

Decreto del Commissario ad acta

(delibera del Consiglio dei Ministri del 7 gennaio 2013)

N. U00015 del 06/02/2013

Proposta n. 1610 del 04/02/2013

Oggetto:

Recepimento dell'Accordo Stato-Regioni del 22 novembre 2012 (rep. atti nn. 227/CSR). Presa d'atto delle Intese (rep. atti nn.225/CSR, 226/CSR e 228/CSR del 22 novembre 2012), ai sensi dell'articolo 115, comma 1, lett. a) del decreto legislativo 31 marzo 1998, n.112, sulla proposta del Ministro della salute di deliberazione del CIPE relativa all'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 2012. 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 2012. Ripartizione quota del fondo vincolato.

Estensore**Responsabile del Procedimento****Il Dirigente d'Area**

CARACCIOLO ELEONORA

PASSI MASSIMILIANO

M. PASSI

Il Direttore Regionale

M. CIPRIANI

Il Direttore del Dipartimento

G. MAGRINI

**Si esprime parere favorevole
Il Sub Commissario**

G. A. SPATA

**Si esprime parere favorevole
Il Sub Commissario**

G. GIORGI

DECRETO N. DEL

OGGETTO: Recepimento dell'Accordo Stato-Regioni del 22 novembre 2012 (rep. atti nn. 227/CSR). Presa d'atto delle Intese (rep. atti nn.225/CSR, 226/CSR e 228/CSR del 22 novembre 2012), ai sensi dell'articolo 115, comma 1, lett. a) del decreto legislativo 31 marzo 1998, n.112, sulla proposta del Ministro della salute di deliberazione del CIPE relativa all'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 2012. 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 2012. Ripartizione quota del fondo vincolato.

IL COMMISSARIO AD ACTA

VISTA la legge costituzionale 18 ottobre 2001, n.3;

VISTO lo Statuto della Regione Lazio;

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 integrazioni e modificazioni;

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 23 aprile 2010, con la quale la Presidente della Regione Lazio è stata nominata Commissario *ad acta* per la realizzazione degli obiettivi di risanamento finanziario previsti nel piano di rientro dai disavanzi regionali nel settore sanitario;

PRESO ATTO che con Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 16 ottobre 2012 al Dott. Enrico Bondi è stato conferito l'incarico di Commissario *ad acta* per l'attuazione del vigente piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Lazio, fino alla data di insediamento del nuovo presidente della Giunta della Regione Lazio e sono stati confermati i contenuti del mandato commissariale già affidato al Presidente *pro tempore* della Regione Lazio con delibera del Consiglio dei Ministri del 20 gennaio 2012;

segue Decreto n. del

PRESO ATTO che con Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 7-9 gennaio 2013 (i) è stato conferito al Dott. Filippo Palumbo l'incarico di Commissario *ad acta* per l'attuazione del vigente piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Lazio, fino al termine previsto dall'articolo 2, comma 84-bis, dalla legge 23 dicembre 2009, n.191, ovvero all'insediamento del nuovo Presidente della Giunta Regionale e (ii) sono stati confermati i contenuti del mandato commissariale già affidato al Presidente *pro-tempore* della Regione Lazio con delibera del Consiglio dei Ministri, adottata nella riunione del 20 gennaio 2012;

RITENUTA la competenza del Commissario *ad acta in subiecta materia* anche alla luce delle implicazioni del presente provvedimento nell'ambito dei più ampi poteri attinenti al piano di rientro dai disavanzi regionali nel settore sanitario;

DATO ATTO, altresì, che con deliberazione del Consiglio dei Ministri dell'8 marzo 2011 (prot. n. ACG/23/SANIT/3103) il Dott. Giuseppe Antonino Spata è stato nominato *Sub Commissario* per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi del Servizio Sanitario Regionale della Regione Lazio, con il compito di affiancare il Commissario *ad acta* nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale di cui alla deliberazione del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010;

PRESO ATTO che con la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 20 gennaio 2012 il Dott. Gianni Giorgi è stato nominato *sub Commissario* per l'attuazione del Piano di rientro dei Disavanzi e di riqualificazione del SSR Laziale;

CONSIDERATO che la medesima deliberazione ha provveduto a riformulare il mandato dei *sub Commissari* Dott. Gianni Giorgi e Dott. Giuseppe Antonino Spata e a definire le relative competenze;

VISTO il decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni, concernente il riordino della disciplina in materia sanitaria e, in particolare, l'art.12, comma 3;

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, 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...*”;

segue Decreto n. del

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”*;

VISTO il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 approvato con D.P.R. 7 aprile 2006, che individua gli obiettivi da raggiungere per attuare la garanzia costituzionale del diritto alla salute e degli altri diritti sociali e civili in ambito sanitario e che prevede che i suddetti obiettivi debbano essere conseguiti nel rispetto dell'accordo 23 marzo 2005 tra Stato, Regioni e Province Autonome;

VISTA l'“*Intesa, ai sensi dell'articolo 115, comma 1, lett. a), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n.112, sulla proposta del Ministro della salute di deliberazione del CIPE concernente il riparto tra le Regioni delle disponibilità finanziarie per il Servizio sanitario nazionale per l'anno 2012*”, rep. atti n.225/CSR del 22/11/2012;

VISTA l'“*Intesa, ai sensi dell'articolo 115, comma 1, lett. a), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n.112, sulla proposta del Ministro della salute di deliberazione del CIPE per l'assegnazione alle Regioni di risorse vincolate, ai sensi dell'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n.662, per l'anno 2011, alla realizzazione degli obiettivi del Piano sanitario nazionale ed accantonate con deliberazione n.16 del 20 gennaio 2012 del CIPE per il finanziamento di progetti regionali in materia di controlli sulla contaminazione da diossine*”, rep. atti n.226/CSR del 22/11/2012, con la quale sono state assegnate alla Regione Lazio, per l'anno 2012, risorse economiche pari a Euro 85.042,00 per il finanziamento di progetti regionali in materia di controlli sulla contaminazione da diossine;

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

segue Decreto n. del

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;

VISTA l'“Intesa, 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 concernente il Piano nazionale per la prevenzione per gli anni 2010-2012”, rep. atti n. 63/CSR del 29 aprile 2010;

VISTA l'“Intesa, 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 recante modifiche all'intesa 29 aprile 2010 concernente il Piano nazionale per la prevenzione per gli anni 2010-2012”, rep. atti n. 166/CSR del 7 ottobre 2010;

VISTA la D.G.R. n. 577 del 17.12.2010 avente ad oggetto la “Approvazione del Piano Regionale della Prevenzione 2010-12 – Quadro Strategico, individuazione del Modello Organizzativo integrato territoriale e vincolo annuale ai risultati raggiunti della quota parte del Fondo Sanitario”;

VISTO l'“Accordo tra il Governo, le regioni e province Autonome di Trento e di Bolzano sulla proposta del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, di linee guida per l'utilizzo da parte delle regioni e province autonome delle risorse vincolate, ai sensi dell'art. 1, commi 34 e 34 bis, della legge 23.12.1996 n. 662, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2009”, rep. atti n. 57/CSR del 25 marzo 2009;

VISTO l'“Accordo tra il Governo, le regioni e province Autonome di Trento e di Bolzano sulla proposta del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, di linee guida per l'utilizzo da parte delle regioni e province autonome delle risorse vincolate, ai sensi dell'art. 1, commi 34 e 34 bis, della legge 23.12.1996 n. 662, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2010”, rep. atti n. 76/CSR dell'8 luglio 2010;

VISTO l'“Accordo tra il Governo, le regioni e province Autonome di Trento e di Bolzano sulla proposta del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, di linee guida per l'utilizzo da parte delle regioni e province autonome delle risorse vincolate, ai sensi dell'art. 1, commi 34 e 34 bis, della legge 23.12.1996 n. 662, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2011”, rep. atti n. 84/CSR del 20 aprile 2011;

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

segue Decreto n. del

- temi meritevoli di approfondimento ulteriore con prioritario riferimento alle disuguaglianze sociali in sanità con la correlata attenzione agli effetti della deprivazione 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 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 evidenzii:
 - 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

segue Decreto n. del

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 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);

PRESO ATTO della circostanza che, con DGR n. 577 del 17.12.2010, è stato approvato il Piano Regionale della Prevenzione 2010-12;

CONSIDERATO che, in virtù dell'attuale assetto organizzativo dell'Assessorato alla Salute della Regione Lazio, le linee progettuali da implementare per l'anno 2012 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 attività distrettuali dell'integrazione socio sanitaria/ Area Programmazione della rete ospedaliera (pubblica-privata-polispetrali 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

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

segue Decreto n. del

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	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 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 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

CONSIDERATO altresì che sono state assegnate alla Regione Lazio, per l'anno 2012, risorse economiche pari ad Euro 151.878.541,00;

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 2012, 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	€19.071.154,00

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

segue Decreto n. del

2.2	Non autosufficienza: assistenza a pazienti affetti da malattie neurologiche degenerative e invalidanti	€2.119.017,00 per la linea 2.2;	€2.119.017,00
2.3	Non autosufficienza: assistenza a pazienti affetti da demenza	€2.119.017,00 per la linea 2.3 e	€2.119.017,00
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 per la linea 3.0	€2.119.017,00
4.0	Cure palliative e terapia del dolore	€10.595.085,00	€10.595.085,00
5.1	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
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 diseguglianze 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 2012") e riassunta nel prospetto che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento (**Allegato 2**), effettuata tra le Aziende del SSR e l'ASP in base ai criteri esplicitati all'interno dei singoli progetti ovvero in considerazione di quanto rappresentato dalle Aziende stesse nel corso della riunione del 14 dicembre 2012 appositamente convocata;

CONSIDERATO che, al fine di predisporre la relazione illustrativa dei risultati raggiunti nel corso dell'anno 2012, 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 2012 dai destinatari del finanziamento entro il 31 marzo 2013, 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 (contro 515040101) per essere rese disponibili negli esercizi successivi di effettivo utilizzo, fermo restando l'obbligo di

segue Decreto n. del

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 prendere atto dell’*“Intesa, ai sensi dell’articolo 115, comma 1, lett. a), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n.112, sulla proposta del Ministro della salute di deliberazione del CIPE concernente il riparto tra le Regioni delle disponibilità finanziarie per il Servizio sanitario nazionale per l’anno 2012”*, rep. atti n.225/CSR del 22/11/2012;
- di prendere atto dell’*“Intesa, ai sensi dell’articolo 115, comma 1, lett. a), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n.112, sulla proposta del Ministro della salute di deliberazione del CIPE per l’assegnazione alle Regioni di risorse vincolate, ai sensi dell’articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n.662, per l’anno 2011, alla realizzazione degli obiettivi del Piano sanitario nazionale ed accantonate con deliberazione n.16 del 20 gennaio 2012 del CIPE per il finanziamento di progetti regionali in materia di controlli sulla contaminazione da diossine”*, rep. atti n.226/CSR del 22/11/2012, con la quale sono state assegnate alla Regione Lazio, per l’anno 2012, risorse economiche pari a Euro 85.042,00 per il finanziamento di progetti regionali in materia di controlli sulla contaminazione da diossine;
- di prendere atto dell’*“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, con la quale sono state assegnate alla Regione Lazio, per l’anno 2012, risorse economiche pari ad Euro 151.878.541,00;
- di recepire 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, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente atto;
- di approvare il *“Piano Regionale 2012”*, 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, l’ASP e l’Istituto Zooprofilattico Sperimentale

segue Decreto n. del

delle Regioni Lazio e Toscana, destinatari dei finanziamenti, a fare quanto necessario per implementare le linee di attività in maniera conforme a quanto previsto dal Piano Regionale 2012, 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 2012, entro e non oltre il 31 marzo 2013 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 la Direzione Regionale Programmazione Sanitaria e Risorse del Servizio Sanitario Regionale e la Direzione Regionale Assetto Istituzionale, Prevenzione e Assistenza territoriale, a porre in essere gli atti di rispettiva competenza per assicurare la piena attuazione del presente provvedimento e di procedere alla rettifica degli eventuali impegni di spesa provvisoriamente assunti.

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.

FILIPPO PALUMBO

PIANO SANITARIO REGIONALE 2012

INDICE

N.	DESCRIZIONE	PAGINA
1.1	Miglioramento della rete assistenziale	2
1.2	Miglioramento della rete assistenziale: Continuità delle cure in un sistema integrato	6
2.1	La non autosufficienza: la rete dei servizi territoriali per la non autosufficienza	10
2.2	La non autosufficienza: assistenza ai pazienti affetti da malattie neurologiche degenerative e invalidanti	14
2.3	La non autosufficienza: assistenza ai pazienti affetti da Demenza	17
3	La promozione di modelli organizzativi e assistenziali dei pazienti in stato vegetativo e di minima coscienza	22
4	Cure palliative e terapia del dolore	25
5.1.1	Interventi per le biobanche di materiale umano. Sangue cordonale. ASL RM/C	32
5.1.2	Interventi per le biobanche di materiale umano. Sangue cordonale. Policlinico Umberto I	36
5.2	Interventi per le biobanche di materiale umano. Tessuto Muscolo - Scheletrico	39
6.1	Sanità penitenziaria: la tutela delle detenute sottoposte a provvedimenti penali e della loro prole	45
6.2	Sanità penitenziaria: la salute mentale	48
6.3	Sanità penitenziaria: la salute dei minori	52
6.4	Sanità penitenziaria: sistema informativo	56
8.1	Tutela della maternità: favorire l'allattamento al seno anche attraverso l'integrazione ospedale territorio	60
8.2	Tutela della maternità: razionalizzazione dell'attività di ricovero pazienti in età evolutiva	65
8.3	Tutela della maternità: realizzazione e monitoraggio rete di assistenza perinatale	69
8.4	Tutela della maternità: supporto alle gravidanze in condizioni di "vulnerabilità" e prevenzione dell'interruzione volontaria di gravidanza	72
9	Malattie rare	76
12	Latium Mental Health	81
13	Piano Nazionale della Prevenzione	87
14	Contrasto alle disuguaglianze in sanità	90
15	Promozione dell'approccio di genere in sanità	96
16	Diagnosi di infezione da HIV	101
17	Promozione di rete nazionale per i tumori rari	110
18	Sorveglianza epidemiologica Amianto	112
19	Controlli sulla contaminazione da diossine	116

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	2012
REFERENTE	Dott. Valentino Mantini

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€37.269.635,00
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2012	100%
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	<p>Il mutamento di prospettiva necessario a riequilibrare nel Lazio il sistema sanitario, nelle sue componenti ospedaliera e territoriale, implica un trasferimento consistente di competenze, professionalità, attività, servizi e risorse verso il territorio.</p> <p>In particolare si ritiene ormai improrogabile il riorientamento dell'intera offerta assistenziale, volta non solo ad assicurare adeguate risposte agli eventi acuti correlati all'aumento della prevalenza e dell'incidenza di patologie cronicodegenerative, ma soprattutto a garantire efficaci strategie preventive e pro-attive (<i>chronic care model</i>), assicurando altresì, l'attivazione di presidi assistenziali che consentano di affrontare e gestire, in un'ottica di continuità delle cure, le problematiche di salute connesse agli esiti già manifesti della cronicità.</p>

DESCRIZIONE	<p>Il CECAD si configura come struttura a vocazione multifunzionale ed a gestione multiprofessionale/multidisciplinare, orientata, in particolare, alla presa in carico delle condizioni di fragilità e di complessità assistenziale collegate alla cronicità ed alla risoluzione di problematiche acute che non necessitano di degenza ospedaliera in acuzie.</p> <p>Esso prevede al suo interno diverse funzioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Core (Punto Unico di Accesso, Specialistica ambulatoriale, Ambulatorio infermieristico/Infermieristica di comunità, Diagnostica di base, Continuità assistenziale -ex guardia medica, Assistenza domiciliare integrata); ● Moduli funzionali aggiuntivi (Distribuzione di farmaci ed erogazione di presidi e ausili, Forme di aggregazione dei MMG/PLS, Specialistica ambulatoriale di livello complesso); ● Moduli funzionali caratterizzanti (Degenza infermieristica, Assistenza in emergenza); ● Moduli residenziali sociosanitari e sociali. <p>L'attività del CECAD si caratterizza per modalità operative integrate e percorsi di continuità assistenziale.</p> <p>I Decreti del Commissario ad Acta n. 80/2010, n.111/2010 e n.113/2010 definiscono il modello del Centro Clinico Assistenziale Distrettuale (CECAD) e individuano le strutture ospedaliere da riconvertire presso cui attivare tali Centri.</p> <p>Il processo di riconversione dei Presidi Ospedalieri in attività territoriali proseguirà anche nel corso dell'anno 2012.</p> <p>Nel corso dell'anno infatti, si programmeranno degli specifici incontri con le Direzioni Generali delle Aziende USL nelle quali insistono strutture ospedaliere interessate alla riconversione in attività territoriali, per verificare lo stato di attuazione dei processi di riqualificazione e riorganizzazione, le condizioni logistiche, organizzative e la traduzione operativa delle indicazioni contenute nella normativa regionale.</p> <p>In ottemperanza alla normativa regionale i Presidi Ospedalieri, oggetto del processo di riconversione, sono i seguenti:</p> <p>ASL RMA Ospedale Nuovo Regina Margherita</p> <p>ASL RMF Ospedale "Padre Pio" di Bracciano</p> <p>ASL RMG Ospedale "A. Angelucci" di Subiaco Ospedale "SS. Gonfalone" di Monterotondo Ospedale "SS. Salvatore" di Palombara Sabina Ospedale "San Giovanni Battista" di Zagarolo</p> <p>ASL RMH</p>
-------------	---

	<p>Ospedale “Spolverini” di Ariccia Ospedale “Cartoni” di Rocca Priora Ospedale “Villa Albani” di Anzio</p> <p>ASL VT Ospedale Civile di Acquapendente Ospedale di Montefiascone Ospedale Sant’Anna di Ronciglione</p> <p>ASL RI Ospedale “FrancescoGrifoni” di Amatrice Ospedale “M. Marini” di Magliano Sabina</p> <p>ASL LT Ospedale “San Carlo” di Sezze; Ospedale “Luigi di Liegro” di Gaeta Ospedale Civile di Minturno</p> <p>ASL FR Hosp. Riabilitativo “Ferrari” di Ceprano Hosp. Riabilitativo Civico di Ferentino Ospedale Civile di Ceccano Ospedale Civile della Croce di Atina Ospedale Civile in memoria dei caduti – Isola del Liri Ospedale Civile “Santa Croce” di Arpino Ospedale Civile del Prete di Pontecorvo Ospedale Civile di Anagni</p> <p>Inoltre, nei territori delle ASL RMC e ASL RMD sono previsti parziali processi di riconversione a sostegno del potenziamento dell’assistenza territoriale.</p> <p>Si evidenzia, tra le scelte programmatiche dell’anno 2012, l’indicazione per quanto attiene ai punti di primo intervento di configurarli quali moduli di emergenza di tipo A (ai sensi del DCA n.80/2010).</p> <p>Si sottolinea, inoltre, che per quanto riguarda l’offerta residenziale destinata a persone non autosufficienti, anche anziane, l’indicazione regionale è prioritariamente finalizzata alla programmazione di posti residenziali di tipo estensivo anche per persone con disturbi cognitivo-comportamentali.</p> <p>Quanto sopra delineato dovrà essere coerente con la programmata complessiva riorganizzazione dell’offerta territoriale nelle sue componenti residenziali e domiciliari.</p>
<p>OBIETTIVI</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Condivisione con le Direzioni Aziendali delle linee operative per la riconversione 2) Monitoraggio delle attività territoriali in essere presso i CECAD 3) Predisposizione di uno schema di intesa per il completamento della riconversione delle strutture ospedaliere 4) Qualificazione/potenziamento delle linee di attività territoriali

	svolte dalle strutture oggetto di riconversione
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	2012
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	- disponibilità di specifiche schede per Aziende USL, relative al processo di riconversione - numero di CECAD, parzialmente o totalmente, attivati
RISULTATI ATTESI	Consolidamento/potenziamento e riorganizzazione parziale o totale dell'assistenza territoriale attraverso il processo di riconversione ospedaliera.

