subito dopo il parto tra le strutture partecipanti. Potenziare il rooming-in H24 tra le strutture partecipanti. Effettuare corsi di formazione per formatori e per operatori dedicati degli ospedali, del territorio e dei Consultori Familiari. Diffondere le conoscenze sull'AS tra le donne; coinvolgere i consultori familiari nelle attività di promozione. Valutare i livelli di AS e di adesione ai 10 passi in ospedale tra le strutture partecipanti.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	1-12 mesi- adesione progetto OAB 1-12 mesi- produzione di statistiche del monitoraggio delle strutture
COSTI	- Quota destinata alle Aziende ospedaliere e universitarie con maternità: 240.000 - Quota destinata alle Aziende Sanitarie Locali: 960.000
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	% di ospedali che effettuano il contatto pelle a pelle subito dopo il parto tra le strutture partecipanti. % di ospedali che hanno il rooming-in H24 tra le strutture partecipanti. % di allattamento al seno esclusivo durante la degenza ospedaliera e alla dimissione. % di adesione ospedaliera ai 10 passi OAB.
RISULTATI ATTESI	Almeno il 50% di ospedali con delibera riguardante politica favorente l'allattamento al seno. Almeno il 50% delle strutture partecipanti con rooming in totale. Aggiornamento del sito www.lattematerno.it Incremento del 5% della percentuale di bambini allattati al seno in modo esclusivo alla dimissione.

RELAZIONE ANNO 2012

RETE

Proseguite le attività di rete dei 10 ospedali partecipanti. Alcuni ospedali hanno creato un buon collegamento con i servizi territoriali.

FORMAZIONE

Effettuati corsi di formazione Unicef di 20 ore sull'allattamento al seno che nel corso degli anni hanno formato circa 1850 operatori appartenenti agli ospedali partecipanti (ostetriche, infermiere, medici, ecc).

MATERIALI UTILI

E' tutt'ora in corso la distribuzione del nuovo opuscolo sull'allattamento al seno alle donne che partoriscono negli ospedali partecipanti. Oltre all'opuscolo sull'allattamento al seno sono stati realizzati altri due prodotti: il libretto "se non puoi allattarlo al seno" con indicazioni utili per le neomamme e " mangio con voi" guida ricca di indicazioni relative all'introduzione degli alimenti solidi. Oltre a questi materiali, viene aggiornato il sito www.lattematerno.it

MONITORAGGIO

Proseguono i due monitoraggi che vengono effettuati ogni anno dall'avvio del progetto (2003).

Sono stata effettuate nel 2012 due riunioni con i referenti degli ospedali partecipanti.

Scopo delle riunioni era quello di:

- definire il gruppo dei referenti (il gruppo deve essere ridefinito anche negli ospedali dove già esiste)
- inviare all'ASP la bozza della policy
- definire il gruppo multidisciplinare
- compilare le autovalutazioni

Durante le riunioni sono emerse criticità come ad esempio la difficoltà nel realizzare i corsi per formatori e i corsi a cascata.

Il contatto pelle a pelle subito dopo il parto viene effettuato nel 57% delle strutture; di queste il 21% lo effettua su tutte le tipologie di parto (anche cesareo) e il 36% solo per i parti spontanei;

Il rooming-in diurno o completo è stato realizzato nel 64% delle strutture;

	I formatori regionali per l'allattamento al seno, abilitati a realizzare corsi di formazione per il personale ospedaliero, hanno effettuato un corso di aggiornamento, conseguendo l'abilitazione a realizzare i nuovi pacchetti formativi previsti dall'OMS-Unicef;
--	--

LINEA PROGETTUALE: 8.2

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	TUTELA DELLA MATERNITA' E PROMOZIONE DELL'APPROPRIATEZZA DEL PERCORSO NASCITA
TITOLO DEL PROGETTO	RAZIONALIZZAZIONE DELL'ATTIVITA' DI RICOVERO PAZIENTI IN ETA' EVOLUTIVA (REPARTO DI PEDIATRIA)
DURATA DEL PROGETTO	12 MESI
REFERENTE	Domenico Di Lallo

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 10.500.000,00
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2013	100%
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	Nel 2012, nel Lazio, vi sono state 21.453 dimissioni in regime ordinario dai reparti di accettazione, trasferimento o dimissione Pediatria (cod.39) in pazienti di età 0-14 anni (escluse le giornate di degenza di bambini con età al ricovero <29 giorni), corrispondenti ad un Indice di Occupazione medio regionale pari al 71.5%. Le dimissioni in regime di Day Hospital sono state 17.941, corrispondenti ad un numero di accessi pari a 22.281. A queste si aggiungono le 18.386 dimissioni 0-14 anni in RO e le 45.520 in DH erogate dall'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù (OPBG) in reparti differenti dal codice 39 (età al ricovero >28 giorni). A fronte della media regionale complessiva, è da osservare una forte variabilità dell'Indice di
----------	---

	Occupazione tra le strutture, dal 42% al 98% per i ricoveri ordinari (con l'esclusione dell'IO dell'OPBG). Nonostante un Indice di Occupazione al di sotto degli standard desiderati, una quota di popolazione in età 0-14 anni viene ancora ricoverata in reparti di dimissione non pediatrici: il 9% delle giornate di degenza ordinarie della popolazione 0-14 con età al ricovero >28 giorni è stato effettuato in reparti di dimissione non pediatrici (12% delle dimissioni ordinarie). I reparti per adulti più frequenti sono risultati essere Otorinolaringoiatria (2,6%), Ortopedia e traumatologia (2,6%) e Chirurgia generale (2,4%). Complessivamente, il 33% delle dimissioni di età 0-14 (escluse le dimissioni di bambini con età al ricovero <29 giorni) avvenute in reparti di pediatria (accettazione, trasferimento e dimissione) presenta un DRG a rischio di inappropriatezza.
DESCRIZIONE	Il progetto prevede le seguenti azioni: • consolidamento del collegamento funzionale fra le strutture di ricovero pediatrico; • incremento del numero di posti di Osservazione breve intensiva (OBI) pediatrica.
OBIETTIVI	1. Garantire standard di qualità dell'assistenza ospedaliera alla popolazione in età evolutiva. 2. Monitorare e ridurre i ricoveri inappropriati anche attraverso l'incremento del numero di posti di OBI pediatrica. 3. Creare un collegamento funzionale tra le strutture per indirizzare correttamente i pazienti in età pediatrica verso le strutture di alta specialità. 4. tavolo regionale di monitoraggio della rete di alta specialità pediatrica. Monitoraggio dell'attività di ricovero dei soggetti in età pediatrica con particolare riferimento agli Accessi in PS con codice bianco e verde, al tasso di ricoveri, all'Indice di Occupazione in RO e DH per struttura ed agli accessi nelle strutture di alta specialità pediatrica (TIP, Cardiochirurgia, Neurochirurgia).
TEMPI DI ATTUAZIONE	1-12 mesi: monitoraggio della rete pediatrica

(CRONOPROGRAMMA)	(dati 1° semestre 2012). 1-12 mesi: operatività del tavolo regionale.
COSTI	- Quota da suddividere fra le Aziende Ospedaliere, Universitarie ed ASL con reparto di pediatria: 10.500.000
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	• Accessi alle strutture di emergenza con codice triage bianco-verde per struttura ospedaliera. • % di accessi con codice triage giallo/rosso trasferiti per struttura ospedaliera. • % di accessi con codice triage giallo/rosso ricoverati per struttura ospedaliera. • Numero di posti di OBI attivati/rispetto ai previsti. • Tasso di ospedalizzazione per età. • % di ricoveri a rischio di inappropriately per struttura ospedaliera. • Indice di occupazione per ricovero ordinario e day hospital.
RISULTATI ATTESI	• Riduzione dei ricoveri con DRG a rischio di in appropriatezza (• Almeno il 70% di dimissioni da reparti di Chirurgia o Neurochirurgia pediatrica con DRG chirurgico.
RELAZIONE ANNO 2012	Livello di conseguimento delle attività/obiettivi previsti nel progetto nel 2012: • è continuato il monitoraggio dell'attività di ricovero dei soggetti in età pediatrica con particolare riferimento agli Accessi in PS con codice bianco e verde, al tasso di ricoveri, all'Indice di Occupazione in RO e DH per struttura ed agli accessi nelle strutture di alta specialità pediatrica (TIP, Cardiochirurgia, Neurochirurgia). • Stesura e pubblicazione del rapporto "ricoveri Pediatrici" relativo all'anno 2012.

DESTINATARI DEL FINANZIAMENTO E CRITERI DI RIPARTIZIONE

Finanziamento basato sull'attività di PS e ricovero in reparto codice 39 degli Ospedali Pubblici con reparto di pediatria e PS

Azienda	Finanziamento
ASL RM B	521.908,93
ASL RM C	462.000,00
ASL RM D	480.150,14
ASL RM F	224.814,25
ASL RM G	1.203.936,61
ASL RM H	1.472.317,16
ASL VT	495.441,63
ASL RI	310.000,00
ASL LT	1.237.683,22
ASL FR	1.475.490,57
AO San Camillo - Forlanini	670.000,00
AO San Giovanni	136.974,00
AOU Policlinico Umberto I	1.170.857,01
AO S. Andrea	638.426,48
Totale	10.500.000,00

NB. Nella tabella non sono considerate la ASL Roma A e Roma E in quanto non hanno Istituti pubblici con reparto di pediatria con PS

LINEA PROGETTUALE: 8.3

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	TUTELA DELLA MATERNITA' E PROMOZIONE DELL'APPROPRIATEZZA DEL PERCORSO NASCITA
TITOLO DEL PROGETTO	REALIZZAZIONE E MONITORAGGIO RETE DI ASSISTENZA PERINATALE
REFERENTE	Domenico Di Lallo

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 6.797.915,63
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2013	100%
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

Azienda	Finanziamento
RM B	888.889,30
RM C	620.622,00
RM D	146.695,02
RM E	100.000,00
RM F	277.777,96
RM G	146.695,02
RM H	146.695,02
VT	146.695,02
RI	335.000,00
LT	293.390,04
FR	1.215.338,63
AO San Camillo-Forlanini	650.000,00
AO San Giovanni	607.895,00
AO San Filippo Neri	611.111,31
AU Policlinico Umberto I	611.111,31
Totale	6.797.915,63

NB. Nella tabella non è considerata la ASL Roma A in quanto non ha Istituti pubblici con reparto perinatale

IL PROGETTO

CONTESTO	Nel Lazio sono presenti 45 punti nascita, più un centri di sola assistenza neonatale intensiva. Nel Lazio nel 2012 risultano 54.225 nascite. La percentuale di nascite pretermine è del 7,7%, e di nascite estremamente pretermine dell'1%. Ogni anno circa 600 bambini con età gestazionale inferiore o uguale e 31 settimane e/o con peso alla nascita $\leq$ a 1499 grammi vengono ricoverati in terapia intensiva neonatale. Il tasso di mortalità neonatale è pari al 3 per 1000 e di mortalità materna a circa il 7-10 per 100.000. A seguito del documento approvato dalla conferenza stato regioni sul percorso nascita nel 2010, prosegue la rimodulazione su due livelli di assistenza ostetrico/neonatologica, a modifica del DCA 56/2010.
DESCRIZIONE	Il progetto, in continuità con le attività previste nel 2012, prevede le seguenti azioni: • proseguimento dell'attività di coordinamento dei tavoli di coordinamento • monitoraggio delle morti e delle near- miss materne; • monitoraggio dell'attività delle Unità di Terapia Intensiva Neonatale
OBIETTIVI	– Garantire per ciascuna Unità Perinatale (UP) gli standard strutturali, organizzativi e funzionali previsti dal DCA 56/2010 – Monitorare l'attuazione del Decreti riguardanti la rete perinatale – Promuovere il trasferimento in utero delle gravidanze a rischio verso UP di II e III livello
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	1-12 mesi: proseguimento dell'attività di coordinamento dei tavoli di coordinamento 9-12 mesi: produzione di report tecnici sulle attività delle UTIN, delle unità di assistenza perinatale e sui tassi di mortalità e near misses materne
COSTI	- Quota alle Aziende Ospedaliere ed Universitarie con maternità: €2.480.117,62 - Quota alle Aziende Sanitarie Locali: €4.317.798,01

INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	• Numero di nati per unità perinatale (UP) • % di nati <32 sett. per UP • % di nati 32-35 sett. per UP • % di neonati assistiti per centro UTIN • Numero/% di donne che, pur in presenza di condizioni che richiederebbero il loro trasferimento in un centro di III livello, partoriscono in maternità di I o II livello • Nati mortalità • Mortalità ospedaliera per classi di peso alla nascita
RISULTATI ATTESI	• Almeno l'80% delle UP con guardia attiva ostetrica e neonatologica H24 • Almeno il 90% di neonati con età gestazionale o peso alla nascita molto bassi nati in UP di III livello • Costituzione dei tavoli
RELAZIONE ANNO 2012	Riguardo agli obiettivi prefissati dal progetto mortalità materna è stato realizzato un sistematico monitoraggio degli eventi verificatisi nel 2012 con una diffusione capillare dei risultati E' stato pubblicato e diffuso il rapporto sulle attività di tutti i punti nascita dell'anno 2012 e quelli sull'attività dei reparti di terapia intensiva neonatale e di quelli del servizio dei trasporti neonatali.

