

Oggetto: Recepimento dell'Accordo Stato Regioni del 26 ottobre 2017 (Rep. Atti n. 181/CSR), relativo all'assegnazione alle regioni delle quote vincolate alla realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2017, ai sensi dell'art. 1, comma 34 e 34-bis della Legge 23 dicembre 1996, n. 662 e smi. Ripartizione della quota del fondo vincolato per l'anno 2017 e rendicontazione dell'esercizio 2016.

IL COMMISSARIO AD ACTA

VISTI, per quanto riguarda i poteri:

- lo Statuto della Regione Lazio;
- la Legge Costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3;
- la Legge Regionale 18 febbraio 2002, n. 6 e smi;
- il Regolamento Regionale n. 1 del 6 settembre 2002, concernente l'organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta Regionale e smi;
- la DGR n. 523 del 11 novembre 2011 avente ad oggetto: *"Adozione del regolamento regionale concernente: "Modifiche al regolamento regionale 6 settembre 2002, n. 1 (Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale)" e successive modifiche"*;
- la Deliberazione del Consiglio dei ministri del 10 aprile 2018 con la quale è stato conferito al Presidente pro-tempore della Giunta della Regione Lazio, dott. Nicola Zingaretti, l'incarico di Commissario *ad acta* per l'attuazione del vigente piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Lazio, secondo i Programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 e successive modifiche ed integrazioni;
- la DGR n. 203 del 24 aprile 2018 concernente: *"Modifica al Regolamento regionale 6 settembre 2002, n. 1 Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale e successive modificazioni"* che ha istituito la Direzione regionale Salute e Integrazione sociosanitaria;
- la DGR n. 271 del 5 giugno 2018 di conferimento di incarico al dott. Renato Botti della Direzione regionale Salute e integrazione sociosanitaria ai sensi del Regolamento di organizzazione del 6 settembre 2001 n. 1. Approvazione schema di contratto;
- la Determinazione della Direzione regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria n. G07633 del 13 giugno 2018 di istituzione delle strutture organizzative di base denominate Aree e Uffici della medesima Direzione;

- VISTO il decreto dirigenziale del 1^o agosto 2018, n. G09824 "Delega, ai sensi degli articoli 164 e 166 del r.r. n. 1/2002, al dott. Luca Casertano, dirigente dell'Area Programmazione della rete ospedaliera e risk management, ad adottare gli atti indifferibili e urgenti del Direttore della direzione regionale Salute e integrazione sociosanitaria";

- VISTO il decreto dirigenziale del 1^o agosto 2018, n. G09825 "Delega, ai sensi degli articoli 164 e 166 del r.r. n. 1/2002, alla dott.ssa Lorella Lombardozzi, dirigente dell'Area Risorse farmaceutiche, ad adottare gli atti indifferibili e urgenti del Direttore della direzione regionale Salute e integrazione sociosanitaria".



VISTI, per quanto riguarda il piano di rientro:

- il DCA n. U00052 del 22 febbraio 2017 recante: *“Adozione del Programma operativo 2016 – 2018 a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi della Regione Lazio nel settore sanitario denominato «Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale» e successive modifiche ed integrazioni”*;
- la DGR 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”*;
- la DGR n.149 del 6 marzo 2007 avente ad oggetto: *“Presenza d’atto dell’Accordo Stato Regione Lazio ai sensi dell’art. 1, comma 180, della legge n. 311/2004, sottoscritto il 28 febbraio 2007. Approvazione del piano di rientro”*;
- il nuovo Patto per la Salute sancito dalla Conferenza Stato, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano del 3 dicembre 2009 con il quale, all’art. 13, comma 14, è stato stabilito che, per le Regioni già sottoposte ai Piani di rientro e già commissariate all’entrata in vigore delle norme attuative del medesimo patto, restano fermi l’assetto commissariale previgente per la prosecuzione del Piano di rientro, secondo Programmi Operativi coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal Commissario *ad acta*, nonché le relative azioni di supporto contabile e gestionale;
- il D.Lgs 23 giugno 2011, n. 118 e s.m.i. avente ad oggetto *“Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42”*, con particolare riferimento agli artt. 29 e 30;

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

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



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

VISTO il decreto-legge 13 settembre 2012 n. 158, convertito con modificazioni con legge 8 novembre 2012, n. 189 *“Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del paese mediante un più alto livello di tutela della salute”*;

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

VISTA l’Intesa sulla proposta del Ministro della salute di deliberazione CIPE relativa all’assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate per l’anno 2016 per la realizzazione del Piano Sanitario Nazionale, ai sensi dell’articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 622, sancita dalla Conferenza Stato Regioni il 14 aprile 2016 (Rep. Atti n. 64/CSR);