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 RM A	€ 8.216.865,63
ASL RM B	€ 0,00
ASL RM C	€ 2.186.952,00
ASL RM D	€ 155.173,08
ASL RM E	€ 0,00
ASL RM F	€ 0,00
ASL RM G	€ 5.785.000,00
ASL RM H	€ 1.500.000,00
ASL VITERBO	€ 1.500.000,00
ASL RIETI	€ 9.092.264,00
ASL LATINA	€ 134.000,00
ASL FROSINONE	€ 8.699.380,29
TOTALE	€ 37.269.635,00

**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	2012
REFERENTE	Dott. Valentino Mantini Dott. Salvatore Mannino

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€700.000,00
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2012	100%
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO**AZIENDA EMERGENZA SANITARIA 118 LAZIO**

Continuità delle cure in un sistema integrato: modelli organizzativi 118 e Centrale d'Ascolto.

CONTESTO	<p>Nell'ambito dei programmi Nazionale e Regionali di razionalizzazione della spesa sanitaria si inseriscono i progetti di riorganizzazione della rete ospedaliera, in un'ottica non disgiunta con il territorio.</p> <p>I piani di riordino attribuiscono all'ospedale il ruolo di trattamento delle patologie acute o che richiedono un alto livello specialistico.</p> <p>In tale ambito s'inseriscono i nuovi modelli organizzativi integrati territorio – ospedale con l'obiettivo di meglio rispondere ed assicurare la fruibilità dei servizi sanitari alle necessità di salute della popolazione.</p> <p>I nuovi concetti di appropriatezza organizzativa delle prestazioni sanitarie sviluppano modelli organizzativi di erogazione delle cure diversificati, adattabili ai diversi contesti territoriali, con una logica di integrazione tra i diversi livelli dell'assistenza e i nuovi percorsi assistenziali caratterizzati da approcci multidisciplinari.</p> <p>In tale ambito può svolgere un ruolo fondamentale l'integrazione funzionale ed operativa tra i servizi di emergenza territoriale "118" e quelli di assistenza primaria alla popolazione "Continuità Assistenziale".</p>

DESCRIZIONE	<p>L'Azienda Regionale Emergenza Sanitaria 118 del Lazio (ARES 118), definita con la Legge Regionale n.9 del 3/8/2004, gestisce le Centrali Operative 118 e la Centrale di Ascolto della Continuità Assistenziale. E' organizzata in cinque Centrali Operative Provinciali (C.O.P.) e una Centrale Operativa Regionale (C.O.R.).</p> <p>L'ARES 118, Azienda Sanitaria ha come "mission" quella di assicurare la risposta alle richieste sanitarie del 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.</p> <p>La C.O.P. 118 è organizzata con una autonoma Centrale di Ascolto Provinciale e 80 Postazioni sede di 120 mezzi di soccorso.</p> <p>La Centrale Operativa Regionale ARES 118 coordina la ricerca posto letto e il trasporto secondario inter-ospedaliero in area critica, avvalendosi di una rete di collegamento informatico-tecnologica con tutte le strutture Ospedaliere e di Alta Specialità della Regione Lazio.</p> <p>La C.O.R. inoltre, 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).</p>
OBIETTIVI	<p>Obiettivo primario - "Sviluppare un percorso organizzativo integrato tra la Centrale 118 e la Centrale d'Ascolto della Continuità Assistenziale nell'ambito del territorio metropolitano della Città di Roma."</p> <p>La C.A. sulla base dell'Atto Aziendale dell'ARES 118 del 20.10.2006, è individuata quale Unità Operativa Semplice (U.O.S.) ed è area funzionale ed organizzativa dedicata alle attività della Continuità Assistenziale.</p> <p>La C.A. di Roma e Provincia, al fine di garantire una presa in carico continuativa del bisogno sanitario fin dal momento della prima chiamata, (7 giorni su 7 h 24.00) opera e si integra con le attività della C.O.P. 118, con le attività dei Medici di Guardia medica, Medici di Medicina Generale, Pediatri di libera scelta, ecc, con i servizi distrettuali sanitari presenti sul territorio e con i servizi, non espressamente sanitari, ma interessati da interventi in urgenza (Forze dell'ordine, Polizia Municipale, Vigili ecc.).</p> <p>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 - RMG).</p> <p>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.</p> <p>L'attività integrata della C.A. con le attività della C.O.P. 118 realizza il primo momento di accoglienza della domanda di salute della popolazione e attiva una mirata e concreta presa in carico del bisogno di salute espresso.</p> <p>L'integrazione del servizio del Sistema 118 con la C.A. (ex Guardia medica) consente, a seguito di richiesta di intervento, di codificare secondo i criteri di gravità la appropriata risposta sanitaria.</p> <p>La intercettazione effettuata da C.A. e/o C.O.P. di condizioni cliniche</p>

	<p>con codici di gravità rosso e giallo determina una immediata risposta sanitaria.</p> <p>La modalità organizzativa già attuata con successo in altre situazioni, quali le epidemie da virus influenzali stagionali e H1N1, si basa su un ampliamento delle capacità di risposta e accoglienza della Centrale di Accoglienza con un collegamento diretto e dedicato con la Centrale operativa Provinciale 118 di Roma e Provincia.</p> <p>Ampliamento dell'attività della C.A. nelle ore notturne e diurne dei giorni feriali e/o prefestivi e festivi dovrebbe consentire di implementare l'attività della C.A. con l'obiettivo di razionalizzare le risorse presenti sul territorio e rispondere con maggiore efficacia al bisogno di salute della popolazione e ridurre gli accessi impropri alle strutture sede di pronto soccorso e di decongestionare l'afflusso telefonico alla C.O.P. 118.</p> <p>Si prevede:</p> <ul style="list-style-type: none"> - implementazione nella Sala Operativa del personale sanitario medico e di supporto (n. 4 medici e personale centralinista di supporto); - attivazione di idonei collegamenti tecnologici per garantire l'accesso e l'interscambio dei dati con la Centrale 118 e le Strutture periferiche territoriali; - collegamento funzionale ed operativo con gli altri attori responsabili del processo di risposta territoriale ai bisogni sanitari della popolazione; <p>ASL e strutture del territorio o UCP – MMG; UTAP e Pediatri di libera scelta o Punti di Primo Intervento – Altri Enti o Associazioni di carattere anche sociale.</p> <p>Obiettivi secondari: Riduzione degli accessi impropri Razionalizzazione delle risorse presenti sul territorio Risposte adeguate ai bisogni della popolazione Incremento delle risposte ai bisogni del cittadino nelle 24 ore Introduzione di nuove tecnologie a supporto di un monitoraggio domiciliare in pazienti cronici Attivazione delle Strutture territoriali di prossimità</p>
<p>TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)</p>	<p>2012</p>
<p>INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)</p>	<p>Indicatore A</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implementazione delle risorse mediche di CA con funzione di filtro e risposta per acquisire le richieste pervenute sul numero 118 e limitare impiego di ambulanze • Valore attuale = 2,0 • Valore target previsto 2,5

	<p>Indicatore B</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implementazione delle procedure condivise d'intervento per situazioni di particolare impegno o complessità (TSO- Decesso) • Valore attuale – presenza di modalità non condivise • Valore target previsto – presenza di almeno una procedura condivisa <p>Indicatore C</p> <ul style="list-style-type: none"> • Shunt delle richieste d'intervento per situazioni di particolare impegno o complessità (TSO- Decesso) dalla Centrale 118 verso la Centrale di CA • Valore attuale - n.v. • Valore target previsto - 90 % delle richieste pervenute al 118 nelle ore di attività della Guardia Medica con intervento del Medico di CA sul posto <p>Indicatore D</p> <ul style="list-style-type: none"> • Attivazione di Piani di attività per situazioni eccezionali o straordinarie anche di Allarme per situazioni di Maxiemergenza onde limitare l'intervento dei mezzi di soccorso 118, • Valore attuale - non presente • Valore target previsto – presenza di almeno una procedura e sua applicazione, ove necessario.
RISULTATI ATTESI	<ul style="list-style-type: none"> • 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. • Evitare il ricorso improprio ai PS/ DEA ospedalieri • Attuare il principio della risposta “graduata” ai bisogni espressi, garantendo equità di utilizzo dei servizi a parità di bisogno • Migliorare la risposta a situazioni straordinarie o di particolare impegno • Migliorare la risposta a situazioni di Maxiemergenza • Favorire la cultura dell'integrazione e dello scambio tra i diversi attori del SSR.

DESTINATARI DEL FINANZIAMENTO E CRITERI DI RIPARTIZIONE

Il finanziamento è interamente destinato all'ARES 118.

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	2012
REFERENTE	Dott. Mantini Valentino

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€19.071.154,00
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2012	100%
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	Coerentemente con i contenuti della linea progettuale definiti per l'anno 2011, la normativa regionale inerente i principali atti programmatici per gli anni 2011-2013 (DPCA 111/10) 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	<p>Il progetto per la non autosufficienza prevede i seguenti ambiti di attività:</p> <p>(1) Punto Unico di Accesso (PUA)</p> <p>Si prevede la prosecuzione delle attività avviate con l'Accordo con il Ministero della Salute, avente ad oggetto "Servizi Sociosanitari: Punto Unico di Accesso" e proseguite nell'ambito di quanto disciplinato dalla Deliberazione della Giunta regionale n. 315/2011 "Il Punto Unico di Accesso sociosanitario integrato nella Regione Lazio – Linee d'Indirizzo" - che ha approvato gli elementi utili a supportare gli operatori per strutturare la funzione PUA ed orientare le persone all'accesso tramite il Punto Unico di Accesso, ai servizi sanitari, sociali e sociosanitari.</p> <p>Si prevedono inoltre:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ la prosecuzione delle iniziative di formazione/informazione quale supporto all'implementazione delle Linee di indirizzo, in continuità con l'attività formativa svolta nel 2011; ▪ consolidamento/potenziamento dei PUA già attivi e incremento del numero di PUA regionali; ▪ avvio della procedure di gara per la realizzazione di un sistema informativo per l'assistenza territoriale, con particolare riferimento alla funzione PUA; ▪ monitoraggio dello stato di attivazione dei PUA. <p>(2) Valutazione Multidimensionale (VMD) e Piano di Assistenza Individuale (PAI) Si prevede:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ la prosecuzione dei lavori del Gruppo regionale di coordinamento dei Centri di Assistenza Domiciliare (CAD) e della programmazione delle azioni per la qualificazione degli stessi, con particolare riferimento al supporto all'elaborazione degli elementi minimi utili per la valutazione multidimensionale e del PAI; ▪ l'avvio della Valutazione Multidimensionale rivolta alle persone con disabilità (adulti e minori) nell'ambito dei servizi territoriali; ▪ il consolidamento/potenziamento delle attività delle Unità valutative distrettuali già operanti; ▪ la prosecuzione dei percorsi formativi rivolti agli operatori coinvolti nella VMD, con particolare riferimento alle persone anziane e alle persone con disabilità; ▪ il consolidamento/potenziamento dell'attività di assistenza domiciliare finalizzata alla gestione dei PAI per le persone non autosufficienti, anche anziane. <p>(3) Sistema informativo ADI ed RSA Si prevede:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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)
<p>OBIETTIVI</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Avvio delle attività del Tavolo PUA, a supporto della implementazione di quanto disciplinato dalla Deliberazione della Giunta regionale n. 315/2011; 2) Prosecuzione dei percorsi formativi rivolti agli operatori PUA delle ASL e degli Enti Locali con riferimento alle Linee di indirizzo regionali; 3) Consolidamento/potenziamento delle attività dei PUA già attivi e incremento del numero dei PUA regionali; 4) avvio delle procedure di gara per la realizzazione di un sistema informativo per l'assistenza territoriale, comprendente il PUA;

	<p>5) omogeneizzazione dei contenuti minimi relativi alla valutazione multidimensionale nell'ambito dei servizi territoriali relativi all'offerta residenziale, semiresidenziale e domiciliare per persone non autosufficienti, anche anziane e per persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale;</p> <p>6) potenziamento della funzione di VMD presso i servizi territoriali, compresa l'attività di formazione per gli operatori coinvolti;</p> <p>7) individuazione degli elementi minimi relativi al modello regionale di PAI;</p> <p>8) consolidamento/potenziamento dell'assistenza domiciliare per le persone non autosufficienti;</p> <p>9) Miglioramento della completezza e della qualità delle informazioni dei Sistemi informativi SIRA e SIAD.</p>
<p>TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)</p>	<p>2012</p>
<p>INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - provvedimento formale di nomina dei componenti del Tavolo PUA; - numero di eventi formativi relativi al PUA e numero di operatori coinvolti - numero di operatori impegnati nei PUA e numero di nuovi PUA attivati - atti relativi all'avvio delle procedure di gara per la realizzazione di un sistema informativo per l'assistenza territoriale, comprendente il PUA; - disponibilità del documento relativo dei contenuti minimi relativi alla valutazione multidimensionale; - disponibilità del documento relativo dei contenuti minimi relativi del PAI; - numero di soggetti assistiti a domicilio dalle ASL - numero di informative, volte al miglioramento della qualità delle informazioni rilevate dal SIAD, rese disponibili dall'organo tecnico competente (Laziosanità – ASP) agli operatori, allo scopo di supportare la gestione locale del flusso - 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.
<p>RISULTATI ATTESI</p>	<p>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.</p>

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	€ 1.696.852,42
ASL RM B	€ 2.221.158,57
ASL RM C	€ 1.860.167,22
ASL RM D	€ 1.841.248,96
ASL RM E	€ 1.756.695,89
ASL RM F	€ 1.002.667,97
ASL RM G	€ 1.629.287,19
ASL RM H	€ 1.643.958,49
ASL VITERBO	€ 1.169.457,56
ASL RIETI	€ 655.189,66
ASL LATINA	€ 1.749.746,33
ASL FROSINONE	€ 1.844.723,74
TOTALE	€ 19.071.154,00

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	2012
REFERENTE	Dott. Valentino Mantini

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€2.119.017,00
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2012	100%
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>Gli elementi sopra espressi evidenziano una complessità che impone un <i>continuum</i> assistenziale basato sulla presa in carico globale del</p>
----------	---

	<p>paziente.</p>
DESCRIZIONE	<p>Si continuano gli interventi attuati nel 2011, mettendo a regime le attività, già oggetto di sperimentazione nei territori dell'Azienda USL RM/A e dell'Azienda USL RM/C, relative al percorso assistenziale nei confronti delle persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica.</p> <p>Si identificano i nodi e le funzioni della rete assistenziale regionale, utili alla strutturazione di percorsi assistenziali diversi, fra loro complementari e comunicanti, in grado di modulare una risposta flessibile alle esigenze dei pazienti affetti da malattie neurologiche degenerative e invalidanti, così schematizzabili:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Punto Unico di Accesso (PUA) • Riabilitazione ad alta intensità post-acuzie • Assistenza domiciliare • Residenzialità temporanea • Cure palliative domiciliari e residenziali • Residenzialità a tempo indeterminato • Equipe multidisciplinare • Integrazione ospedale- territorio <p>Si intende, infatti, pianificare una fattiva collaborazione di tutte le realtà interessate, migliorare l'integrazione delle professionalità e degli interventi nei vari ambiti coinvolti nel percorso: tra territorio ed ospedale, tra i servizi territoriali, tra servizi sociali e sanitari ecc.</p> <p>Organizzare un'equipe multidisciplinare/multiprofessionale per la presa in carico dei malati che hanno avuto accesso alle strutture territoriali attraverso l'ospedale, il PUA, gli altri servizi territoriali, il medico di medicina generale ed altri canali specifici.</p> <p>L'equipe è chiamata a svolgere attività di supporto al paziente ed alla famiglia, il monitoraggio delle condizioni cliniche e la circolazione delle informazioni per l'appropriato funzionamento della rete assistenziale, attraverso vie di comunicazioni preferenziali, visite multiprofessionali, generalmente domiciliari e l'elaborazione di un piano assistenziale individuale, da formalizzarsi con apposito provvedimento regionale.</p> <p>Si intendono attivare iniziative volte alla formazione, comunicazione, e informazione, in quanto rappresentano il cardine dell'efficacia e</p>