LINEA PROGETTUALE: 8.4**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	TUTELA DELLA MATERNITÀ E PROMOZIONE DELL'APPROPRIATEZZA DEL PERCORSO NASCITA
TITOLO DEL PROGETTO	Supporto alle gravidanze in condizioni di "vulnerabilità" e prevenzione dell'interruzione volontaria di gravidanza
DURATA DEL PROGETTO	2013
REFERENTE	Dott. Domenico Di Lallo Dott. Valentino Mantini

**ASPETTI
FINANZIARI**

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 2.119.017,00
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2013	100%
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	La crisi economica presente in Europa e in Italia negli ultimi anni e la presenza numericamente sempre più rilevante di donne e uomini stranieri, provenienti prevalentemente dell'Est Europa, ha portato all'aumento della presenza di gravidanze cosiddette vulnerabili: nuclei familiari socio-economicamente svantaggiati, gravidanze in donne straniere, più fragili se sole e/o rifugiate, gravidanze in età adolescenziale. Per quanto riguarda l'interruzione volontaria di gravidanza (IVG) i dati statistici mostrano una forte diminuzione negli ultimi trenta anni del numero assoluto di IVG, ma da un'analisi più approfondita, si evidenzia che la diminuzione del numero di IVG per le donne straniere è un fenomeno relativamente recente. Il supporto alle gravidanze in condizioni di "vulnerabilità" deve tenere presente, oltre alla provenienza da altre culture, anche la condizione
----------	---

	economica di basso reddito e/o la giovane età delle donne. Infatti, dalla letteratura scientifica in materia emerge che tali fattori sono rilevanti nell'emergere di significative disuguaglianze di salute. Prendendo in esame i nati nel Lazio nel 2012 si evidenzia che per i figli di madri nate all'estero il basso peso alla nascita riguarda il 6,9% del totale, a fronte del 7,4% dei nati da madri italiane. Anche il primo controllo tardivo della gravidanza dopo le 12 settimane riguarda il 5,2% delle madri straniere rispetto all'1,4% delle italiane. Rilevanti disuguaglianze di salute (per il basso peso alla nascita ed il tardivo controllo della gravidanza) emergono anche per le madri con nessun titolo di studio o la licenza elementare. Nella Regione Lazio nel 2012 sono state effettuate 11.813 IVG, con un decremento del 2% rispetto al dato del 2011 (12.079 casi). L'analisi della provenienza delle donne che ricorrono all'IVG nella Regione Lazio (anno 2012) conferma che nel corso degli anni è andata crescendo la quota di IVG richiesta da donne con cittadinanza estera, raggiungendo nel 2012 il 41% del totale delle IVG. Dalle analisi presenti in letteratura emerge che per le donne straniere il ricorso all'aborto rappresenta nella maggioranza dei casi una <i>extrema ratio</i>, in seguito al fallimento dei metodi impiegati per la procreazione responsabile, anche a causa delle scarse conoscenze generali sulla fisiologia della riproduzione e quelle specifiche riguardo l'impiego corretto di tali metodi. Nella Regione Lazio si ravvisa la necessità di promuovere azioni di sostegno delle scelte riproduttive, volte a sviluppare una offerta attiva di <i>counselling</i> per la procreazione cosciente e responsabile e la rimozione delle barriere d'accesso organizzative, formative e culturali ai servizi, soprattutto per le donne in condizioni "vulnerabili".
DESCRIZIONE	Il progetto prevede: - 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 consultori 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 consultori familiari e strutture del privato sociale; - implementazione di attività di <i>counselling</i> 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 consultori 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; - implementazione presso un'Azienda Ospedaliera di un servizio di assistenza perinatale e neonatale, comprensivo di attività di mediazione culturale, dedicato alle fasce di utenza fragile; - collaborazione con i reparti ospedalieri di pianificazione familiare, per inserimento dello IUD al momento dell'IVG, qualora accettato dalla donna; - implementazione di attività di educazione sanitaria e di cura perinatale e neonatale particolarmente focalizzate nei confronti dei soggetti disagiati.
OBIETTIVI	• Miglioramento dell'offerta attiva di <i>counselling</i> rivolta alla promozione della procreazione cosciente e responsabile • Facilitazione dell'accesso ai servizi territoriali ed ospedalieri ed attenuazione delle barriere culturali ed organizzative
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	2013
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	- numero di persone in condizione di disagio socio-economico a cui è stata offerta attività di informazione sul sostegno alla maternità - numero di pazienti contattati dai consultori familiari per la promozione della salute materno-infantile - numero di pazienti appartenenti alle fasce di popolazione "fragile" contattati per attività di <i>counselling</i> - numero di persone in condizioni di disagio socio-economico a cui è stata offerta attività di educazione sanitaria e di cura neonatale e perinatale

RISULTATI ATTESI	Miglioramento del supporto alle gravidanze in condizioni di “vulnerabilità” e della prevenzione dell’interruzione volontaria di gravidanza
------------------	--

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.

AZIENDA	IMPORTO
ASL RM A	123.773,27
ASL RM B	162.713,19
ASL RM C	136.289,68
ASL RM D	134.898,97
ASL RM E	127.945,41
ASL RM F	73.707,68
ASL RM G	118.210,44
ASL RM H	119.601,15
ASL VITERBO	84.833,37
ASL RIETI	47.284,17
ASL LATINA	126.554,70
ASL FROSINONE	134.898,97
A.O. San Camillo Forlanini	450.000,00
A.O. S. Giovanni	91.098,00
Policlinico Umberto I	91.098,00
INMI	96.110,00
TOTALE	2.119.017,00

LINEA PROGETTUALE: 9

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	MALATTIE RARE
TITOLO DEL PROGETTO	LA RETE PER LE MALATTIE RARE NEL LAZIO
REFERENTE	Domenico Di Lallo

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 3.060.381,00
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2013	100%
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	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. 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. In altre parole, malgrado 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. In Italia, le malattie rare sono state indicate tra le priorità di sanità 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. 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; n. 1324/03; n. 20/05, n. 681/06, n. 872/06, n. 758/07, n. 134/08, n.655/08; n.656/08; n. 175/10;) e con il DCA n.57/10 ha avviato il processo di accreditamento della rete di Centri e Presidi per le malattie rare. Complessivamente, ad oggi sono stati accreditati 19 Istituti per un totale di 75 Centri/Presidi (C/P). L’Accordo Stato-Regioni del 10 maggio 2007 ha sancito l’attivazione dei registri regionali entro il 31 marzo 2008. Il mandato di avviare il Registro regionale nel Lazio è stato affidato all’Agenzia di Sanità Pubblica del Lazio, Area del Dipartimento Tutela della Salute. Ai sensi della L.R. n.4/2013 art.35 il coordinamento del registro è stato trasferito alla Direzione Salute e Integrazione socio-sanitaria della Regione Lazio. 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. Non sempre, infatti, è garantita l’assistenza più vicino possibile al luogo di residenza e assicurata la continuità assistenziale tra il presidio responsabile del piano terapeutico, le strutture socio-sanitarie territoriali ed i medici di medicina generale o i pediatri di libera scelta. In un insieme così complesso e numeroso di malattie rare, realizzare una rete efficiente in ogni suo nodo e, quindi, 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. In Lazio sono presenti 19 Istituti ospedalieri con 75 C/P per le malattie
--	---

	rare. Complessivamente al 31 dicembre 2012, gli utenti in carico notificati a Malattie Rare Lazio erano 16.914 (utenti prevalenti).
DESCRIZIONE	Il progetto, in continuità con le attività previste nel 2012, prevede le seguenti azioni: • Proseguimento sviluppo dei PDTA per singole o gruppi di malattie rare a maggiore prevalenza e/o complessità; e monitoraggio dei PDTA implementati; • recepimento con provvedimento regionale di un sistema di classificazione delle malattie rare finalizzato alla programmazione della rete assistenziale; • Implementazione e conclusione del processo di riorganizzazione della rete assistenziale; • mantenimento del Sistema Informativo Malattie Rare Lazio; • mantenimento di un sito WEB per il cittadino. •
OBIETTIVI	▪ Riorganizzare la rete assistenziale regionale per le malattie rare sviluppando un sistema uniforme su tutto il territorio che garantisca la continuità assistenziale. ▪ Implementare i PDTA su singole o gruppi di malattie rare. ▪ Monitorare e valutare il funzionamento della rete. ▪ Descrivere le caratteristiche delle persone in carico ai C/P e valutarne l'impatto sui servizi sanitari.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	1-6 mesi: - definizione di un sistema di classificazione delle malattie rare - monitoraggio dell'attività dei singoli centri 6-12 mesi: - costituzione di tavoli tecnici per lo sviluppo di PDTA

	- costituzione di un gruppo di lavoro per la riorganizzazione della rete assistenziale - monitoraggio dell'attività dei singoli centri - realizzazione e mantenimento di un sito WEB per il cittadino
COSTI	- Quota agli Istituti con centri per le Malattie Rare: € 1.466.818,77
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	- Numero di tavoli tecnici per lo sviluppo dei PDTA - Avvio del processo di nuovo riconoscimento degli Istituti per la Malattie Rare - Rapporto annuale del Sistema Informativo Malattie Rare (dati aggiornati al 31 dicembre 2012) - Presenza di un sito WEB aggiornato per il cittadino
RISULTATI ATTESI	- Creare una rete assistenziale efficiente - Garantire standard organizzativi di qualità ed omogenei per ciascun Istituto partecipante alla rete - Disporre di un set minimo di dati epidemiologici utili alla programmazione - Facilitare l'accesso ai servizi sia nella fase di approfondimento diagnostico che in quella della presa in carico
RELAZIONE ANNO 2012	Sono proseguiti i lavori del GdL sulla rete assistenziale (Determina 0765 del 23 febbraio 2010). che ha disegnato un nuovo modello organizzativo basato su tre livelli di Istituto un. E' stato effettuato il monitoraggio della rete per le Malattie Emorragiche Congenite nella quale sono stati definiti i percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (DCA n. 57/2010). In accordo con gli obiettivi prefissati, sono stati sviluppati e implementati 16 dei 32 Piani Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA)., pianificati. L'attività coinvolge 51 Centri afferenti ad 11 Istituti. Sono proseguiti i contatti stabili con UNIAMO (federazione delle associazioni dei malati) così come con singole associazioni. Il Sistema Informativo Malattie Rare, coordinato da LazioSanità è stato attivato in tutti i C/P del Lazio. E' stato prodotto un report sui dati raccolti su circa 16.914 utenti in carico alla data del 31 dicembre 2012. Sono stati notificati al Sistema Malattie Rare utenti con esenzione per 251codici sui 331 previsti dal DM 279/2001.

DESTINATARI DEL FINANZIAMENTO E CRITERI DI RIPARTIZIONE

Azienda	Finanziamento
RM A	€ 100.000,00
RM B	€ 100.000,00
RMC	€ 300.000,00
RM E	€ 150.000,00
RM F	€ 48.412,96
RM G	€ 135.000,00
RM H	€ 82.164,55
VT	€ 31.766,12
RI	€ 35.000,00
LT	€ 300.000,00
FR	€ 69.859,72
AU POLICLINICO UMBERTO I	€ 1.033.602,00
A.O. S. CAMILLO FORLANINI	€ 241.000,00
AU POLICLINICO TOR VERGATA	€ 80.000,00
IRCCS - IFO REGINA ELENA/SAN GALLICANO	€ 353.575,65
Totale	€ 3.060.381,00

LINEA PROGETTUALE: 12

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

GENERALITÀ

REGIONE PROPONENTE	<i>Regione Lazio</i>
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	12: La Salute Mentale.
TITOLO DEL PROGETTO	“Latium Mental Health 2010”. Creazione di un network regionale per l’integrità della vita psichica del cittadino
DURATA DEL PROGETTO	
REFERENTE	Simonetta Fratini

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 3.771.969,53
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2013	100%
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO
IL CONTESTO
Il benessere psichico può essere definito come la capacità di stabilire relazioni appropriate e soddisfacenti con comportamenti adeguati nel corso della vita per far fronte ai diversi cambiamenti (ambientali e relazionali) che si subentrano. Di fronte ai rischi di riduzione, compromissione o perdita di queste capacità, i servizi di salute mentale hanno il compito di prevenire, curare e riabilitare, coinvolgere nella loro azione diversi ambiti istituzionali, soggetti, attori e risorse della comunità. Il Piano sanitario nazionale 2010-2012, approvato anche in sede di Conferenza delle Regioni, individua nell'accrescimento delle conoscenze e nei miglioramenti nell'assistenza nell'ambito della Salute Mentale una delle priorità per il miglioramento complessivo della salute dei cittadini, sulla base dell'aforisma approvato a livello di OMS che “non c'è salute senza salute mentale”. Infatti il documento di Helsinki, sottoscritto nel gennaio del 2005 da tutti i Paesi della Regione Europea dell'OMS, individua delle tematiche prioritarie da tenere presenti come riferimento programmatico per il decennio in corso. La prevenzione, in senso lato, non può che riguardare l'organizzazione sociale nel suo insieme, dato che promuovere la salute – e specialmente la salute mentale – significa migliorare le condizioni di vita e rispondere ai bisogni fondamentali delle persone, specie dei gruppi a rischio. È parte del lavoro di prevenzione rendere vivibili gli spazi sociali, favorendo il benessere e lo sviluppo della comunità nel rispetto della natura, delle culture, delle etnie, della fede religiosa; facilitare l'accesso all'istruzione, alla formazione, all'informazione e alla cultura; costruire percorsi di conoscenza, comunicazione e scambio non solo tra le singole persone, ma tra i differenti gruppi sociali. L'Unione Europea ha approvato nel 2006 il “Green Paper on mental health” ed ha varato nel 2008 l’”European pact on mental health and well-being”, ancora in corso di approfondimento ed implementazione. D'altra parte la tutela della salute mentale ed i servizi di assistenza psichiatrica continuano a costituire una problematica ad alta complessità, visto l'aumento della prevalenza dei disturbi mentale, pur nella loro alta variabilità, e considerando i conseguenti risvolti sul piano dei diversi gradi di disabilità, di sofferenze personali, di carico emotivo familiare, di costi economici e sociali per la collettività. I principi ispiratori fondamentali sono: - promuovere la consapevolezza dell'importanza del benessere mentale; - attivare interventi per ridurre la discriminazione e l'ineguaglianza; - costruire un quadro conoscitivo aggiornato sia sui bisogni di salute mentale della popolazione, sia sull'efficacia dei risultati dei trattamenti in atto nell'intero territorio nazionale, in termini soprattutto di equità e di qualità; - uniformare i livelli essenziali di assistenza rispetto alla qualità dei processi, potenziando le competenze professionali degli operatori; - realizzare sistemi di cura e di assistenza completi, integrati ed efficienti, inclusivi di tutti i momenti operativi fondamentali che vanno dalla prevenzione alla riabilitazione e al reinserimento nella società; - riconoscere l'esperienza e le competenze dei pazienti e dei loro familiari e utilizzarle come punto di partenza essenziale nella pianificazione e nello sviluppo dei servizi; - programmare e realizzare su tutto il territorio nazionale delle azioni per garantire la misurabilità, verificabilità e confrontabilità dei risultati. All'interno di tale scenario generale, un'area di intervento da specificamente implementare da parte

dei sevizi sanitari e sociali é rappresentata da:

- 1) la programmazione e realizzazione di competenti ed efficaci interventi precoci sugli esordi dei disturbi dello spettro delle psicosi;**
- 2) Presa in carico dei disturbi mentali in età evolutiva;**
- 3) Presa in carico dei disturbi mentali nella persona anziana;**
- 4) Gli interventi terapeutici-riabilitativi integrati.**

I disturbi psicotici, anche a causa dei loro prodromi spesso indefinibili, sfumati e non sempre di chiara definizione prognostica, caratterizzati da disagi e difficoltà talvolta confondibili con i break-down adolescenziali, vengono diagnosticati con anni di ritardo, nonostante comprovate evidenze scientifiche diffuse in diverse aree geografiche nazionali ed internazionali dimostrano che la diagnosi e i trattamenti precoci sono importanti per ritardare l'esordio dei quadri psicotici, moderarne la gravità, contrastarne le conseguenze biologiche, psicologiche e sociali, nonché ostacolare il deterioramento nel funzionamento sociale.

La cura deve tendere ad evitare che le persone, esposte a una temporanea o permanente condizione di difficoltà, perdano diritti e competenze sociali, dignità e potere nell'esercizio dei loro ruoli (affettivi, relazionali, familiari, produttivi). Nello scongiurare rischi di espulsione e di emarginazione, l'impegno deve essere applicato a trasformare atteggiamenti e comportamenti basati sui pregiudizi e sull'intolleranza, senza mai trascurare i problemi e i diritti dei familiari, o di coloro che possono essere – anche indirettamente – coinvolti o danneggiati. Gestì, conoscenze, tempi e spazi d'intervento, strumenti e programmi devono essere orientati a valorizzare i significati e i contenuti della sofferenza, l'unicità delle esperienze e delle storie, facendo leva su bisogni e domande di cambiamento che riguardano in realtà il rapporto fra le persone e le istituzioni, tra i singoli individui e l'intera comunità.

A sua volta la riabilitazione, in quanto apprendimento o recupero di capacità, abilità e competenze sociali, deve riuscire ad articolare percorsi differenziati, adeguati alle difficoltà e agli ostacoli caso per caso. Nei suoi obiettivi e nelle sue implicazioni si estende ben oltre i confini del servizio, dato che il lavoro di riabilitazione deve favorire l'uso di risorse e migliorare capacità per difendere, mantenere o restituire poteri e diritti, personali e sociali, nell'esercizio della cittadinanza.

<i>DESCRIZIONE</i>	1) Individuazione ed interventi precoci nelle psicosi 2) Presa in carico dei disturbi mentali in età evolutiva 3) Presa in carico dei disturbi mentali nella persona anziana 4) Gli interventi terapeutico-riabilitativi integrati Tutte le seguenti aree di intervento per loro natura e specifica conformazione possono essere trattate congiuntamente ed avere quindi, già nella definizione, una integrazione nell'ambito di sistemi erogatori di prestazioni sanitarie. Quindi:
---------------------------	---

	a) definizione a livello regionale dei criteri e dei parametri di inclusione nella categoria di “soggetti a rischio di psicosi” e necessitanti di approfondimenti diagnostici; b) definizione di linee-guida per le procedure di trattamenti multiprofessionali e multidimensionali in caso di presenza di prodromi/esordi; c) definizione di tempi fissi di verifiche periodiche sia diagnostiche che di efficacia dei trattamenti; d) condivisione dei tre punti precedenti con le Consulte per la Salute Mentale (regionale, comunale e dipartimentali); e) parallelamente, costituzione in ogni DSM di un'équipe multiprofessionale specializzata nel settore, che possa diventare punto di riferimento per tutto il dipartimento, che si deve interfacciare con i servizi di salute mentale in adolescenza, con i Distretti sanitari, con i servizi educativi e sociali dei Municipi, con i servizi scolastici, con le agenzie sociali formali ed informali presenti nel territorio; f) istituzione di un coordinamento regionale dei referenti aziendali delle suddette équipes, prevedendo anche momenti di supervisione esterna; g) incontri programmati dell'équipe di ogni DSM con le Istituzioni e Agenzie locali, per definire le modalità di approccio/segnalazione, favorire l'incontro precoce con i soggetti a rischio (anziani e in età evolutiva), ferma restando una vigile cautela nelle comunicazioni e nelle relazioni per evitare di creare controproducenti allarmi negli interlocutori, evitare nuove forme di psichiatrizzazione e ridurre al massimo i “falsi positivi”; h) effettuazione in ogni DSM dei trattamenti personalizzati secondo le linee-guida stabilite a livello regionale; i) inserimento a livello di Agenzia regionale di specifici campi nel sistema informatizzato (SISP); j) valutazione a due anni dei risultati dei trattamenti effettuati; k) elaborazione e pubblicazione dei dati sui risultati e gli esiti.; l) favorire lo sviluppo di modelli verificati ed esportabili nelle varie aziende regionali ed extra regionali sugli interventi terapeutico-riabilitativi integrati; m) creazione di percorsi di presa in carico, di valutazione, di diagnostica e di definizione per un piano di trattamento individuale per i casi in esame con coinvolgimento attivo oltre che del paziente anche della famiglia e, nel caso dei minori, della scuola; n) nel caso dei minorenni presi in carico verrà coinvolto anche il pediatra di base e i contesti di riferimento sociale (luoghi di aggregazione, parrocchie, ecc.). Molti dei succitati punti sono ormai indicano azioni già istituite e ben consolidate (a.e.m.n) , per gli altri punti si intende proseguire al fine di mettere a regime tutte le azioni già intraprese.
<i>OBIETTIVI</i>	Obiettivi generale: Dare seguito agli obiettivi già raggiunti con la messa a regime di tutte le azioni conseguenti. 1 - promuovere la consapevolezza dell'importanza del benessere mentale; 2 - attivare interventi contro l'intolleranza, la discriminazione, lo stigma e

	l'ineguaglianza e responsabilizzare e sostenere le persone con problemi di salute mentale e le loro famiglie, in modo che possano partecipare attivamente a questo processo; 3 - progettare e realizzare sistemi destinati alla tutela della salute mentale, completi, integrati ed efficienti, che includano la promozione, la prevenzione, il trattamento, la riabilitazione, l'inclusione sociale e il reinserimento nella società; 4 – formare professionisti competenti ed efficaci nel campo della salute mentale; 5 - riconoscere le risorse, l'esperienza e le competenze dei pazienti e dei familiari, e utilizzarle come punto di partenza essenziale nella pianificazione e nello sviluppo dei servizi per la salute mentale; 6 – costituzione di specifici tavoli di confronto territoriale e di integrazione con i Piani di Zona (ex Legge 328/00) per rendere gli interventi maggiormente appropriati ed integrati, garantendo un continuum terapeutico.
<i>TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)</i>	1. Start-Up – Fine programma 2. valutazione e monitoraggio dello stato di benessere dei pazienti presi in carico a tempi predeterminati 3. attuazione delle linee-guida e di verifica dei risultati
<i>INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)</i>	Le attività di valutazione si inseriscono in un percorso di preparazione all'accreditamento istituzionale dei Presidi Sanitari Penitenziari. Esse garantiscono la qualità acquisita attraverso una valutazione continua e permanente dei servizi e delle prestazioni rese ai clienti interni ed esterni e attraverso un rilevamento delle percezioni dei clienti esterni. Prodotti del monitoraggio e della supervisione: – rapporti periodici, almeno trimestrali Prodotti delle valutazioni: - ogni valutazione produrrà rapporti specifici Altri indicatori: 1) numero di ricoveri in SPDC nella popolazione di riferimento; 2) numero di interventi effettuati; 3) numero di prestazioni eseguite; 4) numero di richieste eseguite nell'anno;

DESTINATARI DEL FINANZIAMENTO E CRITERI DI RIPARTIZIONE

Il finanziamento di € 2.200.000 è stato suddiviso per ogni singola ASL tenendo conto della popolazione residente.

ASL	Popolazione 2011	Importo
Roma A	487.312	379.840,00
Roma B	696.312	269.609,64
Roma C	537.346	368.400,00
Roma D	566.884	1.031.755,70
Roma E	524.610	300.000,00
Roma F	313.568	121.412,46
Roma G	483.524	310.000,00
Roma H	545.128	211.071,71
Viterbo	318.139	123.182,34
Rieti	159.979	65.000,00
Latina	551.217	466.000,00
Frosinone	497.849	125.697,68
Lazio	5.681.868	3.771.969,53

LINEA PROGETTUALE: 13

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

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	LAZIO
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	DGR 577 del 17.12.2010 DGR 613 del 29.12.2010 DCA n.U00224 del 31.05.2013
LINEA PROGETTUALE	Linea 13. Piano Nazionale della Prevenzione
TITOLO DEL PROGETTO	Piano Regionale della Prevenzione – Proroga anno 2013
DURATA DEL PROGETTO	2013
REFERENTE	Dott.ssa Amalia Vitagliano

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 30.479.876,00
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2013	€ 30.479.876,00
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	La Regione Lazio ha approvato con DGR 577 del 17.12.2010 e DGR 613 del 29.12.2010 il Piano Regionale della Prevenzione 2010 -12 (PRP). Il Piano Regionale della Prevenzione 2010 – 2012 della Regione Lazio è stato elaborato in base alle indicazioni programmatiche del Piano Nazionale della Prevenzione 2010 – 2012 (Intesa del 29 aprile 2010 in sede di Conferenza Stato-Regioni), che prevede quattro macro aree di intervento: la medicina predittiva, i programmi di prevenzione collettiva, i programmi di prevenzione rivolti a gruppi di popolazione a rischio e i programmi volti a prevenire complicanze e recidive di malattia. Ciascuna macro area include una serie di linee progettuali. Il Piano Regionale della Prevenzione 2010 – 2012 (PRP) della Regione Lazio, si articola in n. 22 linee di intervento. Con riferimento all'anno 2013, tenuto conto delle indicazioni delle competenti sedi istituzionali (Ministero della Salute, CIP, Conferenza Stato-Regioni), il PRP sarà oggetto di apposita proroga. Pertanto, nel quadro della Linea progettuale 13. Piano Nazionale della Prevenzione, la Regione Lazio intende procedere alla riprogrammazione del Piano Regionale della Prevenzione, proroga anno 2013.
----------	--