VISTO l’accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministero della salute, sancito dalla Conferenza Stato Regioni nella seduta del 14 aprile 2016 (Rep. Atti n. 65/CSR), con il quale sono stati individuati gli indirizzi progettuali per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di livello nazionale per l’anno 2016 ed è stato definito 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 e successive integrazioni;

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

VISTO l’articolo 17, comma 1 della suddetta intesa concernente il nuovo Patto per la salute 2014-2016 che conferma, per gli anni 2014-2016, a valere sulle risorse di cui all’articolo 1, comma 1 dello stesso Patto, la destinazione di 200 milioni di euro annui, oltre alle risorse individuate a valere sulla quota di finanziamento vincolato per la realizzazione degli obiettivi del Piano sanitario nazionale ai sensi dell’articolo 1, comma 34 della legge 27 dicembre 1996, n. 662 e successive integrazioni;



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

VISTA l'Intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003 n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministero della Salute concernente il *“Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018”* (Rep. Atti 156/CSR del 13 novembre 2014);

VISTO l'Accordo, ai sensi dell'art. 4, comma 1 del D.Lgs n. 281/1997 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente il *“Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018 – Documento per la valutazione”* (Rep. Atti 56/CSR del 25/03/2015);

VISTO l'Accordo, ai sensi dell'articolo 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997 n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente il *“Documento tecnico di indirizzo per ridurre il burden del cancro – anni 2014-2016”* (Rep. Atti 144/CSR del 30 ottobre 2014);

VISTO l'accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento *“Piano Nazionale della cronicità”* (Rep. Atti n. 160/CSR del 15/09/2016);

VISTO il D.P.C.M. 12 gennaio 2017 *“Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. (17A02015)”*;

VISTA l'Intesa Rep. Atti n. 62/CSR del 14 aprile 2016 sulla proposta del Ministro della Salute di deliberazione CIPE relativa all'assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate alla realizzazione degli obiettivi del Piano sanitario nazionale per l'anno 2016;

PRESO pertanto atto che con l'Accordo del 14 aprile 2016 (Rep. Atti n. 65/CSR), per l'anno 2016 le linee progettuali per l'utilizzo, da parte delle Regioni, delle risorse vincolate ai sensi dell'articolo 1, comma 34 e 34-bis della legge 23 dicembre 1996, n. 662 per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, e i relativi vincoli economici, siano quelle di cui agli **allegati A e B** del sopraccitato accordo;

VISTO l'Accordo, ai sensi dell'art. 1, comma 34 e 34-bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, sulla proposta del Ministero della salute di linee progettuali per l'utilizzo da parte delle regioni delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere

prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2017 (Rep. Atti. n. 181/CSR del 26/10/2017);

VISTA l'Intesa ai sensi dell'art. 1, comma 34-*bis*, della legge 23 dicembre 1996, n. 662 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, 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 2017 (Rep. Atti. n. 182/CSR del 26/10/2017);

CONSIDERATO che, in virtù dell'attuale assetto organizzativo della Direzione regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria, le linee progettuali da implementare per l'anno 2017 possono essere suddivise tra le Aree come di seguito specificato:

Linee Progettuali Allegato A (Accordo del 26.10.2017)	Aree regionali competenti
1 Attività di assistenza primaria	Cure primarie
2 Sviluppo dei processi di umanizzazione all'interno dei percorsi assistenziali	Cure primarie
3 Cure Palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica	Cure primarie Programmazione Rete Ospedaliera e Risk Management
4 Piano nazionale prevenzione e supporto al Piano nazionale prevenzione	Prevenzione e Promozione della Salute
5 Gestione della cronicità. Modelli avanzati di gestione delle malattie croniche	Cure primarie Programmazione Rete Ospedaliera e Risk Management
6 Reti oncologiche	Programmazione Rete Ospedaliera e Risk Management.