	<p>dell'appropriatezza degli interventi, la continuità della metodologia e la certezza della qualità.</p> <p>Si vuole quindi realizzare con maggior incisività, efficacia, sinergia, e sistematizzare su tutto il territorio regionale, un percorso di accompagnamento, condivisione e sollievo delle problematiche delle persone affette da malattie neurologiche degenerative e invalidanti e delle loro famiglie.</p>
OBIETTIVI	Consolidamento/potenziamento del modello di presa in carico globale delle persone affette da malattie neurologiche degenerative e invalidanti in tutte le ASL regionali, nella rete dei servizi territoriali.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	2012
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	- numero pazienti seguiti, per percorso
RISULTATI ATTESI	Individuare i punti della rete dei servizi su cui sviluppare il percorso assistenziale per le malattie neurologiche degenerative e invalidanti al fine di garantire la 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	€ 188.592,50
ASL RM B	€ 247.924,99
ASL RM C	€ 207.663,67
ASL RM D	€ 205.544,65
ASL RM E	€ 194.949,56
ASL RM F	€ 112.307,90
ASL RM G	€ 180.116,45
ASL RM H	€ 182.235,46
ASL VITERBO	€ 129.260,04
ASL RIETI	€ 72.046,58
ASL LATINA	€ 192.830,55
ASL FROSINONE	€ 205.544,65
TOTALE	€ 2.119.017,00

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	2012
REFERENTE	Dott. Valentino Mantini

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	Euro 2.119.017,00
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2012	100%
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>A tale proposito, il PSR propone una riorganizzazione delle UVA</p>
-----------------	--

	<p>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.</p>
<p>DESCRIZIONE</p>	<p>Con determinazione n. B6714 del 26/10/2011 la R.L. ha provveduto a costituire 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.</p> <p>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.</p> <p>In data 09/12/2011 è stata richiesta ai Direttori Generali delle AASSLL l’adesione alle linee di indirizzo generali indicate nel suddetto documento.</p> <p>La riorganizzazione delle 34 UVA regionali in Centri diagnostici specialistici per le demenze e in Centri territoriali per le demenze avrà 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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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</p>

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.

Tali centri dovranno, quindi, effettuare in modo diretto:

- *l'accertamento della diagnosi;*
- *il trattamento farmacologico e psicosociale (sia per il disturbo cognitivo che per il controllo dei disturbi comportamentali);*
- *i successivi follow-up per il monitoraggio dei suddetti trattamenti in relazione all'evoluzione della malattia.*

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 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).

Tali centri dovranno, quindi, effettuare in modo diretto:

- *l'accertamento della diagnosi;*
- *il trattamento farmacologico (per il disturbo cognitivo e per il controllo dei disturbi comportamentali) e non farmacologico (riattivazione cognitiva, terapia di orientamento alla realtà, terapia occupazionale);*
- *i successivi follow-up per il monitoraggio dei trattamenti suddetti, in relazione all'evoluzione dei disturbi cognitivo-comportamentali;*
- *l'attività informativa, di counselling e di sostegno psicologico per i familiari.*

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.

Si prevede che lo specifico Gruppo di lavoro regionale predisponga apposite Linee di indirizzo per l'applicazione di quanto rappresentato nel sopracitato "Macropercorso per la riorganizzazione e la riqualificazione dei servizi dedicati alle persone affette da demenza", attraverso l'elaborazione di un documento di indirizzo operativo relativo alla modalità di riorganizzazione dell'offerta UVA, nell'ottica della presa in carico globale del soggetto affetto da demenza.

<p>OBIETTIVI</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● elaborazione di un documento di indirizzo operativo relativo alla modalità di riorganizzazione dell'offerta UVA, nel quale saranno definiti: <ul style="list-style-type: none"> - lo stato dell'offerta assistenziale dedicata a tale patologia, - la rete dei servizi e i percorsi assistenziali per i soggetti affetti da demenza, - la riorganizzazione delle UVA in "Centri diagnostici specialistici" e "Centri territoriali esperti" per le demenze; ● Applicazione delle suddette linee di indirizzo da parte delle Direzioni aziendali, con l'invio ai competenti uffici regionali del documento complessivo di riordino delle UVA. ● Consolidamento/potenziamento della presa in carico dei pazienti affetti da demenza.
<p>TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)</p>	<p>Entro dicembre 2012: adesione al progetto generale di riorganizzazione del 100% delle UVA regionali.</p> <p>Entro dicembre 2012: adozione delle linee di indirizzo indicate nel " Documento di indirizzo operativo per la riorganizzazione e la riqualificazione dei servizi dedicati alle persone affette da demenza" da parte di almeno il 60% delle Direzioni Aziendali.</p>
<p>INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Disponibilità del " Documento di indirizzo operativo per la riorganizzazione e la riqualificazione dei servizi dedicati alle persone affette da demenza". - Numero di UVA aderenti al progetto di riorganizzazione - Iniziative volte alla formazione, comunicazione, informazione relativa alla riorganizzazione delle UVA regionali - Qualificazione dei Centri coinvolti nel progetto
<p>RISULTATI ATTESI</p>	<p>Adozione delle Linee di indirizzo indicate nel " Documento di indirizzo operativo per la riorganizzazione e la riqualificazione dei servizi dedicati alle persone affette da demenza".</p> <p>Invio ai competenti uffici regionali del documento complessivo di riordino delle UVA da parte di almeno il 60% delle Direzioni Aziendali.</p>

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	€ 188.592,50
ASL RM B	€ 247.924,99
ASL RM C	€ 207.663,67
ASL RM D	€ 205.544,65
ASL RM E	€ 194.949,56
ASL RM F	€ 112.307,90
ASL RM G	€ 180.116,45
ASL RM H	€ 182.235,46
ASL VITERBO	€ 129.260,04
ASL RIETI	€ 72.046,58
ASL LATINA	€ 192.830,55
ASL FROSINONE	€ 205.544,65
TOTALE	€ 2.119.017,00

**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	2012
REFERENTE	Dott. Valentino Mantini

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 2.119.017,00
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2012	100%
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	<p>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.</p> <p><i>(Multi-Society Task Force, 1994, American Congress of Rehabilitation of Medicine, Arch. Phys. Med. Rehabil. 1995; 76: 205-9).</i></p>
----------	--

	<p>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).</p> <p>Nella Regione Lazio si ravvisa la necessità di definire 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.</p>
DESCRIZIONE	<p>Il progetto prevede:</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'approvazione di provvedimenti regionali relativi alla riorganizzazione dell'offerta residenziale extraospedaliera comprendente anche il livello intensivo, comprensivi della determinazione del fabbisogno e dei requisiti organizzativi; - l'approvazione di un provvedimento relativo alla funzione di Valutazione Multidimensionale (UVM) al fine di organizzare il rientro domiciliare in condizione di protezione della persona in SV, SMC; - il consolidamento delle attività dei posti intensivi residenziali extraospedalieri attivati dedicati a soggetti in SV e SMC; - la presa in carico domiciliare di soggetti in SV e SMC in ASL del territorio regionale.
OBIETTIVI	<ul style="list-style-type: none"> • Consolidamento dell'attività assistenziale residenziale intensiva extraospedaliera per soggetti in SV e SMC • Qualificazione e rafforzamento delle attività assistenziali domiciliari per soggetti in SV e SMC
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	2012

INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	<ul style="list-style-type: none"> - numero di posti residenziali attivati 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 a domicilio, per ASL - disponibilità di provvedimenti regionali relativi alla organizzazione della residenzialità intensiva e alla valutazione multidimensionale
RISULTATI ATTESI	Consolidamento e qualificazione dell'offerta extraospedaliera residenziale e domiciliare 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	€ 46.192,50
ASL RM B	€ 60.724,99
ASL RM C	€ 50.863,67
ASL RM D	€ 50.344,65
ASL RM E	€ 47.749,56
ASL RM F	€ 27.507,90
ASL RM G	€ 44.116,45
ASL RM H	€ 44.635,46
ASL VITERBO	€ 31.660,04
ASL RIETI	€ 17.646,58
ASL LATINA	€ 47.230,55
ASL FROSINONE	€ 50.344,65
A.O. San Camillo Forlanini per implementazioni p.l. UCRI	€ 1.600.000,00
TOTALE	€ 2.119.017,00

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	2012
REFERENTE	Dirigente Area Programmazione della Rete Ospedaliera e Ricerca Dr Salvatore Mannino e Dirigente Area Programmazione dei servizi territoriali e delle attività distrettuali e dell'integrazione socio sanitaria Dr. Valentino Mantini
ASPETTI FINANZIARI	
COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 10.595.085,00
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2012	100%
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	
IL PROGETTO	
CONTESTO	<p>I DPCA 83 e 84 del 2010 hanno costituito le reti assistenziali del dolore cronico non oncologico e delle cure palliative.</p> <p>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.</p> <p>La DGR 87 del 2010 individua il modello assistenziale delle cure palliative pediatriche.</p> <p>Nel 2011 risultano attivi (DPCA 23/2011) n. 211 posti letto residenziali in Hospice e 844 domiciliari.</p>
DESCRIZIONE	<p>I progetti sono in continuità con quanto già previsto nel 2010 e 2011.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adempimenti Legge 38/2010 art. 6 e art.7 • Attivazione di tavoli di coordinamento per l'attuazione delle Reti dei DPCA 83/2010 e 84/2010

OBIETTIVI

A) dolore cronico non oncologico

1) Consolidamento delle attività e funzioni della rete secondo il DPCA 83/2010 presso le strutture sanitarie del Lazio.

2) Prosecuzione della ricognizione finalizzata alla riorganizzazione della Rete dedicata alla terapia del dolore.

-la procedura è attivata (da parte dell'Assessorato Sanità e condivisa con il Gruppo di lavoro) per riscontrare le condizioni di appartenenza alla Rete dei Centri Hub, Spoke di I° e II° livello, attraverso la richiesta di compilazione di Schede predisposte, così come previsto dal DPCA 83/2010.

3) Integrazione e modifiche del Gruppo di lavoro costituito dai referenti dei Centri HUB (Policlinico Umberto I e PTV) al fine di migliorare il coordinamento dell'assistenza, favorire la programmazione della attività formative, e progettare iniziative di informazione e comunicazione rivolte agli utenti del Lazio.

4) Raccolta della documentazione pervenuta relativa all'istituzione del Comitato "Ospedale-Territorio senza dolore" presso le strutture sanitarie, come previsto dalla Legge 38/2010,. E sua messa a disposizione per le attività del coordinamento.

5) Predisposizione dei progetti e loro valutazione da parte delle competenti strutture regionali relativamente alla formazione e all'aggiornamento promosse dai Centri HUB (Azienda Policlinico Umberto I e il PTV) riguardanti lo sviluppo di percorsi formativi dedicati ai MMG in tema di terapia del dolore.

I progetti hanno la funzione di migliorare e integrare i percorsi assistenziali del dolore a livello dell'assistenza territoriale e favorire un'interazione tra Medici Specialisti dei Centri del Dolore ed i MMG.

Tali progetti sono anche previsti dall'Accordo del Ministero della Salute prot DGPROG 0034015-P-20/10/2010:

"Proposta di ripartizione delle risorse destinate al finanziamento del progetto ridenominato Ospedale-Territorio senza dolore" di cui al comma 1, dell'art. 6 della Legge 38/2010.

B) Cure Palliative

1) Consolidamento delle attività e funzioni della rete, previste dal DPCA 84/2010, presso le strutture sanitarie del Lazio.

2) Istituzione del Coordinamento della rete ai sensi del DPCA 84/2010.

3) Partecipazione ai Tavoli Ministeriali riguardanti:

- Documento Ministeriale per la definizione dei requisiti e le modalità organizzative necessarie per lo sviluppo della rete di cure palliative, della rete di terapia del dolore e della rete pediatrica, in corso di approvazione.
- Adempimenti per lo sviluppo del Sistema Informativo per il monitoraggio dell'Assistenza erogata presso gli Hospice

4) Svolgimento delle procedure per l'individuazione del Centro di Riferimento di Cure Palliative e Terapia del Dolore Pediatrico e relativo Hospice Pediatrico

- individuazione dei criteri secondo la DGR 87/2010 e il Documento Ministeriale suindicato
- Individuazione dei componenti per la costituzione di un sottogruppo tecnico, nell'ambito del competente Coordinamento regionale delle Cure Palliative Pediatriche, preposto alla definizione dei criteri, alla analisi e valutazione dei progetti.

5) Conclusione della sperimentazione relativa dell'adozione del "Modello Unico di richiesta di presa in carico" per l'accesso ai Centri di Cure palliative che si propone di affrontare l'aspetto clinico e l'aspetto della comunicazione delle condizioni clinico-sociali per il trasferimento/passaggio dall'Ospedale alla assistenza domiciliare e residenziale in Hospice dei pazienti affetti da patologie evolutive a prognosi infausta.

6) 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)	1-12 mesi.
COSTI	A) Dolore non oncologico Euro 5.516.861 B) Cure Palliative Euro 5.078.224,24
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	Entro dicembre 2012 Dolore cronico non oncologico : <ul style="list-style-type: none"> • Consolidamento e potenziamento delle attività e funzioni della Rete del Dolore cronico • Raccolta delle schede di ricognizione per almeno il 60% delle strutture della Rete • Provvedimento per integrare e modificare i componenti del coordinamento della rete • Predisposizione ed invio dei progetti al Ministero, relativi alla formazione dei MMG, Cure Palliative <ul style="list-style-type: none"> • Consolidamento e potenziamento delle attività e funzioni della Rete • Provvedimento di istituzione del Coordinamento della Rete • Costituzione di un sottogruppo tecnico preposto alla definizione dei criteri, e requisiti per l'individuazione del Centro di Riferimento di Cure Palliative e Terapia del Dolore Pediatrico e relativo Hospice Pediatrico con analisi e valutazione dei progetti.
RISULTATI ATTESI	Dolore non oncologico <ul style="list-style-type: none"> • Consolidamento e potenziamento delle attività e delle funzioni delle reti presso le strutture sanitarie del Lazio • Raccolta della documentazione per la verifica dei requisiti per l'accreditamento istituzionale dei Centri Hub per Macroaree e Spoke di I e II Livello anche secondo il Documento Ministeriale per la definizione dei requisiti e le modalità organizzative necessarie per lo sviluppo della rete di cure palliative, della rete di terapia del dolore e della rete pediatrica, in corso di approvazione

	<ul style="list-style-type: none"> • Presentazione al Ministero della Salute dei progetti di formazione e informazione • Raccolta della documentazione relativamente all' istituzione dei Comitati "Ospedale-Territorio senza dolore" <p>Cure Palliative</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consolidamento e potenziamento delle attività e delle funzioni delle reti presso le strutture sanitarie del Lazio • Valutazione dei progetti per l'individuazione del Centro di Riferimento delle Cure Palliative Pediatriche e relativo Hospice pediatrico • Revisione del Modulo di presa in carico
<p>RELAZIONE ANNO 2012</p>	<p>Attivazione delle Reti entro dicembre 2012</p>

Copia

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			Riparto dell'85% della quota vincolata obiettivi PSN tra AO, Irccs e ASL	
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 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	8,91	279846,7
RM B	11,65	367888,4
RM C	9,75	308145,6
RM D	9,65	305001,5
RM E	9,21	289279,7
RM F	5,26	166650,3
RM G	8,54	267269,3
RM H	8,62	270413,7
VT	6,13	191805,0
RI	3,44	106907,7
LT	9,17	286135,4
FR	9,67	305001,5
TOTALE	100,00	3.144.345,00

Tabella 2

totale rete cure palliative euro 5.078.224,4

CURE PALLIATIVE												
RIPARTIZIONE PERCENTUALE PER ASL BASATA SULLA RIPARTIZIONE DELLA QUOTA TERRITORIALE DEL FSR												
RM A	RM B	RM C	RM D	RM E	RM F	RM G	RM H	VT	RI	LT	FR	TOTALE
8,91	11,65	9,75	9,65	9,21	5,26	8,54	8,62	6,13	3,44	9,17	9,67	100%
451961,95	594152,23	497665,97	492587,75	467196,63	269145,88	431649,06	436727,28	309771,68	172659,62	462118,40	492587,75	5.078.224,2

Copia

**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 2012
REFERENTE	Dott. Salvatore Mannino

ASPETTI FINANZIARI	
COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€363.003,90
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2012	100%
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	
DESTINATARIO DEL FINANZIAMENTO	ASL RM/C

IL PROGETTO	
CONTESTO	<p>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.</p> <p>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.</p>

	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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).</p> <p>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 allogene 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.</p> <p>La Banca ha ceduto dal 1999 ad oggi 34 unità destinate al trapianto allogeneico e 5 di queste erano unità dedicate-related (circa il 4% dell'inventario totale in linea con i dati internazionali).</p> <p>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.</p>
DESCRIZIONE	Il progetto prevede l'incremento delle donazioni allogeneiche solidaristiche del sangue del cordone ombelicale, al fine di