	In particolare, in considerazione dei risultati conseguiti nel periodo 2010-2012 e delle indicazioni in sede di Conferenza Stato-Regioni, la rimodulazione del PRP, proroga anno 2013, terrà conto dei seguenti punti: - Conferma, nel complesso, del Quadro Operativo del PRP 2010 – 2012 e quindi delle n. 22 linee progettuali (tranne alcune eventuali eccezioni); - Aggiornamento dei risultati previsti al 31 dicembre 2013 e dei relativi indicatori; - Sostituzione e/o ridefinizione degli indicatori i cui valori attesi risultino non raggiungibili e riduzione del numero degli indicatori laddove ritenuto eccessivo.																																																																				
DESCRIZIONE	Il quadro operativo del PRP proroga anno 2013 terrà conto di n. 21 linee progettuali <table><tr><th colspan="4">Prospetto del Quadro Operativo del PRP - Proroga anno 2013</th></tr><tr><th>N. progetto</th><th>Linea di intervento</th><th>Codice</th><th>Titolo del programma/progetto</th></tr><tr><td>1</td><td>Valutazione del rischio individuale di malattia</td><td>1.1.1</td><td>Malattie metaboliche e screening neonatale allargato</td></tr><tr><td>2</td><td>Valutazione del rischio individuale di malattia</td><td>1.1.2</td><td>Implementare la promozione dello screening opportunistico per l'identificazione precoce di intolleranza alimentare al glutine</td></tr><tr><td>3</td><td>Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito stradale</td><td>2.1.1</td><td>Comunicazione dei dati delle Sorveglianze e collaborazione con stakeholder esterni al SSR</td></tr><tr><td>4</td><td>Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito stradale</td><td>2.1.2</td><td>Promozione della salute verso i neo genitori</td></tr><tr><td>5</td><td>Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito lavorativo e delle patologie lavoro correlate</td><td>2.2.1</td><td>È possibile rendere sicure le sostanze pericolose</td></tr><tr><td>6</td><td>Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito lavorativo e delle patologie lavoro correlate</td><td>2.2.2</td><td>“Siamo sicuri che si può lavorare sicuri”</td></tr><tr><td>7</td><td>Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito domestico</td><td>2.3.1</td><td>Promozione di interventi mirati ad incidere sui rischi infortunistici tra gli anziani e bambini di 0-4 anni</td></tr><tr><td>8</td><td>Prevenzione delle malattie suscettibili di vaccinazione</td><td>2.4.1</td><td>Implementazione delle anagrafi vaccinali aziendali</td></tr><tr><td>9</td><td>Prevenzione delle malattie suscettibili di vaccinazione</td><td>2.4.2</td><td>Progetto per il miglioramento delle coperture vaccinali con particolare riferimento alla prevenzione del morbillo, della rosolia e delle meningiti batteriche nella Regione Lazio</td></tr><tr><td>10</td><td colspan="3">progetto 10_2.6.1: CONCLUSO</td></tr><tr><td>11</td><td>Prevenzione e sorveglianza do abitudini, comportamenti, stili di vita non salutarì e patologie correlate</td><td>2.9.1</td><td>Comunicazione integrata dei dati PASSI e delle altre sorveglianze di popolazione a sostegno degli interventi di promozione della salute e dell’empowerment dei cittadini</td></tr><tr><td>12</td><td>Prevenzione e sorveglianza do abitudini, comportamenti, stili di vita non salutarì e patologie correlate</td><td>2.9.2</td><td>Formazione nelle scuole e verso i neo genitori</td></tr><tr><td>13</td><td>Prevenzione e sorveglianza do abitudini, comportamenti, stili di vita non salutarì e patologie correlate</td><td>2.9.3</td><td>Promozione del rispetto del divieto di assunzione di bevande alcoliche sul lavoro</td></tr><tr><td>14</td><td>Prevenzione e sorveglianza do abitudini, comportamenti, stili di vita non salutarì e patologie correlate</td><td>2.9.4</td><td>Promozione all’interno di aziende pubbliche e private di modelli d’intervento atti ad eliminare l’esposizione al fumo passivo e favorire la disassuefazione dell’abitudine al fumo</td></tr><tr><td>15</td><td>Prevenzione e sorveglianza</td><td>2.9.5</td><td>Prevenzione dell’iniziazione al consumo di tabacco</td></tr></table>	Prospetto del Quadro Operativo del PRP - Proroga anno 2013				N. progetto	Linea di intervento	Codice	Titolo del programma/progetto	1	Valutazione del rischio individuale di malattia	1.1.1	Malattie metaboliche e screening neonatale allargato	2	Valutazione del rischio individuale di malattia	1.1.2	Implementare la promozione dello screening opportunistico per l'identificazione precoce di intolleranza alimentare al glutine	3	Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito stradale	2.1.1	Comunicazione dei dati delle Sorveglianze e collaborazione con stakeholder esterni al SSR	4	Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito stradale	2.1.2	Promozione della salute verso i neo genitori	5	Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito lavorativo e delle patologie lavoro correlate	2.2.1	È possibile rendere sicure le sostanze pericolose	6	Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito lavorativo e delle patologie lavoro correlate	2.2.2	“Siamo sicuri che si può lavorare sicuri”	7	Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito domestico	2.3.1	Promozione di interventi mirati ad incidere sui rischi infortunistici tra gli anziani e bambini di 0-4 anni	8	Prevenzione delle malattie suscettibili di vaccinazione	2.4.1	Implementazione delle anagrafi vaccinali aziendali	9	Prevenzione delle malattie suscettibili di vaccinazione	2.4.2	Progetto per il miglioramento delle coperture vaccinali con particolare riferimento alla prevenzione del morbillo, della rosolia e delle meningiti batteriche nella Regione Lazio	10	progetto 10_2.6.1: CONCLUSO			11	Prevenzione e sorveglianza do abitudini, comportamenti, stili di vita non salutarì e patologie correlate	2.9.1	Comunicazione integrata dei dati PASSI e delle altre sorveglianze di popolazione a sostegno degli interventi di promozione della salute e dell’empowerment dei cittadini	12	Prevenzione e sorveglianza do abitudini, comportamenti, stili di vita non salutarì e patologie correlate	2.9.2	Formazione nelle scuole e verso i neo genitori	13	Prevenzione e sorveglianza do abitudini, comportamenti, stili di vita non salutarì e patologie correlate	2.9.3	Promozione del rispetto del divieto di assunzione di bevande alcoliche sul lavoro	14	Prevenzione e sorveglianza do abitudini, comportamenti, stili di vita non salutarì e patologie correlate	2.9.4	Promozione all’interno di aziende pubbliche e private di modelli d’intervento atti ad eliminare l’esposizione al fumo passivo e favorire la disassuefazione dell’abitudine al fumo	15	Prevenzione e sorveglianza	2.9.5	Prevenzione dell’iniziazione al consumo di tabacco
Prospetto del Quadro Operativo del PRP - Proroga anno 2013																																																																					
N. progetto	Linea di intervento	Codice	Titolo del programma/progetto																																																																		
1	Valutazione del rischio individuale di malattia	1.1.1	Malattie metaboliche e screening neonatale allargato																																																																		
2	Valutazione del rischio individuale di malattia	1.1.2	Implementare la promozione dello screening opportunistico per l'identificazione precoce di intolleranza alimentare al glutine																																																																		
3	Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito stradale	2.1.1	Comunicazione dei dati delle Sorveglianze e collaborazione con stakeholder esterni al SSR																																																																		
4	Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito stradale	2.1.2	Promozione della salute verso i neo genitori																																																																		
5	Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito lavorativo e delle patologie lavoro correlate	2.2.1	È possibile rendere sicure le sostanze pericolose																																																																		
6	Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito lavorativo e delle patologie lavoro correlate	2.2.2	“Siamo sicuri che si può lavorare sicuri”																																																																		
7	Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito domestico	2.3.1	Promozione di interventi mirati ad incidere sui rischi infortunistici tra gli anziani e bambini di 0-4 anni																																																																		
8	Prevenzione delle malattie suscettibili di vaccinazione	2.4.1	Implementazione delle anagrafi vaccinali aziendali																																																																		
9	Prevenzione delle malattie suscettibili di vaccinazione	2.4.2	Progetto per il miglioramento delle coperture vaccinali con particolare riferimento alla prevenzione del morbillo, della rosolia e delle meningiti batteriche nella Regione Lazio																																																																		
10	progetto 10_2.6.1: CONCLUSO																																																																				
11	Prevenzione e sorveglianza do abitudini, comportamenti, stili di vita non salutarì e patologie correlate	2.9.1	Comunicazione integrata dei dati PASSI e delle altre sorveglianze di popolazione a sostegno degli interventi di promozione della salute e dell’empowerment dei cittadini																																																																		
12	Prevenzione e sorveglianza do abitudini, comportamenti, stili di vita non salutarì e patologie correlate	2.9.2	Formazione nelle scuole e verso i neo genitori																																																																		
13	Prevenzione e sorveglianza do abitudini, comportamenti, stili di vita non salutarì e patologie correlate	2.9.3	Promozione del rispetto del divieto di assunzione di bevande alcoliche sul lavoro																																																																		
14	Prevenzione e sorveglianza do abitudini, comportamenti, stili di vita non salutarì e patologie correlate	2.9.4	Promozione all’interno di aziende pubbliche e private di modelli d’intervento atti ad eliminare l’esposizione al fumo passivo e favorire la disassuefazione dell’abitudine al fumo																																																																		
15	Prevenzione e sorveglianza	2.9.5	Prevenzione dell’iniziazione al consumo di tabacco																																																																		

	do abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate 16 Tumori e screening 3.1.1 Consolidamento e qualificazione dei programmi di screening organizzati 17 Tumori e screening 3.1.2 Innovazione tecnologica PS su mammella, cervice uterina e colon-retto 18 Malattie cardiovascolari 3.2.1 Promozione degli strumenti per la valutazione e riduzione del rischio cardiovascolare individuale 19 Diabete 3.3.1 Promozione delle misure di prevenzione individuale delle complicanze 20 Malattie osteoarticolari 3.5.1 Prevenzione della progressione dell'artrite reumatoide mediante diagnosi e terapia nelle fasi precoci di malattia 21 Disturbi psichiatrici 3.7.1 Prevenzione della popolazione a rischio 22 Prevenzione e sorveglianza della disabilità e della non autosufficienza 4.2.1 Monitoraggio della copertura e della qualità percepita degli interventi socio-sanitari nella popolazione degli anziani	e sostanze
	Ciascuna linea progettuale del PRP anno 2013 formerà oggetto di attenzione da parte della Regione ai fini della implementazione e attuazione nel territorio regionale.	
OBIETTIVI	Agevolare e porre in essere gli interventi necessari a favorire il raggiungimento degli obiettivi qualitativi e quantitativi previsti nel Piano Regionale della Prevenzione 2010 – 2012 (PRP) proroga anno 2013. Linee di intervento (vedi allegati)	
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	Si rinvia per ciascun progetto agli allegati	
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	Si rinvia per ciascun progetto agli allegati	
RISULTATI ATTESI	Ottimizzazione del livello di raggiungimento dei risultati attesi del PRP.	

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 e tenendo conto della disponibilità fornita ad implementare la linea progettuale.

ASL	Popolazione 2012	Importo
Roma A	487.312	2.715.756,95
Roma B	696.312	3.550.905,55
Roma C	537.346	2.971.787,91
Roma D	566.884	2.941.308,03
Roma E	524.610	2.807.196,58
Roma F	313.568	1.603.241,48
Roma G	483.524	2.602.981,41
Roma H	545.128	2.627.365,31
Viterbo	318.139	1.868.416,40
Rieti	159.979	1.048.507,73
Latina	551.217	2.795.004,63
Frosinone	497.849	2.947.404,01
Lazio	5.681.868	30.479.876,00

LINEA PROGETTUALE: 14

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	Misure dirette al contrasto delle disuguaglianze in sanità
TITOLO DEL PROGETTO	<i>Salute senza esclusioni: per un Servizio sanitario “attivo” contro le disuguaglianze.</i>
DURATA DEL PROGETTO	2013-2014
REFERENTE	Dott. Valentino Mantini

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 5.297.543,00
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2013	100%
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	Numerose evidenze scientifiche mostrano un aumento delle disuguaglianze all'interno dell'intera popolazione, con livelli di esclusione particolarmente elevati in alcuni gruppi umani come i rom e cittadini immigrati in condizione di instabilità giuridica. La vulnerabilità sociale, già preesistente alla crisi economico-finanziaria, si è fatta oggi più evidente anche in categorie tradizionalmente meno esposte a tale problematica. Nella Regione Lazio è presente il 12% degli immigrati residenti in Italia, pari al 11% della popolazione residente in regione. Si stimano circa 60.000 stranieri in condizione di irregolarità giuridica, più esposti a condizione di fragilità sociale. La maggioranza degli oltre 12.000 (stime 10-18.000) rom, sinti e camminanti presenti nel Lazio e concentrati nell'area metropolitana romana, vivono in situazione di marginalità estrema. Solo a Roma le persone senza dimora – che rappresentano la punta più drammatica di una sofferenza sempre più diffusa con forme di nuove povertà in forte incremento - sono circa 8.000. L'ISTAT stima che il 6% della popolazione viva in condizione di povertà assoluta, con un decremento progressivo dei consumi, delle relazioni e dell'accesso ai servizi, in quella che viene definita “la spirale dell'impoverimento”. In queste situazioni, anche la malattia
----------	---

	mentale è al tempo stesso causa e conseguenza di progressiva emarginazione ed esclusione. La Regione Lazio ha maturato nel tempo alcune significative esperienze di approccio alle condizioni di estremo bisogno e di evidente disuguaglianza nell'accesso ai servizi sanitari, anche in ambito preventivo (campagne vaccinazioni e accessibilità rom, sistema OSI, ecc.). La crisi economica attuale sta però producendo dinamiche di attivazione/aumento della fragilità sociale che spesso si manifestano con problemi di salute fisica o psichica e che necessitano di un tempestivo riconoscimento e intervento per evitare una cronica deriva nelle diseguaglianze. Ciò evidenzia ancor più l'urgenza di un'azione coordinata e convergente da mettere a regime per superare la frammentarietà e la provvisorietà degli interventi. L'incapacità di intercettare tali bisogni o di farlo solo occasionalmente e tardivamente rendono meno efficaci interventi che dovrebbero essere programmati e realizzati in termini di effettiva integrazione sociosanitaria.
DESCRIZIONE	Il progetto si propone di agire su due livelli: da una parte mettere a regime evidenze organizzative di provata efficacia per ridurre le disuguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari della popolazione rom e di quella immigrata; dall'altra di affinare la capacità di intercettare condizioni di fragilità sociale con la possibilità di attivare interventi tempestivi e adeguati. In relazione al primo punto, partendo da una attenta rilevazione dei bisogni, anche utilizzando nuovi e specifici flussi informativi, indagini ad hoc in grado di indagare a fondo il livello di conoscenza del sistema sanitario e la sua effettiva fruibilità, il progetto si propone di aumentare progressivamente le competenze specifiche dell'intero sistema in ambito organizzativo (servizi a bassa soglia, offerta attiva di orientamento sanitario e di interventi di prevenzione, lavoro di rete tra attori diversi, attivazione delle risorse interne della popolazione bersaglio) e in ambito relazionale e comunicativo. In secondo luogo, accanto a specifici interventi in aree di marginalità esplicita e/o evidente (persone senza dimora o accolte in strutture di accoglienza), il progetto si propone di attivare, in ambito ospedaliero, conoscenze e capacità di intervento relative alla tempestiva emersione di condizioni di fragilità sociale in pazienti ricoverati. Tale intervento si configura in termini di un 'triage sociale' da effettuare attraverso strumenti di semplice applicazione in grado di evidenziare condizioni che accomunano in modo trasversale diverse tipologie di soggetti deboli. Questo "ascolto guidato" può indirettamente sensibilizzare il personale sanitario circa l'importanza della dimensione sociale delle persone ricoverate, e consolidare le forme di integrazione sociosanitaria all'interno dell'ospedale e la continuità assistenziale tra questo e il territorio (inteso come strutture e servizi sociosanitari di natura pubblica, accanto a servizi offerti dal privato sociale).
OBIETTIVI	Possiamo individuare tre popolazioni target e per ognuna declinare alcuni obiettivi: <i>A) rom, sinti e camminanti presenti negli insediamenti autorizzati e/o tollerati e/o spontanei.</i>

*B) persone immigrate in condizione di irregolarità giuridica.
C) cittadini italiani e stranieri in condizione di vulnerabilità sociale più o meno esplicita e/o sofferenza mentale.*

A.1) Rom. Monitorare l'accesso ai servizi socio-sanitari da parte dei gruppi rom e sinti presenti nel Lazio, mediante indagini *ad hoc* in grado di indagare a fondo il livello di conoscenza del sistema sanitario e l'effettiva fruibilità dell'assistenza.