CONSIDERATO che, con provvedimento dirigenziale n. G16436/2017, si è provveduto ad accertare l'importo di euro 134.567.209,00, per l'esercizio finanziario 2017, sul capitolo di entrata 227104, quale quota del FSN vincolata alla realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale;

CONSIDERATO che, con provvedimento dirigenziale n. G18858/2017, si è provveduto ad impegnare l'importo di euro 134.567.209,00, per l'anno 2017, sul capitolo di spesa H11101, quale quota del FSN vincolata alla realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale, ripartita tra le aziende sanitarie e la GSA secondo la tabella seguente:

AZIENDA	IMPORTO
ASL Roma 1	19.960.679,00
ASL Roma 2	25.792.746,00
ASL Roma 3	10.662.781,00
ASL Roma 4	5.862.322,00



AZIENDA	IMPORTO
ASL Roma 5	9.236.264,00
ASL Roma 6	9.963.071,00
ASL Viterbo	6.637.332,00
ASL Rieti	3.858.917,00
ASL Latina	10.530.050,00
ASL Frosinone	11.355.206,00
A.O. San Camillo Forlanini	3.314.528,00
A.O. S. Giovanni	1.438.009,00
Policlinico Umberto I	3.688.990,00
I.F.O.	6.937.525,00
INMI (Spallanzani)	1.995.975,00
A.O. S. Andrea	1.176.416,00
Policlinico Tor Vergata	1.319.365,00
Ares 118	706.151,00
G.S.A.	130.882,00
TOTALE	134.567.209,00

PRESO ATTO che il citato Accordo del 26 ottobre 2017 (Rep. Atti n. 181/CSR), sancisce che:

- alle Regioni verrà erogato da parte del MEF, a titolo di acconto, il 70% delle risorse;
- al fine dell'erogazione della quota residua del 30%, le Regioni dovranno presentare al MdS, con DGR o atto equivalente, entro 60 giorni dalla stipula dell'accordo medesimo, specifici progetti nell'ambito degli indirizzi individuati nel sopracitato accordo;
- nella delibera o atto equivalente dovrà essere contenuta anche una specifica relazione che illustri i risultati raggiunti, per singolo progetto, nell'anno precedente e degli stati di avanzamento per i progetti pluriennali; ciascun progetto inoltre, dovrà essere corredato da un prospetto che evidenzi:
 - o gli obiettivi qualitativi e quantitativi che si intendono conseguire;
 - o i tempi entro i quali tali obiettivi si ritengono raggiungibili;
 - o i costi connessi;
 - o gli indicatori, preferibilmente numerici, che consentano di misurare la validità dell'intervento proposto;
- all'erogazione del 30% residuo si provvederà nei confronti delle singole Regioni, a seguito dell'approvazione dei progetti da parte della Conferenza su proposta del MdS, previa valutazione favorevole del Comitato permanente per la verifica dei LEA di cui all'art. 9 dell'Intesa del 23 marzo 2005;
- nel caso in cui i progetti non vengano presentati nel termine di cui sopra ovvero non vengano approvati in quanto carenti di uno o più elementi essenziali di cui ai punti precedenti, non si farà luogo all'erogazione della quota residua del 30% e si provvederà al recupero, anche a carico delle somme a qualsiasi titolo spettanti nell'anno successivo, dell'anticipazione del 70% già erogata;

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

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

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

PRESO ATTO delle schede relative a ciascuna linea progettuale, che costituiscono il Piano regionale di utilizzo delle risorse vincolate anno 2017, allegato al presente provvedimento, che ne costituisce parte integrante e sostanziale (**Allegato 1** – Piano regionale di utilizzo risorse vincolate anno 2017);

PRESO ATTO del riepilogo della ripartizione della quota di fondo vincolato per linea progettuale e per Azienda beneficiaria, relativo all’anno 2017, riportato nel prospetto allegato al presente provvedimento, che ne costituisce parte integrante e sostanziale (**Allegato 2** – Prospetto riepilogativo riparto fondo anno 2017);

PRESO ATTO delle relazioni predisposte dalle Aree regionali competenti con riferimento alle attività svolte per le linee progettuali previste per gli obiettivi di piano 2016, allegate al presente provvedimento, che ne costituiscono parte integrante e sostanziale (**Allegato 3** – Relazioni 2016);

CONSIDERATO che, al fine di predisporre la relazione illustrativa dei risultati raggiunti nel corso dell’anno 2017, di cui all’art.1, comma 34-*bis* della legge 23 dicembre 1996 n. 662, come novellato dall’art. 79, comma 1-*quater* della legge 6 agosto 2008 n. 133, è necessario acquisire la rendicontazione dei costi sostenuti e la relazione sull’attività svolta nell’anno 2017 da parte delle aziende destinatarie del finanziamento,

PRESO ATTO che, in conformità a quanto previsto dall’articolo 29, comma e) del D.Lgs 23 giugno 2011, n. 118, le quote assegnate ma non utilizzate dalle Aziende nel corso dell’esercizio 2017, sono accantonate in un apposito fondo spese per essere rese disponibili negli esercizi successivi di effettivo utilizzo, fermo restando l’obbligo di rendicontazione – da parte dei destinatari del finanziamento – delle somme impiegate negli anni successivi;