	<p>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.</p>
OBIETTIVI	<ul style="list-style-type: none"> • 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)	<p>1) <u>Rendere disponibile un ampio inventario di unità:</u> n° sacche active nel circuito/ n° sacche bancate;</p> <p>2) <u>Garantire un prodotto qualitativamente valido:</u></p>

	<p>n° sacche cedute/anno; n° sacche bancate/n° sacche accettate;</p> <p>3) <u>Garantire un elevato numero di sacche raccolte:</u> n° sacche raccolte/n° parti per Centri Raccolta;</p> <p>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;</p> <p>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;</p>
<p>RISULTATI ATTESI</p>	<p>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.</p> <p>Apertura alla donazione 24h/24 almeno per i Centri di Raccolta situati a Roma.</p> <p>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.</p>

SCHEMA N.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 2012
REFERENTE	Dott. Salvatore Mannino

ASPETTI FINANZIARI	
COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€636.996,10
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2012	100%
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	
DESTINATARIO DEL FINANZIAMENTO	Azienda Policlinico Umberto I

IL PROGETTO	
CONTESTO	<p>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.</p> <p>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.</p>
DESCRIZIONE	<p>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.</p> <p>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</p>

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

	<p>comunemente impiegate.</p> <p>I prodotti ottenuti con le diverse metodiche verranno confrontati in termini di proprietà biologiche e di applicabilità terapeutica.</p>
OBIETTIVI	<ol style="list-style-type: none"> 1) Costituzione 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)	<p>Mese 0-5 – Standardizzazione della metodica di produzione di gel piastrinico da sangue cordonale</p> <p>Mese 6-12 – Produzione e stoccaggio a -80°C dei gel piastrinici prodotti</p>
COSTI	<p><u>Personale</u> N° 2 medici, 2 tecnici , 1 amministrativo</p> <p><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</p> <p><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,</p> <p><u>Servizi</u> Trasporto delle unità dai punti nascita alla Banca</p> <p>Il costo complessivo del progetto è stimato a €636.996,10</p>
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	<ol style="list-style-type: none"> 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	<p>Disporre di una risorsa terapeutica alternativa per i pazienti affetti da ulcere croniche</p>

**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. 5.2 Tessuto Muscolo - Scheletrico
TITOLO DEL PROGETTO	Implementazione della Banca di Tessuto Muscolo - Scheletrico (BTMS) della regione Lazio e della Banca dei Segmenti Vascolari, del percorso globale di sicurezza per minimizzare il rischio infettivologico nelle attività di procurement/prelievo/banking/distribuzione. Approfondimenti clinico-scientifici.
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi
REFERENTE	Salvatore Mannino

ASPETTI FINANZIARI	
COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€600.000,00
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2012	100%
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	
DESTINATARIO DEL FINANZIAMENTO	IRCCS IFO

IL PROGETTO	
CONTESTO	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>I diretti Responsabili Medico e del Sistema Gestione Qualità della BTMS IFO, hanno realizzato un</p>

	<p>Laboratorio di Microbiologia in grado di soddisfare le esigenze della BTMS.</p> <p>Tale Laboratorio rappresenta una struttura satellite del Laboratorio di Microbiologia Centrale dell'Istituto S. Gallicano, dove lavora il personale tecnico della Banca che si occupa sia del frazionamento e aliquotazione dei campioni sierologici dei donatori, sia del campionamento microbiologico dei tessuti, oltre al campionamento microbiologico delle aree, superfici e personale in entrata ed in uscita della BTMS. Ciò significa testare centinaia e centinaia di tamponi e piastre tanto da rendere indispensabile l'adozione di un Sistema di Bact Alert, per poter assicurare il mantenimento di un alto livello di sicurezza dei tessuti e, ovviamente, degli ambienti.</p> <p>Inoltre, il prelievo del tessuto vascolare richiede la presenza del chirurgo formato e addestrato ed, essendo la BTMS dotata di chirurghi ortopedici, è indispensabile, almeno per il primo anno di attività, la presenza di chirurghi vascolari sul campo, per l'addestramento degli stessi. Finalizzato al conseguimento del progetto, è indispensabile ricorrere all'istituto della pronta disponibilità per i succitati chirurghi vascolari che dovranno partecipare con l'équipe BTMS al prelievo da cadavere.</p> <p>Il tessuto vascolare e le valvole cardiache, il cui prelievo è in fase progettuale, richiedono 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 si eseguono in alcuni istituti di Anatomia/Anatomia Patologica e, essendo gli IFO sprovvisti degli strumenti per effettuare tale prova di valutazione, si sta procedendo con la strutturazione della sezione.</p> <p>Da ultimo è in essere la definizione dei sistemi di decontaminazione delle superfici tissutali nella fase post immersione in soluzioni antibiotiche.</p>
DESCRIZIONE	<p>In accordo con la Direzione Generale degli IFO, con il Direttore della S.C. di Patologia clinica dell'Istituto S.Maria e S. Gallicano, i Responsabili Medico e SGQ della BTMS IFO, hanno realizzato una nuova struttura laboratoristica di Microbiologia Tissutale ed Ambientale dedicato 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.</p> <p>Tale progetto, unico peraltro a livello nazionale, è stato realizzato utilizzando in parte i fondi con cui la</p>

	<p>Regione Lazio ha finanziato le attività aggiuntive della Banca, in economicità ed efficienza, in fase di avvio di esercizio.</p> <p>Il servizio di monitoraggio ambientale della BTMS potrà essere reso disponibile per le Sale Operatorie delle Aziende Ospedaliere/Sedi donative, senza costi aggiuntivi per le stesse, nel caso in cui si potrà fruire del finanziamento richiesto.</p> <p>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. Di questa conferma ne deriverebbe un grande beneficio per tutta la chirurgia interventistica, indipendentemente da quella prettamente correlata alla donazione. Il Sistema Bact Alert è in grado di sopperire l'adempimento di tale gigantesca mole di attività.</p> <p>La Banca dei segmenti vascolari è stata attivata ed autorizzata in isorisorse; il Responsabile dei prelievi da donatore cadavere è il Prof. Gianluca Grazi – Direttore della UOC di Chirurgia Epatobiliare IFO – che addestrerà, con i chirurghi della divisione da egli diretta, i chirurghi prelevatori della BTMS. E' quindi necessario avere a disposizione le risorse economiche per finanziare le reperibilità per 365gg anno degli stessi, e le relative indennità di presenza.</p> <p>I tessuti vascolari, come da Linee Guida correnti, devono essere crioconservati in particolari contenitori e sostanze di preservazione, che devono essere acquisiti dalla BTMS.</p> <p>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:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Medico e TSLB di Anatomia Patologica IRE 2. Microscopio a fluorescenza e materiali vari per l'esecuzione dei test. <p>Il test di vitalità consente di validare il tessuto prelevato, corredato, ovviamente, da referti sierologici e microbiologici negativi.</p> <p>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. Sono in corso prove con sostanze decontaminanti, a garanzia della sicurezza del trapianto.</p>
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.

Obiettivi generali

- Potenziare il procurement regionale di tessuto muscolo scheletrico sia da donatore vivente che da donatore cadavere
- Potenziare il procurement regionale di tessuto vascolare sia da donatore vivente che da donatore cadavere
- Realizzare un'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).
- Realizzare la corretta formazione sul prelievo dei tessuti vascolari da donatore vivente e cadavere rivolta ai Medici, Infermieri BTMS e delle sedi donative (vivente).

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

Revisione dei manuali

Obiettivo II

Proseguire con la formazione di grado elevato, su applicazioni inerenti il prelievo, la processazione, la distribuzione ed il trapianto di tessuto muscolo-scheletrico, personale sanitario dei vari profili professionali della BTMS e del personale afferente alle Sale Operatorie delle Aziende

	<p>Ospedaliere/IRCCS/Policlinici universitari che partecipano al progetto regionale di donazione di tessuti (vedi note nei Piani Aziendali Regionali). Coinvolgere, con formazione di grado elevato su applicazioni inerenti il prelievo, la processazione, la distribuzione ed il trapianto di tessuto vascolare, personale sanitario dei vari profili professionali da reclutare in seno alla BTMS e del personale afferente alle Sale Operatorie delle Aziende Ospedaliere/IRCCS/Policlinici universitari che partecipano al progetto regionale di donazione di tessuti.</p> <p>Rispettare le normative vigenti, applicare rigorosamente le Linee guida correnti, mantenere gli standard come disposti dalle Norme ISO armonizzate GMP.</p> <p>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.</p>
<p>TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Revisione dei manuali: entro 31 dicembre 2012 2. Revisione del Percorso di sicurezza (Sierologico e Microbiologico): aggiornamento di procedure e manuali entro 31 dicembre 2012 3. Revisioni di performance per innesto tessuti 4. Realizzazione di ulteriori corsi formativi-informativi d'aula e su campo (Sale Operatorie): entro 31 dicembre 2012
<p>COSTI</p>	<p>I costi per personale, beni, servizi e attività formative sono stimati in €600.000,00</p>
<p>INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)</p>	<p>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, messa a confronto con Banche italiane già consolidate, Treviso e Bologna, con le quali esistono da tempo relazioni formali.</p> <p>Indicatori di processo: analisi dei risultati microbiologici dei tessuti e dell'ambiente, comparazione con il pregresso, formalizzazione di una nuova tempistica ottimizzata dal sistema da adottare</p>

	<p>(Bact Alert), riesame dei report micro ambientali delle Sale Operatorie, adozione di eventuali prescrizioni.</p> <p>Indicatori di risultato: numero di donatori, numero test microbiologici tissutali negativi, numero test microbiologici ambientali negativi, riduzione costi con l'implementazione della distribuzione.</p>
<p>RISULTATI ATTESI</p>	<p>A medio termine (6 mesi)</p> <p>Certificazione del Centro Nazionale Trapianti, Certificazione ISO 9001:2008.</p> <p>Incremento delle donazioni</p> <p>Aumento dei tessuti con assenza di crescita microbica</p> <p>Aumento della produzione di materiali processati da immettere nella distribuzione regionale e nazionale.</p>

Copia

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 o sottoposte ad altre misure limitative della libertà con minori sino a tre anni”.
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 2012	100%
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	<p>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.</p> <p>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</p>
----------	---

	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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 .</p>
DESCRIZIONE	<p>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. E' stato portato a termine il progetto di ricerca "Madri e bambini in carcere: analisi dello stato di salute e del percorso di separazione" con comunicazione dei dati al congresso scientifico internazionale del 15 ottobre 2010.</p> <p>E' stato istituito sia il tavolo di lavoro con i referenti istituzionali per i percorsi di affidamento extra familiare sia una prassi organizzativa di riunioni periodiche tra la ASL Roma B e la direzione del carcere femminile di Rebibbia per le esigenze del nido penitenziario.</p>
OBIETTIVI	<p>Messa a regime dell'attività di una équipe specialistica per il nido con particolare riguardo al mantenimento in essere di almeno i medesimi livelli assistenziali con particolare riguardo alle puericultrici.</p>

	Istituzionalizzazione della rete di cui sopra.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	T0 – T6 – T12, verifica dello status di mantenimento di tutte le attività già precedentemente stabilite.
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	<ol style="list-style-type: none"> 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” 5) numero delle sedute dei 2 gruppi attivati.
RISULTATI ATTESI	<ul style="list-style-type: none"> • 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 2012	Importo
Roma B	C.C. Fem.le Rebibbia	388	1.087.070,00
Roma F	C.C.Civitavecchia	44	123.275,00
Latina	C.C. Latina	32	89.655,00
Lazio		464	1.300.000,00

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 2012	100%
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	<p>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.</p> <p>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</p>
----------	---

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 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	<p>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.</p> <p>Nel corso del 2011 è stata sottoscritta la convenzione tra le AASSLL e l'Istituto Nazionale Malattie Infettive L.Spallanzani.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>
OBIETTIVI	<p>Obiettivo generale:</p> <p>Diminuzione degli episodi di auto ed eterolesionismo grave.</p>
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	T0- T6 – T12 mesi verifica del mantenimento in essere degli obiettivi raggiunti con le annualità precedenti.
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	<ol style="list-style-type: none"> 1) Report specifici trimestrali sull'attività svolta 2) numero di interventi effettuati
RISULTATI ATTESI	<p>Durante e alla fine di questo progetto i risultati attesi sono i seguenti:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. Dminuzione 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 12% ed è stato riattribuito per il 10% alla ASL Roma D, per il 10% alla ASL Roma e e il restante 80% alla ASL Roma A.

ASL	Detenuti Presenti 2012	
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	7139	1.300.000,00

**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	€775.000,00
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2012	100%
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	<p>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.</p> <p>A decorrere dalla data di entrata in vigore del decreto, sono state trasferite al Servizio Sanitario Nazionale tutte le funzioni sanitarie svolte</p>
----------	---

	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>
DESCRIZIONE	<p>Attività o campagne di informazione sanitaria generale ed alimentare in particolare completeranno la progettazione in atto.</p> <p>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.</p>
OBIETTIVI	<p>1. Migliorare gli aspetti metodologici, organizzativi e procedurali</p>

	<p>degli interventi svolti entro le strutture di pena.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Approntare una prassi sull'individuazione del 'case manager'. 3. Attivazione di esercitazioni su casi emblematici. 4. Identificazione di una ASL capofila della formazione. <p>Il processo di formazione prevede l'accreditamento presso la Regione Lazio per l'Educazione Continua in Medicina (ECM)</p> <p>Destinatari degli eventi di Formazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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.
<p style="text-align: center;">TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Accredito ECM 2. T12mesi – Fine programma 3. Creazione comitato scientifico (T5) 4. Svolgimento delle attività didattiche (T14 – T24) 5. Stampa degli atti (T30)
<p style="text-align: center;">INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 5) Numero di personale professionale formato 6) Esito dei tests pre e post formazione 7) Creazione di un network interattivo (n. accessi) 8) Modifiche delle prassi in atto 9) Attivazione di nuove prassi operative
<p style="text-align: center;">RISULTATI ATTESI</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>Alla formazione saranno ammessi anche operatori penitenziari in qualità di uditori.</p>

DESTINATARI DEL FINANZIAMENTO E CRITERI DI RIPARTIZIONE

Il finanziamento di €775.000,00 è stato attribuito decurtandolo del 10% ogni ASL, suddividendo per il 50% alle singole ASL competenti, ed il 50% suddiviso per il numero dei detenuti a carico delle singole ASL ed è stato riattribuito per il 50% a RM D e il 50% a RM E.

ASL	Detenuti Presenti 2012	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	7139	716.875,00

**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 REFERENTE	annuale Simonetta Fratini

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€735.854,00
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2012	100%
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	<p>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.</p> <p>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</p>
----------	---

	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Il DPCM del 1 aprile 2008 ha transitato la competenza della tutela della Salute al Servizio Sanitario Nazionale ed una base indispensabile è quello 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.</p> <p>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).</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>La creazione di un sistema di informatizzazione sanitaria è certamente un</p>
--	--

DESCRIZIONE	<p>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 a durata biennale 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.</p>
OBIETTIVI	<p>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</p>
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	<p>6. Valutazione delle condizioni di uso della rete del Ministero della Giustizia 2 – Fine programma 7. Realizzazione di opportuna interfaccia informatica 8. 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.</p>
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	<p>Le attività di valutazione saranno condotte dall'Agenzia di Sanità Pubblica e 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.</p> <p>Prodotti del monitoraggio e della supervisione:</p> <ul style="list-style-type: none"> – rapporti periodici, almeno trimestrali <p>Prodotti delle valutazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> – 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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 60% alla Roma D (pari a 27.594,52) e del 60% alla Roma E (pari a 27.594,52) e tali somme sono state aggiunte alla Roma A (turn – over) e alla ASL Frosinone per C.C Frosinone.

ASL		Struttura		Detenuti per Struttura	Detenuti Presenti 2012	Importo
Roma A	1	Regina Coeli	1	1.031	1031	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

SCHEDA N. 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	Dott. Salvatore Mannino

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 1.200.000,00
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2012	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

<p>CONTESTO</p>	<p>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.</p> <p>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, ad esempio 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.</p>
<p>DESCRIZIONE</p>	<p>Il progetto prevede le seguenti azioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 l'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	<ul style="list-style-type: none"> • 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 e diurno tra le strutture partecipanti. • Effettuare un corso di formazione per formatori, dedicato prevalentemente agli operatori del territorio. • Aggiornare le conoscenze formazione del personale sanitario tra le strutture partecipanti. • 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)	<ul style="list-style-type: none"> • % 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	<ul style="list-style-type: none"> • Almeno il 50% di ospedali con una percentuale di neonati allattati al seno durante la degenza e alla dimissione pari o superiore all'80%. • Almeno il 50% delle strutture partecipanti con un livello di adesione complessiva ai 10 passi pari o superiore all'80%. • Produzione di un report annuale sull'allattamento materno, e sulle pratiche favorevoli. • Incremento del 5% della percentuale di bambini allattati al seno in modo esclusivo alla dimissione.

RELAZIONE ANNO 2011
(Per progetti pluriennali)

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' in corso la distribuzione del nuovo opuscolo sull'allattamento al seno alle donne che partoriscono negli ospedali partecipanti.

MONITORAGGIO

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

Nel primo semestre del 2011 sono proseguite le attività dell'anno precedente, con alcune novità riguardanti l'indagine sull'adesione ospedaliera ai 10 passi OAB. È stato accolto il nuovo strumento di autovalutazione predisposto dall'Unicef e che verrà utilizzato nel prossimo monitoraggio. Tale strumento è il frutto di un lavoro di revisione dell'Unicef sulle evidenze scientifiche e sui requisiti necessari per diventare Ospedali Amici dei Bambini.