A.2) Rom. Realizzare campagne di promozione della salute, basate sull'offerta attiva di prestazioni sanitarie e misure preventive (es. vaccinazioni) e sull'orientamento ai servizi attraverso la diffusione di informazioni sui percorsi di accesso (es. mappe di fruibilità);

A.3) Rom. Implementare modelli di presa in carico, a partire da strategie validate di coinvolgimento delle comunità rom (es. sportelli di salute).

B.1) Immigrati. Sperimentare un riorientamento dei servizi con particolare riferimento a quelli di primo accesso (ambulatori per stranieri temporaneamente presenti STP-ENI), ma anche degli sportelli non specifici (Punti Unici d'Accesso - PUA) in un'ottica di mediazione di sistema: formazione, rete tra servizi - istituzioni e società civile, approccio integrato. Particolare attenzione va posta alla capacità di garantire un'accoglienza transculturale e una presa in carico nei Dipartimenti Salute Mentale - DSM.

B.2) Immigrati. Implementare a livello regionale il sistema informativo OSI sull'assistenza sanitaria di primo livello agli immigrati STP/ENI, già sperimentato con successo nel Lazio nell'ambito del Progetto CCM "Migrazione e Salute", coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità (aa. 2008-2010). Il nuovo flusso informativo rappresenta uno strumento efficace per il monitoraggio di un ambito assistenziale attualmente non coperto dai sistemi di rilevazione corrente e si dimostra in grado di offrire informazioni utili alla programmazione sanitaria regionale e aziendale.

B.3) Immigrati. Sviluppare e implementare una rete socio-sanitaria territoriale e ospedaliera per la prevenzione, la diagnosi e la presa in carico dei pazienti con tubercolosi. Obiettivi della rete sono sviluppare, omogeneizzare e standardizzare gli interventi preventivi e di controllo della TB, nonché di potenziare i flussi informativi orientandoli al monitoraggio dell'efficacia e dell'appropriatezza degli interventi sanitari. Particolare attenzione è rivolta alle problematiche inerenti alla bassa *compliance* e al rischio di perdita al follow-up, rilevate soprattutto a carico dei pazienti immigrati.

C.1) Persone senza dimora. Sperimentare interventi su strada di orientamento sanitario attraverso l'offerta attiva di informazioni e "relazioni".

C.2) Persone malate senza dimora accolte in centri d'accoglienza. Sperimentare una presa in carico integrata tra servizio pubblico e privato sociale al fine di prevenire ricoveri ripetuti o livelli inappropriati d'assistenza sanitaria in centri non attrezzati per questa specifica attività.

C.3) Pazienti socialmente vulnerabili. Effettuare tempestivamente un

	‘triage sociale’ ai pazienti che hanno da poco subito un ricovero ospedaliero - soprattutto laddove siano già operativi all’interno dell’ospedale degli assistenti sociali. Tale intervento può consentire, attraverso una corretta analisi dei bisogni e una capacità di collaborazione con i servizi sociali territoriali, di programmare in modo appropriato la fase post-dimissione. Ciò risponde a un obiettivo diretto di mantenere la degenza in termini temporali appropriati e di evitare il ripetersi del ricovero a breve distanza di tempo.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	2013 - 2014
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	Analisi dei dati relativi all’indagine sull’accesso ai servizi da parte dei rom Realizzazione di almeno un intervento di promozione della salute nei campi rom Attivazione di Sportelli di salute presso insediamenti rom Attivazione interventi di riorientamento dei servizi sanitari Istituzionalizzazione e consolidamento del sistema OSI a livello regionale Messa a punto di un modello organizzativo per la presa in carico per pazienti affetti da Tb Sviluppo di modelli di intervento per la tutela di persone senza dimora e ospiti presso centri di accoglienza Individuazione e sperimentazione di modelli di presa in carico condivisa di soggetti deboli tra pubblico e privato sociale Attivazione del triage sociale/totale nelle strutture ospedaliere del Lazio
RISULTATI ATTESI	- Progressivo aumento delle competenze del sistema e della sensibilità individuale, a partire da una capacità di ‘presa in carico’ complessiva della persona anche in condizioni di estremo disagio ambientale e sociale. - Qualificazione dell’intervento e consolidamento dei percorsi di tutela e assistenza dei soggetti socialmente più vulnerabili, in termini di integrazione sociosanitaria. - Maggior coordinamento tra ospedale e territorio (continuità assistenziale), tra sanitario e sociale (integrazione sociosanitaria) e tra istituzioni e terzo settore (sussidiarietà orizzontale).

DESTINATARI DEL FINANZIAMENTO E CRITERI DI RIPARTIZIONE

Destinatari. Il progetto prevede la realizzazione di azioni già validate come efficaci e la sperimentazione di nuovi ambiti di intervento. A tal fine, per ogni azione progettuale sono previsti enti capofila tra coloro che hanno una provata esperienza e capacità organizzativa. Destinatari prioritari dei finanziamenti sono le Aziende territoriali e ospedaliere, mediante utilizzo di criteri di ripartizione coerenti con le varie azioni progettuali. In specifici casi le Aziende USL sono coinvolte in qualità di capofila di azioni progettuali (Roma A: C1 e C2; Roma B: B3; Viterbo: B1). Saranno coinvolte, e finanziate, per una specifica azione (C3), le tre Aziende Ospedaliere della Regione e i tre Policlinici universitari pubblici.

Il Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive della Sapienza, Università di Roma, da anni impegnato nella riflessione, studio e sperimentazione di ricerche ed azioni per il contrasto delle disuguaglianze in sanità e che sarà capofila delle linee progettuali A1, A2, A3 e C3.

Sotto la direzione e il coordinamento dell'Area Programmazione Servizi Territoriali, Attività Distrettuali e Integrazione Socio-Sanitaria della Regione Lazio, sarà istituita una "Commissione Tecnica" del progetto con la partecipazione delle ASL capofila, dell'Università e di un rappresentante del Gruppo Immigrazione e Salute.

<i>A1: Rom - indagine accessibilità.</i>	<i>Capofila: Sapienza, Università di Roma, Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive; Area Programmazione Servizi Territoriali, Attività Distrettuali e Integrazione Socio-Sanitaria</i>
<i>A2: Rom - campagne di offerta attiva.</i>	<i>Capofila: Sapienza, Università di Roma, Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive; Area Programmazione Servizi Territoriali, Attività Distrettuali e Integrazione Socio-Sanitaria</i>
<i>A3: Rom - sportelli salute.</i>	<i>Capofila: Sapienza, Università di Roma, Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive; Area Programmazione Servizi Territoriali, Attività Distrettuali e Integrazione Socio-Sanitaria</i>
<i>B1: Immigrati – riorientamento e mediazione.</i>	<i>Capofila: ASL Viterbo</i>
<i>B2: Immigrati – OSI.</i>	<i>Capofila: Area Programmazione Servizi Territoriali, Attività Distrettuali e Integrazione Socio-Sanitaria</i>
<i>B3: Immigrati – TB.</i>	<i>Capofila: ASL Roma B</i>
<i>C1: Vulnerabili – Interventi di strada.</i>	<i>Capofila: ASL Roma A</i>
<i>C2: Vulnerabili – Centri accoglienza.</i>	<i>Capofila: ASL Roma A</i>
<i>C3: Vulnerabili – Triage sociale.</i>	<i>Capofila: Sapienza, Università di Roma, Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive</i>

Criteri di ripartizione. Criteri generali di ripartizione del finanziamento per le tre linee progettuali legate a specifici target sono stati: la numerosità della popolazione bersaglio e la complessità delle azioni previste.

Per la ripartizione tra le Aziende territoriali e ospedaliere strutture si sono considerati criteri differenti per ogni linea progettuale:

A1, A2, A3: Rom, sinti e camminanti - ASL in base alla numerosità della popolazione target e La Sapienza, Università di Roma in qualità di capofila.

B1: Immigrati – riorientamento e mediazione. ASL in base alla numerosità della popolazione target.

B2: Immigrati – OSI. ASL in forma uguale perché ognuna partecipa al nuovo flusso previsto e LAit in qualità di coordinatore tecnico.

B3: Immigrati – TB. ASL in base alla numerosità della popolazione.

C1: Vulnerabili – Interventi di strada. ASL in base alla numerosità della popolazione.

C2: Vulnerabili – Centri accoglienza. ASL in base alla numerosità della popolazione.

C3: Vulnerabili – Triage sociale. ASL in base alla numerosità della popolazione e alla dotazione di posti letto ospedalieri; Aziende Ospedaliere e Policlinici universitari con quota standard; La Sapienza, Università di Roma in qualità di capofila.

Alle istituzioni capofila viene riconosciuto, per ogni singola linea progettuale, un finanziamento aggiuntivo per la realizzazione di alcuni obiettivi specifici unitari.

DESTINATARI DEL FINANZIAMENTO

AZIENDA	IMPORTO	2013	2014
ASL RM A	722.708,55	273.660,92	449.047,63
ASL RM B	711.966,83	313.934,28	398.032,55
ASL RM C	442.672,13	113.377,46	329.294,67
ASL RM D	452.073,55	121.101,20	330.972,35
ASL RM E	460.901,66	122.099,58	338.802,07
ASL RM F	295.794,19	88.523,94	207.270,26
ASL RM G	326.986,21	95.013,45	231.972,77
ASL RM H	331.398,53	91.169,87	240.228,66
ASL VITERBO	250.367,15	88.659,43	161.707,72
ASL RIETI	112.406,93	41.320,04	71.086,89
ASL LATINA	259.162,42	107.677,51	151.484,91
ASL FROSINONE	201.832,39	78.576,05	123.256,34
LA SAPIENZA UNIVERSITA'	317.081,55		317.081,55
LAit	232.190,91		232.190,91
AO SAN GIOVANNI	30.000,00		30.000,00
AO SAN CAMILLO	30.000,00		30.000,00
AO SAN FILIPPO	30.000,00		30.000,00
POL. UMBERTO I	30.000,00		30.000,00
SANT' ANDREA	30.000,00		30.000,00
POL. TOR VERGATA	30.000,00		30.000,00
TOTALE	5.297.543,00	1.535.113,73	3.762.429,27

SCHEDA N. 15

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

GENERALITA'	
REGIONE PROPONENTE	REGIONE LAZIO
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	Linea 15 - Promozione dell'approccio di genere in sanità
TITOLO DEL PROGETTO	Approccio di genere in oncologia, ginecologia e cardiologia
DURATA DEL PROGETTO	2013
REFERENTE	Domenico Di Lallo