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

DECRETA



- di recepire l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, Rep. Atti n. 181/CSR del 26 ottobre 2017, con il quale sono state definite, per l'anno 2017, le linee progettuali per l'utilizzo, da parte delle Regioni, delle risorse vincolate, ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34-bis della legge 23 dicembre 1996, n. 662, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2017;
- di approvare il Piano regionale di utilizzo delle risorse vincolate per l'anno 2017, allegato al presente provvedimento, che ne costituisce parte integrante e sostanziale, composto dalle schede relative a ciascuna linea progettuale (**Allegato 1** – Piano regionale di utilizzo delle risorse vincolate per l'anno 2017);
- di approvare il Prospetto riepilogativo del riparto delle risorse indicato in ciascuna scheda, allegato al presente provvedimento, che ne costituisce parte integrante e sostanziale, relativo al dettaglio del riparto fondi per linea progettuale e per azienda beneficiaria (**Allegato 2** – Prospetto riepilogativo riparto fondo anno 2017);
- di approvare le relazioni predisposte dalle Aree regionali competenti con riferimento alle attività svolte per le linee progettuali previste per gli obiettivi di piano 2016, allegate al presente provvedimento, che ne costituiscono parte integrante e sostanziale (**Allegato 3** – Relazioni 2016);
- di stabilire che i soggetti di cui all'Allegato 2 del presente provvedimento, destinatari della quota di fondo vincolato, trasmettano alle Aree regionali competenti, così come indicate nell'Allegato 1, la rendicontazione dei costi sostenuti nell'anno 2017 per lo svolgimento delle attività relative alle linee progettuali e la relazione sull'attività svolta nel 2017;
- di stabilire, in conformità a quanto previsto dall'articolo 29, comma e) del D.Lgs 23 giugno 2011, n. 118, che le quote assegnate ma non utilizzate dalle Aziende, nel corso dell'esercizio 2017, siano accantonate in un apposito fondo spese per essere rese disponibili negli esercizi successivi di effettivo utilizzo, fermo restando l'obbligo di rendicontazione, da parte dei destinatari del finanziamento, delle somme impiegate negli anni successivi.

Il presente decreto sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio nonché sul sito web della Regione Lazio all'indirizzo www.regione.lazio.it

NICOLA ZINGARETTI



ALLEGATO 1

**Piano regionale di utilizzo delle
risorse vincolate**

ANNO 2017

Linee progettuali n. 1-2-3-4-5-6

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

SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI

GENERALITÀ

REGIONE PROPONENTE	Lazio
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	1 - Attività di assistenza primaria
TITOLO DEL PROGETTO	Presa in carico della patologia cronica nel territorio: PDTA, Case della Salute e rete dei servizi
DURATA DEL PROGETTO	2017
REFERENTE	Dott. Valentino Mantini Dott.ssa Barbara Solinas

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2017	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	<p>Al fine di realizzare a livello territoriale un'efficace presa in carico delle persone affette da patologia cronica e organizzare una risposta rapida e puntuale ai bisogni assistenziali della popolazione, avendo come riferimento per gli interventi sanitari e sociosanitari il Chronic Care Model, la Regione Lazio intende proseguire nel processo di sviluppo di un sistema a rete, i cui cardini sono rappresentati da:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Assistenza primaria e Case della Salute; - Salute della donna, della coppia e del bambino; - Servizi territoriali per le persone non autosufficienti, anche anziane; - Servizi territoriali per le persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale; - Cure palliative. <p>In quest'ambito rientrano anche i specifici percorsi diagnostico terapeutico assistenziali (PDTA) per le principali patologie cronico degenerative e per le condizioni ad elevato impatto sociale quali, ad esempio: BPCO, Scompensazione cardiaca, Diabete, TAO.</p> <p>Per quanto riguarda l'accesso ai servizi, il Punto Unico di Accesso integrato sociosanitario (PUA) rappresenta la funzione di orientamento e di prima presa in carico, così come previsto dalla DGR 315 del 2011, ed una funzione fondamentale nel raccordo fra i diversi servizi.</p> <p>Nello specifico, la Regione Lazio intende proseguire nel processo di</p>
----------	---