E' stato realizzato un monitoraggio sull'alimentazione del neonato sano in ospedale con l'obiettivo di rilevare il tipo di alimentazione durante la degenza ospedaliera e alla dimissione. La percentuale di allattamento al seno è stata uguale o superiore all'80% in 7 ospedali, nei rimanenti sono stati effettuati incontri periodici per individuare le barriere al raggiungimento di % di allattamento al seno adeguate. E' stato realizzato anche un monitoraggio sull'adesione delle 14 Unità ai 10 passi dell'Ospedale Amico del Bambino per il successo dell'Allattamento al Seno; dall'indagine è risultato che i passi che richiedono ulteriori progressi sono quelli del contatto pelle a pelle madre-bambino subito dopo il parto (passo 4), soprattutto in caso di taglio cesareo, e del rooming-in anche notturno (passo 7).

Sono state realizzate, con il coordinamento di LazioSanità ed insieme alle 14 strutture partecipanti, azioni volte a favorire il contatto precoce pelle a pelle madre-bambino dopo il parto, la realizzazione del rooming-in h24 e diurno, l'aggiornamento continuo

	<p>del personale e la diffusione di materiali informativi alle donne prima del parto, durante la degenza e nel periodo post-parto;</p> <p>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;</p> <p>Il rooming-in diurno o completo è stato realizzato nel 64% delle strutture;</p> <p>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;</p> <p>E' stata realizzata l'indagine sull'alimentazione del neonato sano realizzata a fine 2010, mostra che i neonati allattati al seno in modo esclusivo o predominante sono stati il 68% durante la degenza e il 76% alla dimissione dall'ospedale;</p> <p>L'adesione ai 10 passi OAB per l'anno 2011 mostra una forte eterogeneità tra le strutture ospedaliere con 5 strutture che raggiungono una percentuale superiore al 60% (di cui 2 si attestano a valori superiori all'80%);</p>
--	---

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	Dott. Salvatore Mannino

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€10.500.000,00
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2012	100%
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	<p>Nel 2010, nel Lazio, vi sono state 21.989 dimissioni in regime ordinario dai reparti di 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 67.8%. Le dimissioni in regime di Day Hospital sono state 11.929, corrispondenti ad un numero di accessi pari a 17.375. A queste si aggiungono le 21.989 dimissioni in RO e le 58.904 in DH erogate dall'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù. A fronte della media regionale complessiva, è da osservare una forte variabilità dell'Indice di Occupazione tra le strutture, dal 45% al 97% per</p>
----------	---

	<p>i ricoveri ordinari. 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 13% delle giornate di degenza della popolazione 0-14 è riferita a reparti per adulti di Ortopedia e Traumatologia, Chirurgia generale e Otorinolaringoiatria.</p> <p>Complessivamente, il 24.3% 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) risulta a rischio di inappropriatazza.</p>
DESCRIZIONE	<p>Il progetto prevede le seguenti azioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> • consolidamento del collegamento funzionale fra le strutture di ricovero pediatrico; • incremento del numero di posti di Osservazione breve intensiva (OBI) pediatrica.
OBIETTIVI	<ol style="list-style-type: none"> 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. Costituzione di un tavolo regionale di monitoraggio della rete di alta specialità pediatrica. <p>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 per Macroarea, all'Indice di Occupazione in RO e DH per struttura ed agli accessi nelle strutture di alta specialità pediatrica (TIP, Cardiochirurgia, Neurochirurgia).</p>
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	<p>1-12 mesi: monitoraggio della rete pediatrica (dati 1° semestre 2011).</p> <p>1-12 mesi: attivazione del tavolo regionale.</p>
COSTI	<p>- Quota da suddividere fra le Aziende Ospedaliere, Universitarie ed ASL con reparto di pediatria: 10.500.000</p>

<p>INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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 inappropriatazza per struttura ospedaliera. • Indice di occupazione per ricovero ordinario e day hospital.
<p>RISULTATI ATTESI</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Incremento dei posti di OBI rispetto all'anno 2011. • Riduzione dei ricoveri con DRG a rischio di inappropriatazza (• Almeno il 70% di dimissioni da reparti di Chirurgia o Neurochirurgia pediatrica con DRG chirurgico.
<p>RELAZIONE ANNO 2011</p>	<p>Livello di conseguimento delle attività/obiettivi previsti nel progetto nel 2011:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 per Macroarea, 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 2011.

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

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	Dott. Salvatore Mannino

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€6.797.915,63
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2012	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

IL PROGETTO

<p>CONTESTO</p>	<p>Nel Lazio sono presenti 48 punti nascita, più un centri di sola assistenza neonatale intensiva. Nel Lazio nel 2011 risultano circa 54.491 nascite. La percentuale di nascite pretermine è del 8%, 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 3.2 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, si sta programmando una rimodulazione su due livelli di assistenza ostetrico/neonatalogica, a modifica del DCA 56/2010.</p>
<p>DESCRIZIONE</p>	<p>Il progetto, in continuità con le attività previste nel 2011, prevede le seguenti azioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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
<p>OBIETTIVI</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 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, anche alla luce dell'accordo stato-regioni del dicembre 2010. - Promuovere il trasferimento in utero delle gravidanze a rischio verso UP di II e III livello
<p>TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)</p>	<p>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</p>
<p>COSTI</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Quota alle Aziende Ospedaliere ed Universitarie con maternità: €480.117,62 - Quota alle Aziende Sanitarie Locali:

	€4.317.798,01
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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 per macroarea
RELAZIONE ANNO 2011	<p>Riguardo agli obiettivi prefissati dal progetto mortalità materna è stato realizzato un sistematico monitoraggio degli eventi verificatisi nel 2011 con una diffusione capillare dei risultati</p> <p>E' stato pubblicato e diffuso il rapporto sulle attività di tutti i punti nascita dell'anno 2011 e quelli sull'attività dei reparti di terapia intensiva neonatale e di quelli del servizio dei trasporti neonatali.</p>

**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	2012
REFERENTE	Dott. Valentino Mantini Dott. Salvatore Mannino

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€2.119.017,00
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2012	100%
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	<p>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.</p> <p>Per quanto riguarda l'interruzione volontaria di gravidanza (IVG) i dati statistici recenti dimostrano che, dopo una diminuzione costante negli ultimi trenta anni, il numero assoluto si mantiene stazionario, mentre, da un'analisi più approfondita, si evidenzia che l'IVG è in diminuzione nelle donne italiane e in aumento nelle donne straniere.</p>
----------	--

	<p>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.</p> <p>Prendendo in esame i nati nel Lazio nel 2010 si evidenzia che per i figli di madri STP/ENI il basso peso alla nascita riguarda il 13% del totale, a fronte del 7,5% dei nati da madri italiane. Anche il primo controllo tardivo della gravidanza dopo le 12 settimane riguarda l’8,6% delle madri straniere rispetto all’1% 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.</p> <p>Nella Regione Lazio nel 2011 sono state effettuate 12.079 IVG, con un decremento del 6,1% rispetto al dato del 2010 (12.870 casi).</p> <p>L’analisi della provenienza delle donne che ricorrono all’IVG nella Regione Lazio (anno 2010) conferma che nel corso degli anni è andata crescendo la quota di IVG richiesta da donne con cittadinanza estera, raggiungendo nel 2010 il 36,9% del totale delle IVG.</p> <p>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.</p> <p>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”.</p>
DESCRIZIONE	<p>Il progetto prevede:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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

	<p>collaborazione fra consultori familiari e strutture del privato sociale;</p> <p>- implementazione di attività di <i>counselling</i> per la promozione della procreazione cosciente e responsabile, in particolare:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 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; <p>- 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;</p> <p>- collaborazione con i reparti ospedalieri di pianificazione familiare, per inserimento dello IUD al momento dell'IVG, qualora accettato dalla donna;</p> <p>- implementazione di attività di educazione sanitaria e di cura perinatale e neonatale particolarmente focalizzate nei confronti dei soggetti disagiati.</p>
<p style="text-align: center;">OBIETTIVI</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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
<p style="text-align: center;">TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)</p>	<p style="text-align: center;">2012</p>
<p style="text-align: center;">INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 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

**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	Dott. Salvatore Mannino

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€3.060.381,00
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2012	100%
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	<p>Le malattie rare sono patologie potenzialmente letali o cronicamente debilitanti, caratterizzate da bassa prevalenza ed elevato grado di complessità. Il Working Group on Rare Diseases – istituito dalla Comunità Europea, nel programma d’azione comunitaria sulle malattie rare, adottato nel periodo 1999-2003 concernente anche le malattie genetiche, definisce malattie rare quelle che presentano una prevalenza uguale o inferiore a 5 casi ogni 10000 persone nella Unione Europea.</p> <p>Secondo le stime esistono attualmente tra 5000 e 8000 malattie rare, che colpiscono tra il 6 % e l'8 % della popolazione nel corso della vita. 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.</p> <p>In Italia, le malattie rare sono state indicate tra le priorità di sanità pubblica a partire dal Piano Sanitario Nazionale 1998-2000.</p>
----------	---

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. 20/05, n. 681/06, n. 872/06, n. 758/07, n. 134/08) ha avviato il processo di accreditamento della rete di Centri e Presidi per le malattie rare. Complessivamente, ad oggi sono stati accreditati 17 Istituti per un totale di 73 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.

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 17 Istituti ospedalieri con 73 Centri/presidi per le malattie rare. Complessivamente al 31 dicembre 2011, gli utenti in carico notificati a Malattie Rare Lazio erano 12.866 (utenti prevalenti).

DESCRIZIONE	<p>Il progetto, in continuità con le attività previste nel 2011, prevede le seguenti azioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> • sviluppo di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali per singole o gruppi di malattie rare a maggiore prevalenza e/o complessità; • recepimento con provvedimento regionale di un sistema di classificazione delle malattie rare finalizzato alla programmazione della rete assistenziale; • avvio di un processo di riorganizzazione della rete assistenziale; • mantenimento del Sistema Informativo Malattie Rare Lazio; • mantenimento di un sito WEB per il cittadino. •
OBIETTIVI	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sviluppare una rete assistenziale per le malattie rare regionale uniforme su tutto il territorio che garantisca la continuità assistenziale. ▪ Realizzare 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)	<p>1-6 mesi: - definizione di un sistema di classificazione delle malattie rare - monitoraggio dell'attività dei singoli centri</p> <p>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</p>
COSTI	<p>- Quota agli Istituti con centri per le Malattie Rare: €1.466.818,77</p>
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	<ul style="list-style-type: none"> - Numero di tavoli tecnici per lo sviluppo dei PDTA - Avvio del processo di nuovo riconoscimento degli Istituti per la Malattie Rare - Rapporto semestrale del Sistema Informativo Malattie Rare (dati aggiornati al 30 giugno 2012) - Presenza di un sito WEB aggiornato per il cittadino

<p>RISULTATI ATTESI</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 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
<p>RELAZIONE ANNO 2011</p>	<p>E' stato costituito (Determina 0765 del 23 febbraio 2010) un GdL sulla rete assistenziale che ha disegnato un nuovo modello organizzativo basato su tre livelli di Istituto.</p> <p>E' stata pianificata e recepita con Decreto Commissariale n. 57/2010 la rete per le Malattie Emorragiche Congenite nella quale vengono definiti i percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali.</p> <p>Sono stati attivati contatti stabili con UNIAMO (federazione delle associazioni dei malati) così come con singole associazioni.</p> <p>Il Sistema Informativo Malattie Rare, coordinato da LazioSanità è stato attivato in tutti e 73 i Centri/Presidi del Lazio.</p> <p>E' stato prodotto un report sui dati raccolti su circa 12000 utenti in carico alla data del 31 dicembre 2011. Sono stati notificati al Sistema Malattie Rare utenti con esenzione per 231 codici sui 331 previsti dal DM 279/2001.</p>

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

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	<p><i>“Latium Mental Health”</i></p> <p>Creazione di un network regionale per l'integrità della vita psichica del cittadino</p>
DURATA DEL PROGETTO	Annuale
REFERENTE	Simonetta Fratini

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€3.771.969,53
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2012	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 mentali, 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 servizi sanitari e sociali è 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.

<p><i>DESCRIZIONE</i></p>	<p>1) Individuazione ed interventi precoci nelle psicosi</p> <p>2) Presa in carico dei disturbi mentali in età evolutiva</p> <p>3) Presa in carico dei disturbi mentali nella persona anziana</p> <p>4) Gli interventi terapeutico-riabilitativi integrati</p> <p>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.</p> <p>Quindi:</p> <p>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;</p> <p>b) definizione di linee-guida per le procedure di trattamenti multiprofessionali e multidimensionali in caso di presenza di prodromi/esordi;</p> <p>c) definizione di tempi fissi di verifiche periodiche sia diagnostiche che di efficacia dei trattamenti;</p> <p>d) condivisione dei tre punti precedenti con le Consulte per la Salute Mentale (regionale, comunale e dipartimentali);</p> <p>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;</p> <p>f) istituzione di un coordinamento regionale dei referenti aziendali delle suddette équipes, prevedendo anche momenti di supervisione</p>
---------------------------	---

	<p>esterna;</p> <p>g) incontri programmati dell'équipe di ogni DSM con le Istituzioni e Agenzie locali, per definire le modalit� di approccio/segnalazione, favorire l'incontro precoce con i soggetti a rischio (anziani e in et� 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";</p> <p>h) effettuazione in ogni DSM dei trattamenti personalizzati secondo le linee-guida stabilite a livello regionale;</p> <p>i) inserimento a livello di Agenzia di Sanit� Pubblica – Lazio Sanit� di specifici campi nel sistema informatizzato (SISP);</p> <p>j) valutazione a due anni dei risultati dei trattamenti effettuati;</p> <p>k) elaborazione e pubblicazione dei dati sui risultati e gli esiti;</p> <p>l) favorire lo sviluppo di modelli verificati ed esportabili nelle varie aziende regionali ed extra regionali sugli interventi terapeutico-riabilitativi integrati;</p> <p>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;</p> <p>n) nel caso dei minorenni presi in carico verr� coinvolto anche il pediatra di base e i contesti di riferimento sociale (luoghi di aggregazione, parrocchie, ecc.).</p> <p>Molti dei succitati punti sono ormai indicano azioni gi� istituite e ben consolidate (a.e.m.n) , per gli altri punti si intende proseguire al fine di mettere a regime tutte le azioni gi� intraprese.</p>
<p><i>OBIETTIVI</i></p>	<p>Obiettivi generale: Dare seguito agli obiettivi gi� raggiunti con la messa a regime di tutte le azioni conseguenti.</p> <p>1 - promuovere la consapevolezza dell'importanza del benessere mentale;</p> <p>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;</p> <p>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 societ�;</p> <p>4 – formare professionisti competenti ed efficaci nel campo della salute mentale;</p> <p>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;</p> <p>6 – costituzione di specifici tavoli di confronto territoriale e di integrazione con i Piani di Zona (ex Legge 328/00) per rendere gli interventi</p>

	maggiormente appropriati ed integrati, garantendo un continuum terapeutico.
<i>TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Start-Up – Fine programma (36 mesi) 2. valutazione e monitorizzazione 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>	<p>Le attività di valutazione saranno condotte dall' Agenzia della Sanità Pubblica e 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.</p> <p>Prodotti del monitoraggio e della supervisione:</p> <ul style="list-style-type: none"> – rapporti periodici, almeno trimestrali <p>Prodotti delle valutazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ogni valutazione produrrà rapporti specifici <p>Altri indicatori:</p> <ol style="list-style-type: none"> 3) numero di ricoveri in SPDC nella popolazione di riferimento; 4) numero di interventi effettuati; 5) numero di prestazioni eseguite; 6) numero di richieste eseguite nell'anno;
RISULTATI ATTESI	<p>Durante e alla fine di questo progetto i risultati attesi sono i seguenti:</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. coinvolgimento motivante degli operatori delle UO che partecipano al progetto; 7. aumento delle ore di prestazioni specialistiche e diagnostica psicometrica 8. Maggiore appropriatezza nella prescrizione di psicofarmaci 9. diminuzione degli episodi critici 10. Miglioramento della Presa in Carico 11. Miglioramento della collaborazione ed interazione interregionale nell'attuazione del DCA n. 48/2009

DESTINATARI DEL FINANZIAMENTO E CRITERI DI RIPARTIZIONE

Il finanziamento di €3.771.969,53 è stato suddiviso per ogni singola ASL tenendo conto della popolazione residente e della disponibilità delle Aziende ad implementare la linea progettuale.