ASPETTI FINANZIARI	
COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 1.467.775,56
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2012	100%
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO	
CONTESTO	L'approccio di genere alla salute è una importante innovazione. Il genere è un determinante di salute. Da tempo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, le Conferenze internazionali sulla salute e le Direttive dell'Unione Europea raccomandano di considerare e promuovere la prospettiva di genere nella erogazione delle cure mediche e dei servizi sanitari. Vi sono importanti "differenze di genere" nella salute e nella malattia, nei comportamenti e nel ricorso all'assistenza sanitaria. Vi sono profonde differenze nella epidemiologia, nei fattori di rischio, nella fisiologia e fisiopatologia, nella modalità di insorgenza delle malattie, nella risposta ai farmaci ed ai medical device. La Medicina di Genere (MDG) non è una nuova etichetta della medicina della donna ma un percorso trasversale tra le discipline mediche; uomo e donna, di fronte al proprio bisogno di salute compromessa da patologie di particolare impatto socio-sanitario (malattie cardiovascolari, diabete, obesità, tumori, malattie neurodegenerative, respiratorie, dell'osso e delle articolazioni etc.), richiedono che

	l'organizzazione sanitaria le affronti avendo ben chiare quali siano le differenze di genere. Si conferma quindi il bisogno di un nuovo approccio scientifico al genere che si traduca in una ricerca biomedica e traslazionale sempre più capace di indagare la complessità biologica della differenza di sesso, accanto alla necessaria attenzione alla differenza con cui i due generi sono interpretati nell'organizzazione sanitaria, per evitare disuguaglianze che ricadono sulla sofferenza dell'individuo e sui costi della sanità. In ambito Oncologico, per esempio, l'attenzione alle diversità di genere è ancora troppo bassa, sia dal punto di vista epidemiologico, di storia naturale dei tumori che dal punto di vista dei percorsi di cura. Gli studi clinici di fase I-III vedono coinvolto in modo preponderante il sesso maschile con traslazione dei risultati a tutta la popolazione affetta da tumore. Gli IFO e il Policlinico Tor Vergata (PTV) sono da tempo orientati secondo un approccio di genere attraverso specifici percorsi diagnostico-terapeutici, ambulatori dedicati a patologie di 'genere' e linee di ricerca biomedica e traslazionale con la massima attenzione alle problematiche metodologiche legate alla ricerca di genere e a quelle connesse con la patogenesi ed alla cosiddetta citopatologia di genere.
DESCRIZIONE	Presso le due Aziende sono attivi i seguenti servizi, di cui - anche attraverso questo progetto - è previsto il consolidamento. Oncologia IFO - HPV Unit Centro Multidisciplinare di Eccellenza per lo studio del papillomavirus: prevenzione, diagnosi e terapia - è il punto di riferimento per i cittadini e per le figure professionali non dedicate allo studio del papillomavirus. IFO e PTV - Ambulatorio Prometeo Centro di diagnosi e cura dei sintomi e segnali di menopausa nelle donne sottoposte a trattamenti oncologici. A tale riguardo presso il PTV è attiva una sezione dedicata all'interno della unità operativa di ginecologia con la partecipazione congiunta dei medici oncologi. PTV – Ambulatori dedicati Sono stati istituiti ambulatori dedicati al trattamento delle neoplasie uterine, dell'utero e del polmone con l'adozione di percorsi diagnostico-terapeutici

	condivisi tra tutte le discipline interessate mediche e chirurgiche. I percorsi sono discussi in sede di Working Group istituzionalizzati e certificati. IFO - Breast Unit Unità multidisciplinare che prende in carico e segue nell'intero percorso le donne affette da tumore alla mammella attraverso specifici percorsi diagnostico-terapeutici integrati IFO - Banca del Tessuto Ovarico Bio-banca è finalizzata a preservare la fertilità delle bambine e delle giovani donne che devono sottoporsi a trattamenti oncologici, attraverso la conservazione di frammenti di tessuto ovarico contenenti gli ovociti, che sono reinnestati nella donna colpita da cancro dopo la fine dei trattamenti oncologici, permettendogli una ripresa sia della funzione ormonale che riproduttiva IFO - Ambulatorio Dedicato per l'Urologia Oncologica L'ambulatorio dedicato dell'Istituto Regina Elena ha come obiettivo quello di aiutare i pazienti a superare il momento di defaillance sessuale migliorando la loro qualità di vita. In questo ambulatorio urologi e andrologi lavorano in équipe. Ginecologia PTV Sono offerti servizi di eccellenza nell'ambito dell'assistenza alla donna nelle varie fasi della vita, riproduzione, fecondazione, menopausa e osteoporosi, con lo sviluppo delle seguenti attività di ricovero ed ambulatoriali. • Chirurgia ginecologica endoscopica e mininvasiva ○ Trattamento chirurgico vaginale (isterectomia vaginale e vaginale laparoscopicamente assistita) della fibromatosi uterina ○ Chirurgia vaginale ricostruttiva del prolasso genitale ○ Trattamento chirurgico laparoscopico (isterectomia totale e sopracervicale laparoscopica) della fibromatosi uterina ○ Chirurgia combinata laparoscopico-vaginale nelle neoplasie uterine ○ Chirurgia laparoscopica dell'endometriosi pelvica profonda ○ Chirurgia laparoscopica dei fibromi uterini (miomectomia uterina laparoscopica tradizionale e "glasses") • Diagnosi e ormonoterapia delle patologie disfunzionali ginecologiche dall'adolescenza alla
--	---

	post-menopausa. Sterilità femminile da causa endocrina (con particolare riferimento alla patologia ovulatoria nella sindrome dell'ovaio policistico) • Diagnosi prenatale ○ Non invasiva del I° trimestre: Screening ecografici e biochimici di rischio di cromosomopatie fetali (Ultrascreen: translucenza nucale e bitem). Studio ultrasonografico delle malformazioni fetali e management clinico ○ Invasiva: Villocentesi per diagnosi delle cromosomopatie e delle malattie geniche; Amniocentesi per malattie cromosomiche e patologie infettive fetali • Diagnosi, prevenzione e trattamento dell'aborto spontaneo ripetuto e ricorrente. Cardiologia PTV E' stato avviato il progetto " La DONNA di CUORE PTV", partito nell'ambito della Campagna Nazionale 2007-2008 di sensibilizzazione e screening sul rischio cardiovascolare associato alla menopausa, e successivamente implementato ed arricchito dalla individuazione di percorsi dedicati alle donne in menopausa con problemi cardiologici. La UOC di Cardiologia promuove giornate dedicate alla valutazione personale del profilo di rischio cardiovascolare in donne di età compresa tra i 40 e i 60 anni e all'educazione verso uno stile di vita equilibrato.
OBIETTIVI	Promuovere e sostenere l'approccio di genere in ambito oncologico, ginecologico e cardiologico sviluppando anche linee di ricerca specifiche per promuovere l'appropriatezza terapeutica e la personalizzazione delle terapie nonché percorsi che garantiscano la presa in carico del paziente, tenendo conto delle differenze di genere
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	12 mesi
COSTI	I costi complessivi del progetto ammontano ad un totale stimato in € 1.467.775,56

INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	Numero pazienti prese in carico HPV Unit Numero vaccini HPV somministrati Numero indagini diagnostiche prima vaccinazione Numero donne in menopausa seguite c/o ambulatorio Prometeo Numero nuovi casi diagnosticati Breast Unit Numero casi seguiti Breast Unit Numero casi diagnosticati in oncologia (con particolare riferimento ai tumori dell'utero e del polmone) Numero di pazienti trattate chirurgicamente per le affezioni indicate nel contesto Numero di pazienti seguite presso gli ambulatori di cardiologia Numero colloqui preparatori alla donazione per la banca del tessuto ovarico Numero pazienti candidabili Numero pazienti presi in carico ambulatorio dedicato urologia oncologica Numero colloqui effettuati pazienti urologici
RISULTATI ATTESI	Miglioramento della qualità delle cure e della qualità percepita. Maggiore accessibilità

RIPARTIZIONE DEL FINANZIAMENTO

IFO	€ 967.775,56
PTV	€ 500.000,00
TOTALE	€ 1.467.775,56

LINEA PROGETTUALE: 16

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

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	LAZIO
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	Diagnosi di infezione da HIV
TITOLO DEL PROGETTO	Prevenzione delle infezioni da HIV e offerta attiva del test
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi
REFERENTE	Dr.ssa Amalia Vitagliano

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 1.707.664,19
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2012	€ 1.707.664,19
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	
Destinatario del finanziamento	Istituto Nazionale per le Malattie Infettive Lazzaro Spallanzani Roma

IL PROGETTO

CONTESTO	L'Istituto Nazionale per le Malattie Infettive (INMI) Lazzaro Spallanzani, relativamente all'infezione da HIV, nel 2012 ha effettuato circa 1.000 ricoveri in degenza ordinaria, seguito circa 7.000 pazienti in Day Service/Day Hospital, ed effettuato circa 8000 visite presso l'ambulatorio del Centro di Riferimento AIDS (CRAIDS) per il counselling e l'effettuazione del test. Il CRAIDS dell'INMI risulta il principale servizio della Regione Lazio per numero di nuove diagnosi di infezione da HIV (circa 300 anno), ed uno dei primi in Italia. Tale attività costituisce un punto di riferimento importante per l'utenza esterna ed uno snodo significativo per l'accesso dei pazienti con infezione da HIV di recente identificazione ai servizi di assistenza e cura dell'Istituto. Inoltre il CRAIDS cura la raccolta dati e la gestione dei flussi informativi relativi ai Sistemi di sorveglianza dell'infezione da HIV e dell'AIDS della Regione Lazio per l'Istituto ed il territorio di competenza.
DESCRIZIONE	DATI RELATIVI AL FENOMENO I dati di sorveglianza indicano che negli ultimi due anni sono stati diagnosticati 4,6 nuovi casi di infezione da HIV ogni 100 mila residenti italiani e 22,5 nuovi casi ogni 100 mila residenti stranieri. Secondo le stime del CDC, le nuove infezioni a trasmissione sessuale potrebbero essere ridotte del 30% ogni anno se tutte le persone con infezione conoscessero il proprio stato sierologico. L'identificazione precoce dell'infezione da HIV è pertanto ritenuta strategica e prioritaria al fine di mettere in atto azioni volte alla sua corretta gestione.

Nella nostra Regione, come nel resto del Paese ed in numerosi altri Paesi, una proporzione significativa di persone con infezione da HIV non è consapevole della propria condizione (circa il 15% secondo le stime dell'INMI) e giunge alla diagnosi di infezione molti anni dopo il contagio, spesso quando si sono già manifestati sintomi di malattia e l'immunodeficienza è progredita a livelli avanzati (late presenters). Inoltre, esistono dati che dimostrano come una quota di persone, pur avvenuta la diagnosi, non accedono immediatamente alle cure, o non vi accedono affatto, per l'esistenza di barriere di tipo logistico, culturale e psicologico.

Questi fenomeni determinano due ordini di conseguenze negative. In primo luogo la persona con HIV diagnosticata tardivamente non ha l'opportunità di iniziare nei tempi ottimali la terapia antiretrovirale e ha una più tardiva e ridotta probabilità di un pieno recupero immunologico una volta iniziata la terapia. La non consapevolezza dello stato di infezione può favorire un'ulteriore diffusione del contagio; è stato infatti dimostrato che le persone con infezione da HIV riducono significativamente i comportamenti a rischio di trasmissione dell'infezione una volta informati del loro stato. Inoltre vi sono evidenze della efficacia di interventi di prevenzione della diffusione del contagio indirizzati alle persone con infezione da HIV attraverso la riduzione della carica virale determinata dal trattamento.

In secondo luogo, una importante quota di trasmissione si ritiene avvenga nella fase iniziale dell'infezione, quando la carica virale è più elevata e la probabilità di contagio è circa 10 volte superiore rispetto alla fase successiva. In questi casi la diagnosi precoce ha un impatto estremamente significativo sulla prevenzione di nuovi casi.

ASPETTI CRITICI SU CUI È' NECESSARIO INTERVENIRE

La promozione della conoscenza dello stato di infezione appare quindi un intervento rilevante nella prevenzione della infezione da HIV e delle sue conseguenze cliniche. Per aumentare la quota di persone a conoscenza del proprio stato sierologico per HIV e per favorire l'accesso al test ed alle cure, sono state proposte diverse strategie, in combinazione tra loro: 1) abbattimento delle barriere all'accesso al test alle persone che intendono sottoporvisi; 2) offerta attiva del test in specifici contesti; 3) percorsi clinici definiti, in caso di infezione accertata.

Inoltre, è necessario predisporre percorsi facilitati, con rapida disponibilità della diagnosi, per gli individui ad alto rischio.

Il ritardo di diagnosi dell'infezione da HIV appare almeno in parte correlato a barriere di accesso al test che riguardano in particolare alcuni segmenti della popolazione: migranti (che sono a rischio più elevato di diagnosi tardiva), donne trafficate, prostitute/i, i consumatori di sostanze non assistiti in centri dove viene regolarmente effettuato il test ed altre persone che non accedono per motivi diversi a servizi sanitari.

L'offerta attiva del test per HIV, alle persone che si rivolgono ai servizi sanitari per altre problematiche rappresenta un ulteriore intervento di prevenzione della diagnosi tardiva. L'iniziativa "HIV in Europe" ha elaborato un elenco di patologie indicative (indicator diseases, quali tra le altre ITS, tubercolosi, epatiti virali) che sono associate ad una prevalenza di infezione da HIV > 1%, in presenza delle quali è indicata un'offerta attiva del test per HIV.

Infine, la notifica delle nuove diagnosi di infezioni, su cui si basano i tradizionali sistemi di sorveglianza, attualmente costituisce il principale strumento di valutazione delle caratteristiche dell'epidemia da HIV; tale sistema non fornisce però dati dettagliati su specifiche popolazioni e comportamenti a rischio, ed inoltre presenta dei limiti a causa della lunga durata dell'infezione da HIV, per cui il momento della diagnosi difficilmente coincide con il momento del contagio. L'acquisizione di tali conoscenze rappresenta la base necessaria alla definizione di interventi di prevenzione mirati.