ASL	Popolazione 2012	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

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
LINEA PROGETTUALE	Linea 13. Piano Nazionale della Prevenzione
TITOLO DEL PROGETTO	Piano Regionale della Prevenzione 2010 - 2012
DURATA DEL PROGETTO	2012
REFERENTE	Dott.ssa Francesca FEI

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 30.479.876,00
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2012	100%
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	<p>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).</p> <p>Il Quadro Operativo del PRP 2010 – 2012 comprende n. 22 linee progettuali che interessano tutto il territorio regionale.</p> <p>In tale ambito le azioni indicate come prioritarie e che fanno capo a varie linee progettuali sono le seguenti:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) promozione di corretti stili di vita (alimentazione, attività motoria, lotta al fumo, alcool e droga), b) prevenzione neonatale delle malattie metaboliche ereditarie (malattie rare), c) intolleranze alimentari (celiachia), d) prevenzione dei tumori femminili e del colon retto, e) disabilità derivante da malattie reumatologiche. <ul style="list-style-type: none"> • Nel quadro della Linea progettuale 13. Piano Nazionale della Prevenzione, la Regione intende favorire l'implementazione e il potenziamento da parte delle ASL di tutte le linee progettuali indicate nel PRP 2010 -12, tra cui quelle riconducibili direttamente alle citate linee prioritarie.
----------	---

DESCRIZIONE	<p>Il quadro operativo del PRP 2010 - 2012 relativo alle 22 linee progettuali è descritto nell'allegato file</p> <p> Allegato C.zip</p> <p>Tutte le linee progettuali del PRP formano oggetto di attenzione da parte della Regione ai fini della loro implementazione e attuazione nel territorio regionale, anche nell'ambito delle attività di comunicazione.</p> <p>Le linee progettuali riferite in particolare alle azioni prioritarie sono le seguenti.</p> <p>a) promozione di corretti stili di vita: linea 2.9.1 progetto n. 11 <i>Comunicazione integrata dei dati PASSI e delle altre sorveglianze di popolazione a sostegno degli interventi di promozione della salute e dell'empowerment dei cittadini</i></p> <p>b) prevenzione neonatale delle malattie metaboliche ereditarie (malattie rare): linea 1.1.1 progetto n. 1 <i>Malattie metaboliche e screening neonatale Allargato</i></p> <p>c) intolleranze alimentari (celiachia): linea 1.1.2 progetto n. 2 <i>Implementare la promozione dello screening opportunistico per l'identificazione precoce di intolleranza alimentare al glutine</i></p> <p>d) prevenzione dei tumori femminili e del colon retto: linea 3.1.1 progetto n. 16 <i>Consolidamento e qualificazione dei programmi di screening organizzati</i> linea 3.1.2 progetto n. 17 <i>Innovazione tecnologica PS su mammella, cervice uterina e colon-retto</i></p> <p>e) disabilità derivante da malattie reumatologiche: linea 3.5.1 progetto 20 <i>Prevenzione della progressione dell'Artrite Reumatoide mediante diagnosi e terapia nelle fasi precoci di malattia</i></p>
OBIETTIVI	<p>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).</p> <p>Con riferimento alla specificità degli obiettivi dei singoli progetti si allegano i file estrapolati dal PRP 2010 - 2012:</p> <p> Allegato C.zip</p>
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	Si rinvia per ciascun progetto ai file allegati
INDICATORI (di struttura, di processo, di)	Si rinvia per ciascun progetto ai file allegati

risultato)	
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

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/ Dott. M.Passì

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€5.297.543,00
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2012	100%
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	<p>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.</p> <p>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</p>
----------	--

	<p>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.</p> <p>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, ...). 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 disuguaglianze.</p> <p>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.</p> <p>L'incapacità di intercettare tali bisogni o il fatto di farlo solo occasionalmente o tardivamente rendono meno efficaci interventi che dovrebbero essere programmati e agiti in termini di effettiva integrazione sociosanitaria.</p>
DESCRIZIONE	<p>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.</p> <p>Nel primo livello, 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, ...) ed in ambito relazionale e comunicativo.</p> <p>Nel secondo livello, accanto a specifici interventi in aree di marginalità esplicita e 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 progressivamente il personale sanitario circa l'importanza della dimensione sociale delle persone ricoverate, e di consolidare le forme di integrazione sociosanitaria all'interno dell'ospedale e di continuità assistenziale tra questo ed il territorio, inteso sia come strutture e servizi sociosanitari di natura pubblica, che di servizi offerti dal privato sociale.</p>

<p>OBIETTIVI</p>	<p>Possiamo individuare tre popolazioni target e per ognuna declinare alcuni obiettivi:</p> <p>A) <i>Rom, sinti e camminanti presenti negli insediamenti autorizzati e/o tollerati e/o spontanei.</i></p> <p>B) <i>Persone immigrate in condizione di irregolarità giuridica.</i></p> <p>C) <i>Cittadini italiani e stranieri in condizione di vulnerabilità sociale più o meno esplicita e/o sofferenza mentale.</i></p> <p>A.1) Rom. <u>Monitorare l'accesso ai servizi socio-sanitari</u> da parte dei gruppi rom e sinti presenti nel Lazio, mediante indagini <i>ad hoc</i> in grado di indagare a fondo il livello di conoscenza del sistema sanitario e l'effettiva fruibilità dell'assistenza.</p> <p>A.2) Rom. <u>Realizzare campagne di promozione della salute</u>, 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);</p> <p>A.3) Rom. <u>Implementare modelli di presa in carico</u>, a partire da strategie validate di coinvolgimento delle comunità rom (es. sportelli di salute).</p> <p>B.1) Immigrati. <u>Sperimentare un riorientamento dei servizi</u> 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.</p> <p>B.2) Immigrati. <u>Implementare a livello regionale il sistema informativo OSI</u> 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.</p> <p>B.3) Immigrati. <u>Sviluppare e implementare una rete socio-sanitaria territoriale e ospedaliera</u> per la prevenzione, la diagnosi e la presa in carico dei pazienti con <u>tubercolosi</u>. 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 <i>compliance</i> e al rischio di perdita al follow-up, rilevate soprattutto a carico dei pazienti immigrati.</p> <p>Sottoprogetti: individuazione e costruzione di un "modello organizzativo di rete per la TB" a livello regionale; piano di formazione degli operatori socio-sanitari a supporto del programma di controllo della TB; sorveglianza e informatizzazione dei flussi informativi integrati.</p>
------------------	--

	<p>C.1) Persone senza dimora. <u>Sperimentare interventi su strada di orientamento sanitario</u> attraverso l’offerta attiva di informazioni e “relazioni”.</p> <p>C.2) Persone malate senza dimora accolte in centri d’accoglienza. <u>Sperimentare una presa in carico integrata tra servizio pubblico e privato sociale</u> per prevenire ricoveri ripetuti o livelli inappropriati d’assistenza sanitaria in centri non attrezzati per questa specifica attività.</p> <p>C.3) Pazienti socialmente vulnerabili. <u>Effettuare tempestivamente un ‘trriage sociale’</u> ai pazienti che hanno da poco subito un ricovero ospedaliero - soprattutto laddove sono 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 ad un obiettivo diretto di mantenere la degenza in termini temporali appropriati e di evitare il ripetersi del ricovero a breve distanza di tempo.</p>
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	2013 - 2014
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	Effettuazione di un’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 Implementazione del sistema OSI in almeno il 75% degli ambulatori STP attivi a livello regionale Messa a punto di un modello organizzativo per la presa in carico per pazienti affetti da Tb Realizzazione di iniziative di formazione e qualificazione professionale per ogni target di intervento Sviluppo di modelli di intervento per la tutela di persone senza dimora Individuazione e sperimentazione di modelli di presa in carico condivisa di soggetti deboli tra pubblico e privato sociale % di servizi che attivano il triage sociale/totale dei servizi coinvolti
RISULTATI ATTESI	Un 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 di governo dei percorsi di tutela e assistenza dei soggetti socialmente più vulnerabili, in termini di integrazione sociosanitaria. Un 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. Per questo per ogni azione progettuale sono previsti in genere 2 enti capofila tra coloro che hanno una provata esperienza e capacità organizzativa. Destinatari prioritari dei finanziamenti sono le Aziende territoriali con criteri di ripartizione coerenti con le varie azioni progettuali; in specifici casi alcune Aziende USL sono chiamate come 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 due Policlinici universitari pubblici. Accanto alle Aziende ASL si prevede il finanziamento per l'ASP – Agenzia di sanità pubblica della Regione Lazio che potrà coinvolgerà, ove necessario, anche enti che da tempo sono impegnati specificatamente nel contrasto delle disuguaglianze in sanità e che hanno maturato, sul campo e nella ricerca, competenze e capacità

L'Istituto d'Igiene 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 della linea progettuale C3.

Con la direzione e il coordinamento della Regione Lazio, l'ASP deve realizzare una “cabina di regia” del progetto con la partecipazione delle ASL capofila, dell'Università e degli enti eventualmente coinvolti. L'ASP sarà capofila per specifiche azioni (A1; A2; A3; B2; B3) ed ha il compito di verifica, monitoraggio e valutazione dell'intero progetto.

A1: Rom - indagine accessibilità.

Capofila: ASP

A2: Rom - campagne di offerta attiva.

Capofila: ASP

A3: Rom - sportelli salute.

Capofila: ASP

B1: Immigrati – riorientamento e mediazione.

Capofila: ASL Viterbo

B2: Immigrati – OSI.

Capofila: ASP

B3: Immigrati – TB.

Capofila: ASP e ASL Roma B

C1: Vulnerabili – Interventi di strada.

Capofila: ASL Roma A

C2: Vulnerabili – Centri accoglienza.

Capofila: ASL Roma A

C3: Vulnerabili – Triage sociale.

Capofila: Università

Criteri di ripartizione. Due i criteri di ripartizione del finanziamento per le tre linee progettuali legate a specifici target: la numerosità della popolazione bersaglio e la complessità delle azioni previste. Con tale criterio le risorse sono state così distribuite: Target A: 20%; Target B: 50%; Target C: 30%.

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

A1: Rom - indagine accessibilità. ASP in base alla consolidata esperienza.

A2: Rom - campagne di offerta attiva. 12 ASL in base alla numerosità della popolazione target, ASP.

A3: Rom - sportelli salute. ASP in base alla necessità di coinvolgere direttamente popolazione target e operatori locali

B1: Immigrati – riorientamento e mediazione. 12 ASL in base alla numerosità della popolazione target, ASP.

B2: Immigrati – OSI. 12 ASL in forma uguale perché ognuna partecipa al nuovo flusso previsto, ASP.

B3: Immigrati – TB. 12 ASL in base alla numerosità della popolazione, ASP.

C1: Vulnerabili – Interventi di strada. 12 ASL in base alla numerosità della popolazione, ASP.

C2: Vulnerabili – Centri accoglienza. 12 ASL in base alla numerosità della popolazione, ASP.

C3: Vulnerabili – Triage sociale. 12 ASL in base alla numerosità della popolazione, 3 Aziende Ospedaliere e 2 Policlinici universitari con quota standard. Università e ASP.

Alle ASL e alle Organizzazioni Capofila (cabina di regia) 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	506.598,00	253.299,00	253.299,00
ASL RM B	443.998,98	221.999,49	221.999,49
ASL RM C	328.904,59	98.671,38	230.233,21
ASL RM D	331.741,91	99.522,57	232.219,34
ASL RM E	335.888,06	100.766,42	235.121,64
ASL RM F	274.421,93	82.326,58	192.095,35
ASL RM G	301.371,90	90.411,57	210.960,33
ASL RM H	304.902,24	91.470,67	213.431,57
ASL VITERBO	190.779,81	95.389,91	95.389,91
ASL RIETI	96.241,20	48.120,60	48.120,60
ASL LATINA	234.562,14	117.281,07	117.281,07
ASL FROSINONE	178.778,06	89.389,03	89.389,03
ASP	1.619.354,19	673.625,02	945.729,17
AO S. GIOVANNI	30.000,00	15.000,00	15.000,00
AO S. CAMILLO	30.000,00	15.000,00	15.000,00
AO S. FILIPPO	30.000,00	15.000,00	15.000,00
POL. UMBERTO I	30.000,00	15.000,00	15.000,00
S. ANDREA	30.000,00	15.000,00	15.000,00
TOTALE	5.297.543,01	2.137.273,30	3.160.269,71

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	2012
REFERENTE	Salvatore Mannino

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	<p>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.</p> <p>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</p>

	<p>da patologie di particolare impatto socio-sanitario</p> <p>(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.</p> <p>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 disegualianze che ricadono sulla sofferenza dell'individuo e sui costi della sanità.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>
DESCRIZIONE	<p>Presso le due Aziende sono attivi i seguenti servizi, di cui - anche attraverso questo progetto - è previsto il consolidamento.</p> <p>Oncologia</p> <p>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.</p> <p>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</p>

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

	<p>pelvica profonda</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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 <ul style="list-style-type: none"> ○ Non invasiva del I° trimestre: Screening ecografici e biochimici di rischio di cromosomopatie fetali (Ultrascreen: translucenza nucale e bitest). 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 . <p>Cardiologia</p> <p>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.</p> <p>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.</p>
<p>OBIETTIVI</p>	<p>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</p>
<p>TEMPI DI ATTUAZIONE</p>	<p>12 mesi</p>

(CRONOPROGRAMMA)	
COSTI	I costi complessivi del progetto ammontano ad un totale stimato in €1.467.775,56

Copia

<p>INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)</p>	<p>Numero pazienti prese in carico HPV Unit Numero vaccini HPV somministrati Numero indagini diagnostiche prima vaccinazione</p> <p>Numero donne in menopausa seguite c/o ambulatorio Prometeo</p> <p>Numero nuovi casi diagnosticati Breast Unit Numero casi seguiti Breast Unit</p> <p>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</p> <p>Numero colloqui preparatori alla donazione per la banca del tessuto ovarico Numero pazienti candidabili</p> <p>Numero pazienti presi in carico ambulatorio dedicato urologia oncologica Numero colloqui effettuati pazienti urologici</p>
<p>RISULTATI ATTESI</p>	<p>Miglioramento della qualità delle cure e della qualità percepita.</p> <p>Maggiore accessibilità</p>

RIPARTIZIONE DEL FINANZIAMENTO

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

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 Francesca FEI

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 1.707.664,19
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2012	100%
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	
Destinatario del finanziamento	Istituto Nazionale per le Malattie Infettive Lazzaro Spallanzani Roma

IL PROGETTO

CONTESTO	<p>L'Istituto Nazionale per le Malattie Infettive (INMI) Lazzaro Spallanzani, relativamente all'infezione da HIV, nel 2011 ha effettuato 1.004 ricoveri in degenza ordinaria, seguito 7.714 pazienti in Day Service, con un incremento netto di 1.636 nuovi pazienti rispetto l'anno precedente, ed effettuato circa 6000 visite presso l'ambulatorio del Centro di Riferimento AIDS (CRAIDS) per il counseling 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. Parte integrante del CRAIDS è il Centro di Coordinamento dei Trattamenti a Domicilio (CCTAD) di Roma, che svolge funzioni di collegamento tra i Reparti di Malattie Infettive degli ospedali e le strutture che erogano assistenza extra-ospedaliera al paziente con AIDS, e di coordinamento delle attività svolte a domicilio del paziente o in strutture protette quali le case alloggio. Nel 2011 l'attività del CCTAD ha consentito a più di 400 persone con malattia da HIV in fase avanzata, di poter ricevere assistenza extraospedaliera, sia presso il proprio domicilio che presso una struttura protetta. Il CCTAD rappresenta un tramite con la regione Lazio per il monitoraggio e la verifica delle attività svolte. 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.</p>
----------	--

DESCRIZIONE	<p>DATI RELATIVI AL FENOMENO</p> <p>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 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; persino dopo la diagnosi queste persone non accedono immediatamente alle cure. Questo fenomeno determina 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 anti-retrovirale e ha un rischio più elevato di giungere ad una fase sintomatica della malattia e una ridotta probabilità di un pieno recupero immunologico una volta iniziata la terapia. In secondo luogo la non consapevolezza dello stato di infezione può favorire un'ulteriore diffusione del contagio. E' 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.</p> <p>ASPETTI CRITICI SU CUI È NECESSARIO INTERVENIRE</p> <p>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 alle cure, sono state proposte diverse strategie, in combinazione tra loro ed associate a specifico counseling, mirate complessivamente a: 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.</p> <p>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.</p>
OBIETTIVI	<p>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.</p> <p>Un programma di identificazione delle nuove infezioni (acquisite da non oltre 6 mesi) sarà sviluppato 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. L'algoritmo prevede che dapprima siano classificate come IR le sier conversionsi, identificate con i metodi di laboratorio tradizionali (WB indeterminato o presenza di HIVAg o HIVRNA in assenza di anticorpi) o con la presenza di test negativi nei sei mesi precedenti la diagnosi. Successivamente, sono classificate come infezioni non recenti gli individui con AIDS alla diagnosi o con una conta di CD4<200 linfociti/mmc. Per le restanti nuove diagnosi si calcherà l'AI su siero prelevato entro 60 giorni dal primo test HIV-positivo.</p>

La complessità dell'obiettivo di **ottimizzare l'offerta dei servizi di accesso al test** comporta la necessità di una condivisione generale da parte degli esperti sulle strategie più opportune. A tal fine l'INMI ha in programma di organizzare e coordinare una conferenza di consenso che fornisca specifiche raccomandazioni basate sulle evidenze scientifiche, di carattere etico e giuridico e le proponga ai decisori politici.

Al fine di migliorare l'accesso al servizio per le persone che intendono sottoporsi al test, sarà sviluppato un modello di attività ambulatoriale integrata tra medico specialista ed infermiere counselor con l'eventuale supporto dei servizi di psicologia e di assistenza sociale. Tale 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, counseling di coppia e pre-peri-natale. La gestione post-esposizione sarà assicurata h24, 7/7 giorni per le persone che riportino una specifica esposizione a rischio sia in ambito occupazionale, soprattutto infortuni in operatori sanitari o forze dell'ordine, 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; in particolare relativamente alle esposizioni occupazionali negli operatori sanitari saranno sperimentati percorsi definiti da specifiche convenzioni con altre strutture sanitarie pubbliche e private. Il progetto prevede la presa in carico del paziente, anche in caso di negatività al test per HIV, nella sua complessità clinica attraverso la definizione di percorsi assistenziali integrati relativi alle infezioni a trasmissione sessuale, tubercolosi, epatite e particolari fragilità sociali. In tale ambito si prevede inoltre di svolgere iniziative formative e di valutazione delle conoscenze e attitudine relativamente all'uso dei farmaci antiretrovirali come profilassi pre-esposizione in particolare da parte dei medici infettivologi quali potenziali prescrittori.

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. La rilevanza di questo fenomeno nel Lazio, e più in generale in Italia, è poco conosciuta. E' pertanto necessario sviluppare studi disegnati per acquisire dati su questo aspetto ed identificare gli ambiti nei quali programmare specifiche iniziative, in particolare con i medici di medicina generale così come con gli specialisti, per 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.

La programmazione della gravidanza e la gravidanza in corso rappresentano occasioni di esecuzione del test per HIV universalmente riconosciuti alla luce degli assoluti benefici per il nascituro degli interventi di riduzione del rischio di trasmissione in caso di infezione materna.

Una indagine effettuata nel 2011 nei Punti nascita del Lazio in collaborazione tra ASP Laziosanità, INMI e AO Bambino Gesù indica che anche nel Lazio la proporzione di test effettuati non è ottimale e negli ultimi anni diversi sono stati i casi di donne venute a conoscenza della loro positività per HIV ma anche per altre infezioni tardivamente durante la gravidanza, o addirittura dopo il parto, con gravi conseguenze per il nascituro; la popolazione immigrata anche in questo caso appare particolarmente vulnerabile. E' pertanto necessario definire protocolli specifici e sviluppare iniziative mirate a migliorare la copertura di esecuzione del test.

Nel nostro centro l'offerta del test sarà estesa di routine al partner maschile

nell'ambito di una genitorialità consapevole.

Per identificare precocemente i casi di infezione da HIV la facilitazione dell'accesso al test nelle strutture deputate deve essere integrata dalla offerta attiva del test in specifici contesti. 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. 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.

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 collaborazione con Anlaid-Lazio, il CRAIDS e il Servizio di psicologia dell'INMI, propongono la realizzazione di un progetto di "rete" con lo scopo di diminuire il processo di dispersione e disorientamento della persona sieropositiva che necessita di assistenza e di fornire una corretta informazione per la salvaguardia della propria salute. L'Anlaid Lazio provvederà a fornire sostegno alle persone sieropositive afferenti al servizio di counselling messo a disposizione dall'associazione; le persone sieropositive verranno indirizzate presso l'INMI ad un'equipe multidisciplinare per il counselling e la valutazione clinica.

L'aumento della sopravvivenza e la cronicizzazione della malattia da HIV determinato dalle terapie antiretrovirali hanno comportato di conseguenza la "cronicizzazione" dell'assistenza, che si rivela particolarmente complessa soprattutto in quelle persone in fase avanzata di malattia, affette da patologie neurologiche invalidanti, o da patologie multiple (disturbo della salute mentale, epatite cronica/cirrosi, tumori, malattia cardiovascolare, insufficienza renale). In questo contesto, appare irrinunciabile un modello assistenziale che preveda forme differenziate di assistenza extra-ospedaliera (assistenza domiciliare integrata, ospedalizzazione a domicilio, assistenza presso case alloggio). Nell'ambito del modello regionale di trattamento a domicilio per le persone con AIDS, lo svolgimento di tutte le attività del CCTAD dell'INMI è definito secondo protocolli operativi la cui applicazione garantisce una pronta risposta ai bisogni del paziente. Si intende implementare tale modello inserendo nuove procedure o verificando quelle già in uso così da rendere più efficiente il sistema, e verificabili i risultati. In particolare, nuove procedure prevedono la distribuzione centralizzata dei farmaci previsti dal piano terapeutico alla dimissione del paziente per tutti pazienti per cui è stato richiesto il trattamento a domicilio, consentendo un maggiore efficienza del servizio al fine di garantire la continuità terapeutica al paziente, nonché un maggiore controllo della distribuzione dei farmaci ai fini del contenimento della spesa. Inoltre verrà effettuata un'analisi del numero e delle caratteristiche dei pazienti in carico in TAD ed in casa alloggio al fine di fornire indicazioni ai competenti Uffici regionali per la ridefinizione dell'offerta assistenziale da parte del Servizio sanitario regionale e il monitoraggio e rivalutazione delle lista di attesa.

Il CRAIDS collabora con l'ASP Laziosanità e con il Centro Operativo AIDS dell'ISS per

	<p>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.</p> <p>Il progetto, prevede inoltre di sviluppare modelli matematici in grado di fornire stime di incidenza e prevalenza necessarie alla programmazione di interventi di prevenzione e controllo dell'infezione da HIV. Tali modelli saranno basati sull'arruolamento di tutte le persone adulte con nuova diagnosi di infezione da HIV osservate presso l'INMI e altri centri di counselling e testing HIV della Regione e sull'analisi dei dati del sistema di sorveglianza regionale. Per ottenere annualmente le stime di incidenza da HIV sarà utilizzato il modello proposto da Karon et al (Stat Med 2008 27:4617-33) che dipende dal numero di infezioni recenti rilevate nel periodo di interesse, dalla probabilità stimata di effettuare un test dell'HIV entro un anno dopo l'infezione (l'attitudine al test della popolazione), dalla percentuale di nuove diagnosi per le quali è stato effettuato il test per infezione recente e dalla probabilità che il test dell'HIV avvenga nel periodo di positivizzazione del test per infezione recente. Per ottenere stime di prevalenza accurate è invece necessario stimare quanti sono i soggetti che sono inconsapevoli di essere HIV+. A tal fine è utilizzato il metodo proposto da Lodwick et al (AIDS 2011; 25:1017-23) di stima dei casi non diagnosticati basato su informazioni presenti nei sistemi di sorveglianza.</p>
<p>TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)</p>	<p>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</p> <p>Caratterizzazione molecolare del genoma virale Mese 1: progettazione; Mesi 2-9: Esecuzione analisi filogenetica Mesi 10-12: Interpretazione risultati</p> <p>Riorganizzazione attività ambulatorio Mese 1: individuazione della sede idonea, sviluppo dei percorsi; Mese 2: formazione del personale, informazione dell'utenza; Mese 3: apertura con la nuova organizzazione; Mesi 4-5: raccolta di dati, analisi ad interim e revisione delle procedure per l'ottimizzazione; Mesi 6-12: raccolta di dati, ulteriore revisione delle procedure, sviluppo di nuovi percorsi</p> <p>Conferenza di consenso Mese 1: Progettazione Mesi 2-4 Revisione sistematica letteratura; Mese 5: Svolgimento conferenza Mesi 6-9; Elaborazione del documento di consenso</p> <p>Indicator Diseases. Studio multicentrico Mese 1: progettazione;</p>

	<p>Mesi 2-9: raccolta dati Mesi 10-12: Interpretazione risultati</p> <p>Collaborazione con Consulta e ONG e offerta del test in sedi associative, servizi per migranti e tossicodipendenti Mesi 2-5 Progettazione; individuazione centri partecipanti Mesi 6-9 stesura protocollo Mese 8 approvazione comitato etico Mesi 9-12 Organizzazione studio; selezione centri partecipanti: programmazione formazione operatori</p> <p>Percorsi assistenziali presa in carico HIV positivi Mesi: 1-3 Verifica percorsi esistenti Mesi 4-6 Ridefinizione e condivisione dei protocollo Mesi 7-12 Applicazione</p> <p>Percorso assistenza extraospedaliera Mesi 1-3 Controllo funzionalità del sistema CCTAD Raccolta/Inserimento dati richieste TAD relative all'anno precedente Mesi 3-5 Definizione nuove procedure "farmaci" e revisione piani terapeutici Mesi 5-6 Analisi dei dati Mese 6 Redazione documento per uffici regionali Mesi 6-12 Attuazione nuove procedure "farmaci"</p> <p>Indagine "Punti nascita" in collaborazione con ASP Laziosanità Mesi 1-3 Revisione dati Mese 4 Progettazione incontro "feedback" Mese 5 Svolgimento riunione e programmazione Mese 6 Presentazione pubblica dati preliminari Mesi 7-12 Analisi dati definitivi</p> <p>Progetto di "rete" in collaborazione con Anlaids Mesi 1-3 Organizzazione collaborazione ANLAIDS Mesi 4-6 Definizione e Stesura protocollo "Sieropositivi in Rete" Mese 6 Approvazione Comitato etico Mesi 7-12 Identificazione nuove diagnosi ed invio dei pazienti ai servizi coinvolti</p> <p>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</p> <p>Modello di stima della incidenza e prevalenza Mesi 1-3 Organizzazione collaborazione ASP Mesi 2-12 Analisi dati ASP/SENDIH Mese 3 Presentazione/pubblicazione dati stime incidenza Mesi 5-12 Presentazione dati preliminari prevalenza (infezioni non diagnosticate)</p>
--	--

INDICATORI			
<i>Obiettivi specifici</i>	<i>Indicatori</i>	<i>Risultati previsti</i>	<i>Strumenti/Metodi</i>
Raccogliere dati comportamentali e psicosociali delle persone infette	Numero di pazienti arruolati	200 interviste	Intervista/questionario in occasione del counseling
Valutazione biomolecolare dei virus circolanti	Numero di campioni esaminati	150 campioni	indagini di caratterizzazione molecolare del genoma virale
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
Definizione di strategie di ottimizzazione dell'offerta del test	Documenti individuati a supporto delle evidenze	Raccomandazioni relative a: popolazioni target per l'offerta attiva del test; modalità dell'offerta e problemi del consenso; gestione dei risultati; strategie alternative di offerta del test e utilizzo dei test rapidi	Conferenza di consenso
Incrementare il numero di accessi al servizio di counseling ed esecuzione del test	Numero di accessi	Incremento del 20%	attività ambulatoriale integrata medico specialista, infermiere counselor, supporto psicologico
Implementare percorsi di gestione post-esposizione occupazionale per gli operatori sanitari	Numero di convenzioni con altre strutture sanitarie e numero di accessi	Almeno tre convenzioni	Percorso definito e specifiche convenzioni
Valutazione impatto delle indicator diseases	n. di pazienti con ID precedente alla diagnosi di HIV/ n. di pazienti arruolati	Arruolamento di 1500 pazienti con nuova diagnosi	Scheda raccolta dati/ Studio multicentrico
Presentare i risultati della indagine sui Punti Nascita	N. di partecipanti	Partecipazione dell'80% dei punti nascita	Workshop
Effettuazione del test "per gravidanza" nei partner maschili	N. di maschi sottoposti al test	Incremento del 20%	Offerta attiva di test e counseling

Programma di offerta attiva del test direttamente nelle comunità ad alto rischio	N. di interventi programmati	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	Almeno 2	Test rapidi su sangue e/o saliva e conferma e referral al Centro clinico per i risultati preliminarmente positivi
Programma di sostegno dalla diagnosi di infezione alla presa in cura	N. di pazienti riferiti nell'ambito della rete	Almeno 30 pazienti	Progetto di "Rete" con ANLAIDS
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
Ridefinizione dei piani terapeutici e distribuzione centralizzata delle terapie antiretrovirali per i pazienti in TAD/casa alloggio	N. di piani ridefiniti e numero di terapie distribuite/n. pazienti in TAD/casa alloggio	Almeno 50%	Protocollo di gestione
Applicazione di metodi statistici per la stima della diffusione dell'infezione	Stime della prevalenza e della incidenza 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 counseling 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 counseling seguite dall'esecuzione del test e un numero di circa 250 nuove diagnosi.

Nell'ambito della attivazione di un servizio di prevenzione integrata è atteso un parallelo aumento degli accertamenti diagnostici e relativi trattamenti per le infezioni a trasmissione sessuale, associate all'uso di droghe e per la tubercolosi.

E' anche atteso un aumento dell'offerta di consulenza post-esposizione sia in ambito occupazionale che sessuale per circa 600 casi e contemporanea razionalizzazione del ricorso e dell'aderenza all'eventuale profilassi con antiretrovirali.

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.

Nell'ambito del coordinamento regionale dei piani di assistenza a domicilio per i pazienti con HIV/AIDS l'attività

del CCTAD si pone l'obiettivo di confermare le dimensioni della risposta data al bisogno di assistenza extraospedaliera, con circa 400 pazienti inseriti nel percorso sia presso il proprio domicilio che presso una struttura protetta e di ridefinirne i piani terapeutici.
E' inoltre attesa la realizzazione di programmi di intervento rivolti alle persone inconsapevoli del loro stato di infezione e con scarso accesso al test nelle strutture tradizionali, attraverso l'offerta del test HIV direttamente in comunità ed in occasione di altre motivazioni di accesso alle strutture sanitarie quali la presenza di patologie indicative o la gravidanza/genitorialità.

Copia

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	2012
REFERENTE	Salvatore Mannino

ASPETTI FINANZIARI	
COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€4.771.236,09
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2012	100%
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO	
CONTESTO	IFO (Istituti Fisioterapici Ospitalieri): <ul style="list-style-type: none"> ▪ Istituto Tumori Regina Elena di Roma; ▪ Istituto Dermatologico San Gallicano di Roma.
DESCRIZIONE	Promozione di reti nazionali e regionali per tumori rari: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sarcomi e altri di pertinenza toracica, otorino, esofagea, tratto digestivo, apparato urologico, apparato neurologico e ginecologico; ▪ Neuroendocrini; ▪ Tumori rari della cute.
OBIETTIVI	<ul style="list-style-type: none"> ▪ creare una collaborazione permanente tra strutture sanitarie con lo scopo di migliorare la diagnosi precoce e il trattamento tempestivo; ▪ fare in modo che la diagnosi e il trattamento avvengano secondo protocolli uniformi 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;

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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; <p>Inoltre</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Numero di nuove diagnosi per tipologia neoplastica; ▪ Numero pazienti presi incarico; ▪ Numero di pazienti in follow-up.
RISULTATI ATTESI	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Miglioramento dell'accesso ai percorsi diagnostico-terapeutici; ▪ Miglioramento della qualità percepita.

**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	<p>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.</p> <p>Ciò attraverso un potenziamento delle attività sia delle strutture regionali che dei Servizi delle AUSL che operano in tale ambito.</p> <p>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.</p> <p>Pertanto si ritiene necessario potenziare tre aspetti fondamentali per un corretto approccio a tale problema di salute:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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
----------	---

	<p style="text-align: center;">materiali contenenti amianto</p> <p>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.</p>
DESCRIZIONE	<p>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</p> <p>Saranno coinvolte nelle attività progettuali:</p> <p>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</p> <p>Il Centro Operativo Regionale (COR), che opera presso il Dipartimento di epidemiologia della AUSL RME e gestisce il Registro regionale dei mesoteliomi maligni</p> <p>I Servizi Presal delle 12 AUSL della Regione Lazio, che operano all'interno dei Dipartimenti di Prevenzione</p> <p>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.</p>

<p>OBIETTIVI</p>	<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 <p>2) Realizzare programmi di sorveglianza epidemiologica, attraverso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 <p>3) Potenziare la prevenzione e la vigilanza sulle attività relative all'amianto, attraverso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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
<p>TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)</p>	<p>Annuale</p>
<p>INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - incremento % del n. di siti mappati - report epidemiologico di stima dei rischi sul territorio regionale - almeno 6 sportelli informativi dedicati nelle AUSL
<p>RISULTATI ATTESI</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 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

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	Linea progettuale 19 Controlli sulla contaminazione da diossine
TITOLO DEL PROGETTO	Piano di monitoraggio per la ricerca delle diossine negli alimenti di origine animale
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi - 2013
REFERENTE	Ugo Della Marta

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 85.042,00
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2012	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	
SOGGETTI ATTUATORI	Istituto Zooprofilattico Sperimentale Lazio e Toscana

IL PROGETTO

CONTESTO	<p>Gli episodi legati alla contaminazione ambientale verificatisi in Europa ed in alcune aree del territorio nazionale hanno confermato la necessità di definire interventi a salvaguardia della salute umana, affrontando il tema della sicurezza dagli alimenti di origine animale prodotti nelle aree con criticità ambientale.</p> <p>Ai sensi del decreto legislativo 14 aprile 2006, n. 152 recante norme in materia ambientale, il Ministero dell'ambiente e della tutela del territorio e del mare, in caso di pericoli anche solo potenziali per la salute umana e per l'ambiente, ha facoltà di adottare, in applicazione del principio di precauzione di cui all'art. 174, paragrafo 2 del Trattato CE, "misure di prevenzione necessarie, anche a carattere inibitorio di opere, lavoro o di attività antropiche".</p> <p>L'articolo 252, comma 1, del D. Lgs. 152/2006 definisce i Siti di Interesse</p>
----------	---

	<p>Nazionale (SIN) come quei siti, ai fini della bonifica, individuabili in relazione a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • caratteristiche del sito; • quantità e pericolosità degli inquinanti presenti; • rilievo dell'impatto sull'ambiente circostante in termini di rischio sanitario ed ecologico, nonché di pregiudizio per i beni culturali ed ambientali. <p>In tale contesto, per definire gli interventi di interesse nazionale da adottare è indispensabile rafforzare le misure a tutela dei consumatori partendo dalle informazioni di carattere ambientale con il coinvolgimento del Ministero della Salute e delle Regioni per gli aspetti di gestione sanitaria e dell'Istituto Superiore di Sanità e dell'Istituto G. Caporale di Teramo, quale Centro di riferimento per la valutazione del rischio sanitario. In particolare, le conoscenze sui principali contaminanti presenti nei SIN forniscono, ad oggi, un quadro sufficientemente esaustivo sui pericoli esistenti e le fonti di contaminazione, ma non permettono ancora di quantificare il rischio sanitario legato al consumo di alimenti prodotti in prossimità dei siti stessi.</p> <p>L'interdizione di intere aree circostanti la fonte di inquinamento ad ogni tipo di coltivazione e uso agricolo e al pascolo e il divieto di commercializzazione delle derrate rappresenta, in alcuni casi, un intervento di tipo prudenziale e cautelativo, in assenza di un comprovato rischio per la salute pubblica.</p> <p>Pertanto, un approfondimento analitico sulla migrazione degli agenti inquinanti nella catena trofica alimentare, oltre a fornire uno strumento per la valutazione del rischio sanitario, allo scopo di garantire un elevato livello di protezione della salute, rappresenta un supporto alle Autorità competenti in materia ambientale e può scongiurare l'adozione di interventi non dettati dal reale rischio per la salute pubblica ma che comportano un indubbio riflesso economico sulle produzioni agro-alimentari.</p> <p>Inoltre, se solo si considera che il dato sanitario, nel suo complesso, rappresenta l'elemento dirimente per l'attuazione o meno degli interventi di bonifica dei siti contaminati, si comprende l'importanza di attuare un piano di monitoraggio dei contaminanti ambientali negli alimenti di origine animale prodotti all'interno del SIN o in prossimità di esso o più in generale in aree che potrebbero risentire dell'azione antropica in termini di inquinamento.</p>
DESCRIZIONE	<p>Per il 2013 la Regione Lazio, nel contesto del Piano Nazionale di Monitoraggio dei contaminanti ambientali in alimenti di origine animale prodotti nei siti di interesse nazionale (SIN), ha individuato il sito di interesse nazionale denominato "Frosinone", di cui al Decreto ministero ambiente 2 dicembre 2002 (G.U. 07/03/03), quale area da sottoporre ad indagine, secondo il seguente schema operativo:</p> <p><u>Monitoraggio nel SIN denominato "Frosinone" Decreto ministero ambiente 2 dicembre 2002 (G.U. 07/03/03):</u></p> <p>Il programma tiene conto di quanto concordato con il Gruppo Tecnico di coordinamento, istituito dal Ministero della Salute, nel corso dell'incontro svoltosi in data 18.04.2012.</p>