OBIETTIVI	Il progetto si propone l'applicazione di un sistema multifattoriale di offerta del test per HIV. Alcuni degli interventi hanno ricevuto i seguenti co-finanziamenti: • Sperimentazione di un intervento per favorire la diagnosi tempestiva dell'infezione da HIV attraverso l'offerta attiva di test rapido salivare. Cofinanziato dal Ministero della salute - Consulta delle associazioni per la lotta contro l'AIDS per l'anno 2013. • Offerta del test HIV a risposta rapida in contesto sanitario Cofinanziato Ricerca finalizzata 2009-1536129. • Indagine multicentrica sulla prevalenza di HIV e sui comportamenti a rischio fra gli uomini che fanno sesso con gli uomini - MSM - in 4 città italiane” Co-finanziato Progetto di Ricerca sull'AIDS 2009 Conv.ne ISS n. 40H80. • “Surveillance of HIV infection by integration of epidemiologic, behaviuoral and molecular data” Progetto di Ricerca sull'AIDS 2009 Conv.ne ISS n. 40H78 Sarà perseguita la possibilità di ulteriori co-finanziamenti applicando specifici progetti a bandi pubblici nazionali o regionali (p.es. ISS, Ricerca Corrente o Finalizzata del Ministero della Salute) o privati a supporto per lo svolgimento delle diverse iniziative ed interventi. Sarà valutata la capacità di mantenimento delle attività del modello di servizio ambulatoriale integrato tra medico specialista ed infermiere counselor, attivato nell'aprile del 2012 al fine di ottimizzare l'offerta dei servizi per le persone che intendono sottoporsi al test. La struttura organizzativa, è mirata alla semplificazione di tutta la parte amministrativa inclusa una procedura per l'anonimato, accesso gratuito con o senza prenotazione a secondo delle esigenze del paziente, ampliamento degli orari di accesso (in particolare orario di prelievo anche pomeridiano, inizio nella fascia pranzo) ed esecuzione contestuale del prelievo, brevi tempi di attesa del risultato inclusa la conferma delle positività, eventuale utilizzo di test rapidi, counselling di coppia e pre-peri-natale. Verrà sperimentato un nuovo algoritmo diagnostico avvalendosi di un nuovo test confermatario rapido in associazione al test di 4° generazione antigene-anticorpo, per favorire l'accesso al test garantendo la disponibilità di un risultato diagnostico confermato in giornata, in grado di discriminare i casi di infezione da HIV-1 e da HIV-2 e le coinfezioni, nonché caratterizzato da un' aumentata capacità di pronta identificazione dei casi di infezione primaria. Specifiche iniziative rivolte al genere femminile saranno sviluppate presso il CRAIDS con percorsi dedicati di counselling ed esecuzione degli esami per HIV, e altre ITS, fornitura di profilassi antimicrobica e antivirale nell'ambito della assistenza alle donne vittime di violenza sessuale, alle donne partner di soggetti con infezione da HIV, alle coppie discordanti con desiderio di genitorialità, alle donne con infezione in gravidanza. L'offerta del test continuerà ad essere estesa di routine al partner maschile nell'ambito di una genitorialità consapevole. Saranno continuate le attività ambulatoriali di gestione post-esposizione (h24, 7/7 giorni), per le persone che riportino una specifica esposizione a rischio sia in ambito occupazionale che non occupazionale, p.es. sessuale; tale gestione prevede, tra l'altro, la valutazione del rischio, l'offerta del trattamento di profilassi con antiretrovirali e i controlli clinici e sierologici del caso; relativamente alle esposizioni occupazionali negli operatori sanitari saranno consolidati e possibilmente estesi percorsi definiti da specifiche convenzioni con altre strutture sanitarie pubbliche e private.
------------------	---

Al fine di **caratterizzare le nuove diagnosi di infezione**, ed i fattori che si associano ad un ritardo della diagnosi si prevede di raccogliere dati comportamentali e psicosociali delle persone infette per monitorare nel tempo le dinamiche di diffusione dell'epidemia e programmare interventi di prevenzione più appropriati ed incisivi rivolti ai gruppi di popolazione a più alto rischio. Si intende inoltre utilizzare la caratterizzazione molecolare del genoma virale delle nuove diagnosi per ricostruire le connessioni epidemiologiche dei casi di infezione acquisite con diverse modalità e rilevare l'insorgenza di sottotipi virali a bassa circolazione e le resistenze ai farmaci.

Sarà continuato il programma di **identificazione delle nuove infezioni** (acquisite da non oltre 6 mesi) attraverso l'applicazione di un algoritmo (Recent Infection Testing Algorithm, RITA) integrato, che include la misura dell'avidità anticorpale (Avidity Index - AI) come "Test for Recent Infection" (TRI) e la raccolta di dati di laboratorio e clinici.

Il questionario somministrato al momento della diagnosi d'infezione da HIV sarà ampliato per continuare a monitorare il ruolo delle patologie indicative nella prevenzione della diagnosi tardiva. In particolare oltre alle già analizzate *indicator diseases* (le epatiti virali B e C; sifilide; gonorrea; Herpes genitale, condilomatosi genitale; la tubercolosi e la dermatite seborroica) saranno incluse le informazioni relative ad una pregressa diagnosi di Epatite da HAV, vaginiti infettive, altre IST, sindrome similmononucleosica, herpes zoster; linfoma; leucopenia, piastrinopenia, così come indicato dal documento d'indirizzo Europeo.

Saranno in tale ambito anche programmate specifiche iniziative, in particolare con i medici di medicina generale così come con gli specialisti, per aumentarne la consapevolezza e ridurre la proporzione di soggetti con infezione da HIV per i quali la diagnosi potrebbe essere anticipata se fossero testati al momento dell'indicator disease.

Per contrastare il fenomeno della mancata conoscenza e della diagnosi tardiva dell'infezione da HIV un' iniziativa importante è quella incentrata sull'offerta attiva di test per HIV in contesti diversi da servizi tradizionalmente deputati a questa attività (www.cobatest.org). In Italia esistono solo dati limitati su questo argomento.

A tal fine saranno sviluppate la definizione e attivazione di percorsi per raggiungere gruppi di popolazione a prevalenza più elevata di infezione con interventi attuati direttamente nella comunità, e la sperimentazione di interventi per l'accesso al test fuori dalle strutture sanitarie. L'offerta attiva del test HIV a popolazioni con ridotto accesso al test nei contesti tradizionali, quali i tossicodipendenti, i migranti e le persone a rischio di esclusione sociale, verrà svolta nelle sedi di ONG oppure in strutture sociosanitarie dedicate con il supporto delle Associazioni della Consulta delle Associazioni per la lotta contro l'AIDS del Ministero della Salute. I test rapidi su sangue e sul liquido salivare sono un utile strumento da sperimentare in tale ambito. Il progetto si propone di valutare in particolare l'accettabilità del test rapido salivare per HIV in diversi contesti e di studiare l'efficacia pratica di programmi di offerta attiva in termini di nuove infezioni identificate e persone giunte alle cure. La persona per la quale verrà rilevato un test rapido reattivo (preliminarmente positivo) verrà inviata con un percorso dedicato e facilitato al nostro centro per la conferma della diagnosi e la presa in carico complessiva.

Una specifica indagine sarà organizzata nei luoghi di ritrovo e di aggregazione degli MSM (gay venues) in quattro città italiane (Roma; Milano; Napoli; Catania), con la collaborazione dell'associazione Arcigay e in coordinamento con il progetto europeo denominato Sialon II, al fine di raccogliere dati di tipo comportamentali e biologici, stimare la prevalenza dell'infezione da HIV tra MSM sempre utilizzando i test rapidi e studiare i comportamenti sessuali a rischio e i bisogni di prevenzione al fine di migliorare i programmi di prevenzione rivolti a questa popolazione.

Sarà programmata una valutazione del possibile impatto economico della

	implementazione generalizzata del ricorso al test rapido, definiti gli standard operativi (elaborazione di un manuale operativo), valutata la possibilità di estendere l'offerta del test in altri contesti dove è possibile contattare gruppi ad alta vulnerabilità, analizzata l'accettabilità di diverse tipologie di test rapido (confronto tra test su fluido orale e test su sangue capillare). Sarà inoltre pianificata una valutazione con metodologia di Health Technology Assessment sulla implementazione di una politica di utilizzo dei test rapidi per la diagnosi di infezione da HIV. Della valutazione HTA farà parte un intervento di campo per il quale sarà pianificata la costituzione di un servizio ad hoc di counselling e esecuzione del test rapido HIV per la diagnosi di infezione da HIV, denominato "Servizio Test Rapido" (STR), da attivare nel 2014. L'obiettivo dell'intervento è valutare se l'introduzione del test rapido HIV in una struttura che offre un servizio di counselling e testing volontario favorisca un più ampio accesso al test, attiri individui con caratteristiche diverse da quelle degli individui testati con test convenzionale, porti all'identificazione di soggetti infetti con caratteristiche diverse da quelli diagnosticati con test convenzionale. Sarà effettuata la definizione e condivisione di specifici percorsi assistenziali al fine di ottimizzare l'appropriatezza nella presa in carico e facilitare il mantenimento e l'aderenza alle cure fin dalla primissima fase di inquadramento, anche relativamente ad altre infezioni (p.es. tubercolosi, ITS, epatiti), dei pazienti con nuova diagnosi di infezione o comunque inviati da altri centri, prima dell'avvio alle unità cliniche di cura e trattamento. In questo contesto, verrà esplorata la quota di soggetti che non accede tempestivamente alle cure, o che si sottopone a controlli in maniera irregolare, e verranno determinate le caratteristiche demografiche e cliniche più frequentemente associate a questi comportamenti. Il CRAIDS collabora con il Centro Operativo AIDS dell'ISS (COA-ISS) per la promozione e monitoraggio dell'attivazione della Sorveglianza Epidemiologica dell'infezione da HIV nella regione in particolare ponendosi l'obiettivo di integrare la sorveglianza dei casi di AIDS e delle nuove diagnosi di laboratorio già in atto con quella "clinica" prevista dal Ministero e con quella delle nuove infezioni. In questo ambito, sempre in collaborazione con il COA-ISS, si intende stimare la prevalenza di infezione da HIV, - necessarie alla programmazione di interventi di prevenzione e controllo dell'infezione da HIV, - attraverso l'applicazione di modelli matematici in grado di stimare la quota di persone inconsapevoli dello stato di infezione. Per l'applicazione del modello proposto, saranno utilizzati i dati relativi al numero di CD4 rilevato alla diagnosi di HIV nei soggetti asintomatici nel periodo 2009-2012, oltre al numero di soggetti con diagnosi simultanea di HIV/AIDS nello stesso periodo.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	Organizzazione attività ambulatoriale di counselling ed esecuzione del test Mese 1-12 attività di counselling e testing, presa in carico, raccolta di dati, ulteriore revisione delle procedure, sviluppo di nuovi percorsi Sperimentazione di un nuovo algoritmo diagnostico Mesi 1-8 Raccolta dei campioni Mesi 9-10 Esecuzione delle indagini di laboratorio sui campioni di 12 mesi (immunoblot confermatore rapido) e confronto con la precedente metodica Western Blot Mesi 11-12 Analisi dei dati e validazione del nuovo algoritmo Interventi di promozione della diagnosi e gestione nelle donne Mese 1-12 attività di counselling e testing, profilassi, raccolta di dati, ulteriore revisione delle procedure, sviluppo di nuovi percorsi

Caratterizzazione infezioni recenti

Mesi 1-12

Identificazione nuove diagnosi HIV; Raccolta dati/somministrazione questionari;
Esecuzione delle indagini di laboratorio (Avidity Index) per identificazione infezioni recenti; Inserimento dati

Mesi 8-12 Analisi dei dati

Iniziative sulle Indicator Diseases.

Mese 1-12 raccolta dati in ambulatorio CRAIDS ed analisi ad interim dei risultati

Mesi 9-10: preparazione di un seminario "pilota" di formazione specifica presso i Medici di Medicina Generale

Mese 11: effettuazione del seminario presso i Medici di Medicina Generale in formazione

Sperimentazione di un intervento per favorire la diagnosi tempestiva dell'infezione da HIV attraverso l'offerta attiva di test rapido salivare.

Mese 1: formazione operatori

Mese 1-2: invio di tutti i materiali definitivi in formato elettronico necessari all'esecuzione del progetto a 28 punti test partecipanti, di cui 2 operativi in Roma.; attività di pubblicizzazione e promozione dell'iniziativa

Mese 2-7: fase operativa di testing

Mese 8-9: Inserimento dati

Mese 10-12: elaborazione dati ed interpretazione dei risultati

Definizione di ambiti e strumenti operativi e valutazione di impatto economico dell'offerta del test per HIV al di fuori dei contesti sanitari consolidati utilizzando test rapidi. Fornire una base tecnica ai policy maker che devono definire le strategie operative"

Mesi 9-10 Progettazione; individuazione centri partecipanti

Mesi 11-12 stesura protocollo

Health Technology Assessment (HTA) of HIV rapid testing policy in Italy.

Mese 1-3: revisione della letteratura relativa a: epidemiologia dell'infezione da HIV e dell'AIDS in Italia, in Europa e nel mondo; valutazione delle biotecnologie dei test HIV (sia rapidi che convenzionali) attualmente disponibili in commercio, in Italia e nel mondo.
Mese 4: valutazione relativa al ricorso ai servizi sanitari da parte dei soggetti con infezione da HIV

Mese 4-6: revisione della letteratura degli studi di campo relativi all'utilizzo del test rapido in diversi settings, clinici e non clinici.

Mese 7-8 revisione della letteratura relativa valutazione degli impatti organizzativi sul sistema sanitario legati all'introduzione del test rapido HIV.

Mese 9-12: analisi dei dati

Mesi 8-12 organizzazione dello studio di fattibilità **Offerta del test HIV a risposta rapida in contesto sanitario:** stesura protocollo. e adattamento dei questionari, consenso informato; approvazione del Comitato Etico; pianificazione e organizzazione dell'attività di pubblicizzazione e promozione dell'iniziativa

"Indagine multicentrica sulla prevalenza di HIV e sui comportamenti a rischio fra gli uomini che fanno sesso con gli uomini - MSM - in 4 città italiane"

Mese 1-4: organizzazione studio e centri partecipanti

Mese 5: stesura protocollo e adattamento dei questionari, consenso informato.

Mese 6: approvazione del Comitato Etico

Mese 7-10: formazione operatori; Time Location Sampling (TLS); costruzione database; preparazione infopack; acquisto e spedizione 1600 tamponi orali e etichette.

Mese 11-12: la fase operativa di raccolta campioni e questionari

	Percorsi assistenziali presa in carico HIV positivi Mesi: 1-3 Verifica percorsi esistenti Mesi 1-12 Applicazione Mesi 10-12 Ridefinizione e condivisione dei protocollo Interventi di valutazione della presa in carico (Linkage to and Retention in Care) dei soggetti risultati positivi al test per HIV Mesi 1-5 Progettazione e definizione del protocollo Mesi 6-10 Elaborazione di un database contenente i dati demografici e clinici, e gli indicatori di accesso e mantenimento alla cure, dei pazienti HIV+ diagnosticati presso il nostro Istituto Mesi 11-12 Risultati preliminari Sorveglianza Epidemiologica dell'infezione da HIV nella regione Mesi 1-12 Raccolta schede, verifica ed invio delle notifiche di caso, di nuova diagnosi e di infezione recente Modello di stima della prevalenza Mesi 1-3 implementazione protocollo Mesi 4-8 raccolta dati Mesi 9-12 analisi dei dati
--	---

INDICATORI

<i>Obiettivi specifici</i>	<i>Indicatori</i>	<i>Risultati previsti</i>	<i>Strumenti/Metodi</i>
Identificazione delle infezioni recenti	Numero di infezioni recenti diagnosticate	250 nuove infezioni	Algoritmo integrato, che include la misura dell'avidità anticorpale e la raccolta di dati di laboratorio e clinici
Rapida diagnosi di infezione primaria ed identificazione delle infezioni da HIV-2	Numero di diagnosi correttamente identificate in termini di staging e agente eziologico	Corretta identificazione >95% dei casi senza necessità di campioni o indagini addizionali	Nuovo algoritmo diagnostico con test immunoblot confermatario rapido
Mantenimento del numero di accessi al servizio di counselling ed esecuzione del test	Numero di accessi	+/- 10% rispetto al 2012	attività ambulatoriale integrata medico specialista, infermiere counselor, supporto psicologico
Interventi di formazione a non-specialisti su tema del test HIV/Indicator diseases	Numero di interventi effettuati	Almeno un intervento	Seminario per Medici di Medicina Generale

Programma di offerta attiva del test direttamente nelle comunità ad alto rischio	N. di interventi programmati/effettuati	Almeno 2	Collaborazione con Consulta e ONG e offerta del test in sedi associative, servizi per migranti e tossicodipendenti
Valutazione dell'utilizzo di test rapidi al di fuori delle strutture sanitarie	N. di interventi programmati/effettuati	Almeno 2	Test rapidi su sangue e/o saliva e conferma e referral al Centro clinico per i risultati preliminarmente positivi
Ottimizzazione del percorso di presa in cura	N. di pazienti presi in cura / n. pazienti inviati	Almeno 90%	Protocollo per il primo inquadramento del paziente e l'avvio alle cure
Interventi di valutazione della presa in carico (Linkage to and Retention in Care) dei soggetti HIV positivi	Numero di database elaborati ed attivamente consultabili	Almeno un database	Valutazione della presa in carico dei pazienti HIV+ diagnosticati presso l'INMI e valutazione dei fattori determinanti la presa in carico appropriata o meno
Applicazione di metodi statistici per la stima della diffusione dell'infezione	Stime della prevalenza dell'infezione da HIV	Diffusione delle stime e comparazione con altre metodologie	Analisi statistica tramite modelli matematici

RISULTATI ATTESI

Al fine di promuovere la diagnosi precoce dell'infezione da HIV riducendo la quota delle persone inconsapevoli del loro stato di infezione, il progetto si prefigge di incrementare il numero di accessi all'ambulatorio di counselling e testing ed al contempo di ridurre tramite i nuovi percorsi clinico-assistenziali attivati la proporzione di soggetti che escono dal percorso assistenziale previsto nelle diverse fasi: dalla prescrizione al prelievo, alla consegna dei risultati e visite di controllo, fino all'accesso alle cure. Si stima un numero atteso di circa 7000 visite e counselling seguite dall'esecuzione del test e un numero di circa 250 nuove diagnosi.

Inoltre, si valuteranno l'efficacia e l'efficienza di un nuovo algoritmo diagnostico per la diagnosi rapida con test di conferma entro la giornata dell'infezione da HIV-1 e da HIV-2, con identificazione delle infezioni primarie e recenti ai fini di un intervento terapeutico e preventivo: si stima la corretta identificazione di oltre il 95% delle diagnosi entro le 24 ore.

E' inoltre attesa la realizzazione di programmi di intervento rivolti alle persone inconsapevoli del loro stato di infezione e con scarso accesso al test, attraverso l'offerta del test HIV direttamente in comunità e nelle strutture tradizionali utilizzando i test rapidi.

Per quanto riguarda l'ottimizzazione dell'appropriatezza nella presa in carico delle persone con infezione da HIV, ci si attende inoltre di attrarre un maggior numero di pazienti con "vecchia" diagnosi che si rivolgono al nostro centro inviati da altre strutture o che siano recuperati alle cure, favorendone l'avvio e il mantenimento in cura. Inoltre, ci si propone di individuare i fattori che determinano un mancato accesso (o un accesso inadeguato) alle cure, al fine di sviluppare strategie specifiche per ridurre tale fenomeno.

SCHEDA N. 17

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

GENERALITA'	
REGIONE PROPONENTE	REGIONE LAZIO
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	Linea 17 - Promozione di rete nazionale per i tumori rari
TITOLO DEL PROGETTO	Promozione di rete nazionale per i tumori rari
DURATA DEL PROGETTO	2013
REFERENTE	Domenico Di Lallo

ASPETTI FINANZIARI	
COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€4.771.236,09
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2013	100%
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO	
CONTESTO	IFO (Istituti Fisioterapici Ospitalieri): ▪ Istituto Tumori Regina Elena di Roma; ▪ Istituto Dermatologico San Gallicano di Roma.
DESCRIZIONE	Promozione di reti nazionali e regionali per tumori rari: ▪ Sarcomi e altri di pertinenza toracica, otorino, esofagea, tratto digestivo, apparato urologico, apparato neurologico e ginecologico; ▪ Neuroendocrini; ▪ Tumori rari della cute.
OBIETTIVI	▪ Consolidare la collaborazione permanente tra strutture sanitarie con lo scopo di migliorare la diagnosi precoce e il trattamento tempestivo; ▪ Uniformare i percorsi diagnostici e terapeutici secondo protocolli omogenei e conformi alla letteratura; ▪ Condividere l'approccio ai casi clinici, in modo da migliorare le capacità di cura degli specialisti aumentando il numero dei casi da trattare ed eventuali terapie innovative contribuendo alla ricerca clinica sui tumori rari;

	▪ Promuovere un accesso razionale agli Istituti di diagnosi e cura, limitando al minimo inutili indagini e tentativi terapeutici non idonei; ▪ Diventare un modello sia dal punto di vista clinico sia da quello delle tecnologie per ulteriori collaborazioni nell'ambito oncologico e nell'ambito della ricerca; ▪ Implementare una modalità di collegamento informatico ed il teleconsulto nell'ambito della diagnostica istologica e standardizzare per ogni particolare tipologia di tumore raro il follow-up specifico; Inoltre ▪ le reti permettono l'accesso del paziente a un servizio che si avvale della professionalità di specialisti che condividono percorsi clinico-assistenziali appropriati per curare la neoplasia rara che lo riguarda; ▪ Ogni cittadino può essere avviato al percorso di rete da qualsiasi struttura periferica.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	12 mesi
COSTI	I costi complessivi del progetto ammontano ad un totale stimato in € 4.771.236
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	▪ Numero di nuove diagnosi per tipologia neoplastica; ▪ Numero pazienti presi incarico; ▪ Numero di pazienti in follow-up.
RISULTATI ATTESI	▪ Miglioramento dell'accesso ai percorsi diagnostico-terapeutici; ▪ Miglioramento della qualità percepita.

LINEA PROGETTUALE: 18

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	Sorveglianza epidemiologica Amianto
TITOLO DEL PROGETTO	Miglioramento della sorveglianza epidemiologica
DURATA DEL PROGETTO	Annuale
REFERENTI	Dott. Maurizio Di Giorgio – Dott. Pasquale Valente

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 1.059.509,00
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2012	100%
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	Le problematiche relative alle patologie legate ad esposizione ad amianto, implica lo sviluppo di azioni che portino ad una corretta conoscenza dei rischi, e, conseguentemente, all'adozione di azioni di sistema che permettano un corretto inquadramento epidemiologico nonché una reale offerta di assistenza alle persone ex esposte. Ciò attraverso un potenziamento delle attività sia delle strutture regionali che dei Servizi delle AUSL che operano in tale ambito. Stante la lunga latenza clinica (25-30 anni) delle manifestazioni patologiche in seguito ad esposizione ad amianto, e tenuto conto che dal 1992 è vietato il suo utilizzo, i dati epidemiologici attuali dimostrano come la curva di incidenza di casi di mesotelioma maligno siano in crescita, con tendenza in aumento nei prossimi anni. Pertanto si ritiene necessario potenziare tre aspetti fondamentali per un corretto approccio a tale problema di salute: - il monitoraggio dei siti esistenti in cui siano ancora presenti materiali contenenti amianto - la sorveglianza epidemiologica, anche mediante linkage delle varie fonti informative esistenti - l'assistenza sanitaria alle persone esposte ed ex esposte a materiali contenenti amianto È in via di approvazione il Piano nazionale amianto, cui le Regioni dovranno attenersi attraverso propri piani attuativi, ricomprendenti le attività proposte nel presente progetto.
DESCRIZIONE	Il progetto si propone di migliorare, implementandole, le attività già in essere o in fase di avvio, dei centri di riferimento regionale e delle strutture delle AUSL operanti sul territorio Saranno coinvolte nelle attività progettuali: Il Centro Regionale Amianto (CRA) che opera presso la AUL di Viterbo, è la struttura tecnico scientifica di riferimento regionale, e svolge l'attività di supporto, anche analitico, alle strutture centrali e territoriali

	Il Centro Operativo Regionale (COR), che opera presso il Dipartimento di epidemiologia della AUSL RME e gestisce il Registro regionale dei mesoteliomi maligni I Servizi Presal delle 12 AUSL della Regione Lazio, che operano all'interno dei Dipartimenti di Prevenzione Si definiranno con le varie strutture interessate le metodologie, gli strumenti di intervento e si programmeranno le attività da realizzare. Sarà assicurato il monitoraggio delle attività e, i risultati delle stesse saranno oggetto di diffusione ai soggetti che si occupano della tematica.
--	--

OBIETTIVI	1) Monitorare e gestire la presenza e le bonifiche dei materiali contenenti amianto, per definire le priorità per un piano di bonifica e identificare le situazioni più critiche, attraverso: - il potenziamento della mappatura regionale dei materiali contenenti amianto - la gestione delle notifiche da parte delle imprese che utilizzano amianto - la realizzazione di corsi di formazione 2) Realizzare programmi di sorveglianza epidemiologica, attraverso: - la raccolta sistematica dei casi di mesotelioma maligno - il record linkage delle informazioni provenienti da varie fonti informative - un rapporto epidemiologico di stima dei rischi 3) Potenziare la prevenzione e la vigilanza sulle attività relative all'amianto, attraverso: - assistenza ai lavoratori ed alle imprese sui rischi, sulla prevenzione e sulla sorveglianza sanitaria per i lavoratori esposti ed ex esposti - attivazione di sportelli informativi dedicati nelle AUSL
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	Annuale
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	- incremento % del n. di siti mappati - report epidemiologico di stima dei rischi sul territorio regionale - almeno 6 sportelli informativi dedicati nelle AUSL
RISULTATI ATTESI	- aumento del numero di siti con materiali contenenti amianto mappati - realizzazione di una base di dati regionale che contenga la lista degli esposti e degli ex esposti ad amianto, consentendo di assegnare adeguate risorse per soddisfare i loro bisogni socio-sanitari - avvio sistematico delle attività degli sportelli amianto

DESTINATARI DEL FINANZIAMENTO E CRITERI DI RIPARTIZIONE

Il finanziamento è assegnato in base alle attività di cui si prevede il consolidamento/potenziamento.

AZIENDA	IMPORTO
ASL VT - Centro Regionale Amianto (CRA)	€ 200.000,02
ASL RM E – Dipartimento Epidemiologia SSR	€ 200.000,02
ASL RM A	€ 54.959,08
ASL RM B	€ 54.959,08
ASL RM C	€ 54.959,08
ASL RM D	€ 54.959,08
ASL RM E	€ 54.959,08
ASL RM F	€ 54.959,08
ASL RM G	€ 54.959,08
ASL RM H	€ 54.959,08
ASL VITERBO	€ 54.959,08
ASL RIETI	€ 54.959,08
ASL LATINA	€ 54.959,08
ASL FROSINONE	€ 54.959,08
TOTALE	€ 1.059.509,00