1. **Durata del monitoraggio:** dal 01.01.2013 al 31.12.2013
2. **Tipologia di campionamento:** monitoraggio
3. **Matrice oggetto del campionamento nei SIN:** La matrice oggetto di valutazione analitica è il latte ovi-caprino di massa.
4. **Numero di campioni:** 30 - ogni campione deve essere costituito da 2 unità campionarie, ciascuna da 500 ml.
5. **Numero di allevamenti oggetto di campionamento:** 30 (tutti gli allevamenti oggetto del Piano devono essere sottoposti a localizzazione geografica (GPS – formato decimale)) I 30 allevamenti saranno individuati a partire da quelli individuati dal Servizio Veterinario di Frosinone con nota prot. 3249 del 27.08.12, riportati di seguito. Per la selezione degli allevamenti verrà data la priorità ai comuni non interessati dal precedente Piano di cui alla determinazione regionale n. B8333 del 4 novembre 2011. Tra i comuni di seguito elencati quelli ricadenti nella perimetrazione del SIN Bacino Idrografico del fiume Sacco sono : Anagni, Paliano, Frosinone, Supino ed una parte del comune di Veroli.
6. **Verbale di prelievo** (*un verbale per ciascun campione*) : modello presente nel sistema SINVSA
7. **Azienda USL responsabile del prelievo e della raccolta dei dati relativi singoli campioni:** Frosinone
8. **Laboratorio competente per territorio:** IZS Lazio e Toscana - Roma
9. **Laboratori di analisi:** IZS Lazio e Toscana - Roma
10. **Modalità di campionamento:** per ogni campione andranno prelevate n. 2 unità campionarie, ciascuna da 500 ml, poste in confezioni separate, integre, chiuse ermeticamente ed inviate refrigerate all'IZS competente per territorio. Una delle 2 unità campionaria dovrà essere posta in un contenitore in vetro. Ogni campione sarà accompagnato da un verbale di prelievo, scaricabile dal SINVSA all'indirizzo <http://www.vetinfo.sanita.it>
11. **Ricerche:** diossine e PCB e contaminanti ambientali
12. **Flusso informativo:** l'IZS territorialmente competente effettuerà il trasferimento dei dati dei controlli effettuati nel Portale del sistema Informativo Veterinario del Ministero della Salute.
13. **costi :** €42.521,00
14. **indicatori :** 40 % dell'attività di campionamento e relativo trasferimento dei dati dei controlli effettuati nel Portale del sistema Informativo Veterinario del Ministero della Salute al 31 agosto 2013.

Inoltre, considerata l'attività di pesca esercitata sulle coste laziali, la Regione

Lazio ha esteso il piano di monitoraggio per la ricerca delle diossine e dei metalli pesanti anche al pescato locale, secondo il seguente schema operativo :
Monitoraggio pescato: le specie ittiche oggetto del programma di monitoraggio e il numero di campioni ad esse attribuito rispecchia le indicazioni del Ministero della Salute.

1. **Durata del monitoraggio:** dal 01.01.2013 al 31.12.2013
2. **Tipologia di campionamento:** monitoraggio
3. **Matrice oggetto del campionamento:**
 alice (Engraulidae)
 sardina (Clupeide)
 merluzzo (Merluccidi)
 pesce spada (Xiphiidae)
4. **Numero di campioni:** n. 7 alici n. 5 sardine n. 5 merluzzi n. 10 pesce spada , ripartiti come da tabella sottostante

Ausl	sardina	alice	merluzzo	Pesce spada	totale
RMF	1	1	1	2	5
RMD	1	1	1	2	5
RMH	2	1	1	2	6
LATINA	3	2	2	4	11
Totale	7	5	5	10	27

5. **Verbale di prelievo** (*un verbale per ciascun campione*): modello presente nel sistema SINVSA
6. **Aziende USL responsabili del prelievo e della raccolta dei dati relativi singoli campioni:** RMF, RMD, RMH, LATINA
7. **Laboratorio competente per territorio:** IZS Lazio e Toscana - Roma
8. **Laboratori di analisi:** IZS Lazio e Toscana – Roma
9. **Modalità di campionamento:** per ogni campione andranno prelevate n. 2 unità campionarie, ciascuna da 1 kg, poste in confezioni separate, integre, chiuse ermeticamente ed inviate refrigerate all'IZS competente per territorio. Ogni campione sarà accompagnato da un verbale di prelievo, scaricabile dal SINVSA all'indirizzo <http://www.vetinfo.sanita.it>
10. **Ricerche:** diossine e PCB, metalli pesanti e IPA
11. **Flusso informativo:** l'IZS territorialmente competente effettuerà il trasferimento dei dati dei controlli effettuati nel Portale del sistema Informativo Veterinario del Ministero della Salute.
12. **costi :** €42.521,00
13. **indicatori :** 40 % dell'attività di campionamento e relativo trasferimento dei dati dei controlli effettuati nel Portale del sistema Informativo Veterinario del Ministero della Salute al 31 agosto 2013.

OBIETTIVI	<p>Il piano si propone 2 obiettivi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • avviare un'attività di monitoraggio del latte ovicaprino prodotto nel sito di interesse nazionale denominato "Frosinone", allo scopo di fornire dati necessari per una corretta valutazione del rischio legato alla sicurezza alimentare. L'area del SIN di Frosinone coincide con l'intera superficie della provincia di Frosinone comprendente un totale di 86 comuni. In tale area rientra anche in parte l'area del SIN del bacino del fiume Sacco già monitorata nel precedente piano di cui alla determinazione regionale n. B8333 del 4 novembre 2011. • avviare un'attività di monitoraggio sul pescato locale sulle seguenti specie ittiche: alice (Engraulidae) sardina (Clupeide) merluzzo (Merluccidi) pesce spada (Xiphiidae), sempre allo scopo di ricavare dati utili per una valutazione sulla migrazione degli agenti inquinanti nella catena trofica alimentare.
TEMPI DI ATTUAZIONE	Il piano ha inizio il primo gennaio 2013 e si conclude il 31 dicembre 2013
INDICATORI	40 % dell'attività di campionamento e relativo trasferimento dei dati dei controlli effettuati nel Portale del sistema Informativo Veterinario del Ministero della Salute al 31 agosto 2013.
RISULTATI ATTESI	Esecuzione del 100 % dei campioni programmati e relativo trasferimento dei dati analitici nel Portale del sistema Informativo Veterinario del Ministero della Salute da parte dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale Lazio e Toscana.

DESTINATARI DEL FINANZIAMENTO E CRITERI DI RIPARTIZIONE
--

Il finanziamento di € 85.042,00 è interamente destinato all'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Regioni Lazio e Toscana.

Linea progettuale	Progetti	Importo Vincolato	Costi	%	Roma A	Roma B	Roma C	Roma D	Roma E	Roma F		
linea 1	Cure primarie											
		1.01	Miglioramento della rete assistenziale	37.269.635,00		8.216.865,63	0,00	2.186.952,00	155.173,08	0,00	0,00	
		1.02	Continuità delle cure in un sistema integrato		700.000,00		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
			SUBTOTALE	37.269.635,00		37.969.635,00	25,00					
linea 2	Non autosufficienza											
		2.01	La rete dei servizi territoriali per la non autosufficienza		19.071.154,00		1.696.852,42	2.221.158,57	1.860.167,22	1.841.248,96	1.756.695,89	1.002.667,97
		2.02	Assistenza a pazienti affetti da malattie neurologiche degenerative e invalidanti	2.119.017,00	2.119.017,00		188.592,50	247.924,99	207.663,67	205.544,65	194.949,56	112.307,90
		2.03	Assistenza a pazienti affetti da demenza	2.119.017,00	2.119.017,00		188.592,50	247.924,99	207.663,67	205.544,65	194.949,56	112.307,90
	SUBTOTALE	23.309.188,00		23.309.188,00	15,35							
linea 3	Promozione dei modelli organizzativi assistenziali dei pazienti in stato vegetativo e di minima coscienza nella fase di cronicità											
		3.00	percorsi assistenziali SUAP per soggetti SV o in SMC - Percorsi di assistenza domiciliare		2.119.017,00		46.192,50	60.724,99	50.863,67	50.344,65	47.749,56	27.507,90
			SUBTOTALE	2.119.017,00		2.119.017,00	1,40					
linea 4	Cure palliative e terapia del dolore											
		4.00	Cure palliative e terapia del dolore	10.595.085,00	10.595.085,00		731.808,65	962.040,63	805.811,57	797.589,25	756.476,33	435.796,18
	SUBTOTALE			10.595.085,00	6,98							
linea 5	Interventi per le biobanche di materiale umano											
		5.01	sangue cordonale		1.000.000,00		0,00	0,00	363.003,90	0,00	0,00	0,00
		5.02	tessuto muscolo scheletrico		600.000,00		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	SUBTOTALE	1.589.263,00		1.600.000,00	1,05							
linea 6	Sanità penitenziaria											
		6.01	tutela delle detenute sottoposte a provvedimenti penali e della loro prole		1.300.000,00		0,00	1.087.070,00	0,00	0,00	0,00	123.275,00
		6.02	la salute mentale		1.300.000,00		290.014,18	411.833,59	0,00	16.401,23	23.932,82	120.345,15
		6.03	la salute dei minori		716.875,00		79.428,27	154.610,55	0,00	68.056,76	70.352,77	65.749,89
		6.04	sistema informativo		735.854,00		73.585,43	183.963,48	0,00	18.396,35	18.396,35	91.981,74
	SUBTOTALE				4.052.729,00	2,67						
linea 7	Efficienza fisica dell'anziano											
				0,00		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
	SUBTOTALE			0,00	0,00							
linea 8	Tutela della maternità e promozione dell'appropriatezza del percorso nascita											
		8.01	favorire l'allattamento al seno anche attraverso l'integrazione ospedale territorio		1.200.000,00		69.292,80	126.618,88	81.907,20	99.806,72	81.616,64	57.763,84
		8.02	razionalizzazione dell'attività di ricovero pazienti in età evolutiva (reparto di pediatria)		10.500.000,00		0,00	521.908,93	462.000,00	480.150,14	0,00	224.814,25
		8.03	realizzazione e monitoraggio rete di assistenza perinatale		6.797.915,63		0,00	888.889,30	620.622,00	146.695,02	100.000,00	277.777,96
		8.04	supporto alla gravidanza in condizioni di "vulnerabilità" e prevenzione dell'interruzione volontaria di gravidanza	2.119.017,00	2.119.017,00		123.773,27	162.713,19	136.289,68	134.898,97	127.945,41	73.707,68
	SUBTOTALE			20.616.932,63	13,57							
linea 9	Malattie rare											
		9.00	malattie rare	2.119.017,00	3.060.381,00		100.000,00	100.000,00	300.000,00	0,00	150.000,00	48.412,96
	SUBTOTALE			3.060.381,00	2,02							
linea 10	Valorizzazione del volontariato											
				0,00		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
	SUBTOTALE			0,00	0,00							
linea 11	Riabilitazione											
				0,00		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
	SUBTOTALE			0,00	0,00							
linea 12	Salute mentale											
		12.00	Latium Mental Health		3.771.969,53		379.840,00	269.609,64	368.400,00	1.031.755,70	300.000,00	121.412,46
	SUBTOTALE			3.771.969,53	2,48							

linea 13	Piano nazionale della prevenzione		Piano Regionale della Prevenzione 2010 – 2012. Linee prioritarie e interventi di formazione.	25.428.205,00	30.479.876,00			2.715.756,95	3.550.905,55	2.971.787,91	2.941.308,03	2.807.196,58	1.603.241,48
		13.02	Salva cuore-Promozione della salute e prevenzione delle patologie cardiovascolari		0,00			0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
		13.03	Prevenzione nel campo oncologico per la donna		0,00			0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
		13.04	Prevenzione tubercolare e infettiva		0,00			0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
			SUBTOTALE		25.428.205,00	30.479.876,00	20,07						
linea 14	Contrasto delle disuguaglianze in sanità	14.00		5.297.543,00	5.297.543,00			506.598,00	443.998,98	328.904,59	331.741,91	335.888,06	274.421,93
			SUBTOTALE			5.297.543,00	3,49						
linea 15	Promozione dell'approccio di genere in sanità	15.00		1.059.509,00	1.467.775,56			0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
			SUBTOTALE			1.467.775,56	0,97						
linea 16	Diagnosi da infezione da HIV	16.00		1.589.263,00	1.707.664,19			0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
			SUBTOTALE			1.707.664,19	1,12						
linea 17	Promozione di rete nazionale per i tumori rari	17.00		1.589.263,00	4.771.236,09			0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
			SUBTOTALE			4.771.236,09	3,14						
linea 18	Sorveglianza epidemiologica Amianto	18.00		1.059.509,00	1.059.509,00			54.959,08	54.959,08	54.959,08	54.959,08	254.959,10	54.959,08
			SUBTOTALE			1.059.509,00	0,70						
TOTALE				115.143.514,00		151.878.541,00	100,00	15.462.152,18	11.696.855,34	11.006.996,16	8.579.615,15	7.221.108,63	4.828.451,27
TOTALE FONDO						151.878.541,00							
linea 19	Controllo sulla contaminazione da diossine	19.00		85.042,00	85.042,00			0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Roma G	Roma H	VITERBO	FROSINONE	LATINA	RIETI	AO SC	AO SG	AO SFN	S. ANDREA	PUI	PTV	IFO	INMI	ARES	ASP	IZS
5.785.000,00	1.500.000,00	1.500.000,00	8.699.380,29	134.000,00	9.092.264,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	700.000,00	0,00	0,00
1.629.287,19	1.643.958,49	1.169.457,56	1.844.723,74	1.749.746,33	655.189,66	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
180.116,45	182.235,46	129.260,04	205.544,65	192.830,55	72.046,58	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
180.116,45	182.235,46	129.260,04	205.544,65	192.830,55	72.046,58	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
44.116,45	44.635,46	31.660,04	50.344,65	47.230,55	17.646,58	1.600.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
698.918,36	707.140,98	501.576,68	797.589,25	748.253,80	279.567,32	177.449,00	177.449,00	177.449,00	177.449,00	653.911,00	653.911,00	177.449,00	177.449,00	0,00	0,00	0,00
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	636.996,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	600.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0,00	0,00	0,00	0,00	89.655,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0,00	99.993,84	115.537,75	144.221,88	27.402,16	50.317,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0,00	59.545,76	64.284,34	73.028,74	37.416,09	44.401,83	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0,00	45.990,87	45.990,87	165.567,17	45.990,87	45.990,87	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
101.439,56	101.095,68	48.832,00	69.110,20	99.098,88	23.417,60	60.000,00	60.000,00	60.000,00	0,00	60.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1.203.936,61	1.472.317,16	495.441,63	1.475.490,57	1.237.683,22	310.000,00	670.000,00	136.974,00	0,00	638.426,48	1.170.857,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
146.695,02	146.695,02	146.695,02	1.215.338,63	293.390,04	335.000,00	650.000,00	607.895,00	611.111,31	0,00	611.111,31	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
118.210,44	119.601,15	84.833,37	134.898,97	126.554,70	47.284,17	450.000,00	91.098,00	0,00	0,00	91.098,00	0,00	0,00	96.110,00	0,00	0,00	0,00
135.000,00	82.164,55	31.766,12	69.859,72	300.000,00	35.000,00	241.000,00	0,00	0,00	0,00	1.033.602,00	80.000,00	353.575,65	0,00	0,00	0,00	0,00
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
310.000,00	211.071,71	123.182,34	125.697,68	466.000,00	65.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

2.602.981,41	2.627.365,31	1.868.416,40	2.947.404,01	2.795.004,63	1.048.507,73	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
301.371,90	304.902,24	190.779,81	178.778,06	234.562,14	96.241,20	30.000,00	30.000,00	30.000,00	30.000,00	30.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.619.354,19	0,00
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	500.000,00	967.775,56	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.707.664,19	0,00	0,00	0,00	0,00
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4.771.236,09	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
54.959,08	54.959,08	254.959,10	54.959,08	54.959,08	54.959,08	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
13.492.148,92	9.585.908,22	6.931.933,11	18.457.481,94	8.872.608,59	12.344.880,60	3.878.449,00	1.103.416,00	878.560,31	845.875,48	4.287.575,41	1.233.911,00	6.870.036,30	1.981.223,19	700.000,00	1.619.354,19	0,00	0,00
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	85.042,00