	<p>consolidamento delle attività assistenziali presenti presso i presidi territoriali denominati "Casa della Salute" (CdS) nei quali garantire le funzioni dell'assistenza primaria avanzata (medica ed infermieristica), specialistica, area di sorveglianza temporanea, diagnostica di primo livello e, nelle forme organizzative più complesse, altre funzioni territoriali.</p>
	<p>Il percorso avviato in attuazione del Decreto Commissariale n. U00376 del 12 novembre 2014 di recepimento dell'Accordo Integrativo Regionale con i MMG del 3 ottobre 2014 (attuazione del protocollo di intesa del 23 luglio 2014), volto al graduale superamento delle forme associative della medicina generale e propedeutico a favorire l'introduzione di quelle previste dalla normativa vigente, è quasi concluso.</p> <p>Risultano al momento attive nel territorio le forme associative della medicina generale denominate UCP a sede unica, risultato della suddetta trasformazione e dei pediatri di libera scelta denominate UCCP volte al prolungamento dell'orario ambulatoriale per garantire una più ampia assistenza.</p> <p>Il DCA 376/2014 prevede anche, all'articolo 7, l'attivazione degli ambulatori per la copertura assistenziale nei giorni: sabato, domenica e festivi.</p>
DESCRIZIONE	<p>La CdS, articolazione del Distretto socio-sanitario, è un luogo fisico immediatamente riconoscibile dai cittadini, in grado di erogare un livello di assistenza primaria e intermedia che si colloca e si connette simmetricamente con l'ospedale e con la rete dei servizi sanitari e socio sanitari territoriali. Obiettivo della CdS è la presa in carico del paziente cronico e, in sinergia con la Medicina Generale, la gestione dei casi che necessitano di percorsi diagnostico terapeutico assistenziali, anche nell'ottica di ridurre gli accessi impropri al P.S. Nella CdS operano Medici di Medicina Generale (MMG) ed, in alcune realtà, Pediatri di libera scelta (PLS), medici di continuità assistenziale, medici specialisti (comprese le attività di diagnostica strumentale e di laboratorio), ambulatorio infermieristico, oltre ad altre attività di accoglienza (PUA, CUP ecc.) .</p> <p>Possono essere inoltre previste, in relazione alle necessità del territorio, altre figure professionali.</p> <p>Si renderà necessaria la revisione, sulla scorta delle esperienze in itinere, di alcuni aspetti organizzativi e funzioni della Casa della Salute, nonché dei requisiti minimi autorizzativi e schemi di Intesa per l'attivazione.</p> <p>Si renderà altresì necessario individuare in modo più specifico la stima del Fabbisogno di Case della Salute nella Regione Lazio, tenendo conto che in ambiti distrettuali di maggior dimensione o nei territori particolarmente ampi e dispersi, appaia utile attivare ulteriori Case della Salute.</p>

	<p>Si proseguirà inoltre nel monitoraggio delle attività delle strutture già esistenti, allo scopo di individuare eventuali criticità e favorire la diffusione di buone pratiche, anche tramite incontri con le Aziende USL per la discussione delle esperienze in essere.</p> <p>Parallelamente si proseguirà nel progressivo consolidamento delle funzioni territoriali svolte dalle Case della Salute, anche in coerenza con le istanze dei territori e con le risultanze delle esperienze in atto.</p>
	<p>Le forme associative dei MMG in essere, risultanti dalla trasformazione delle precedenti in attuazione del DCA 376/2014, sono denominate UCP e caratterizzate tutte dalla sede unica di attività. A seguito della trasformazione risultano attive 597 UCP composte di 3631 medici di assistenza primaria, che copre un bacino pari quasi al 90% della popolazione. Si prevede la definitiva attuazione con la messa a disposizione da parte di alcune ASL delle sedi aziendali, che hanno necessitato di interventi di adeguamento, e con la definizione di alcune situazioni particolari.</p> <p>Gli ambulatori di cure primarie per la copertura assistenziale nei giorni: sabato, domenica e festivi, aperti a tutti i cittadini, intendono realizzare in forma sperimentale la continuità delle cure primarie, promuovendo un rapporto di collaborazione tra i medici di medicina generale e le Aziende sanitarie. L'attività avviata progressivamente dal 1 dicembre 2014 nell'area di Roma Capitale, inizialmente in fase sperimentale, è proseguita negli anni 2015 e 2016 durante i quali sono stati attivati ulteriori ambulatori, anche nelle ASL di provincia. Si prevede la prosecuzione della attività e l'estensione degli ACP in tutte le Aziende nonché la possibilità per le Aziende di valutare l'istituzione di una seconda postazione sulla base dei risultati degli accessi mensili.</p>
<p>OBIETTIVI</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Prosecuzione del monitoraggio dell'attività delle Case della Salute avviate tramite gli indicatori per la valutazione delle attività assistenziali 2) Prosecuzione del consolidamento delle funzioni territoriali svolte dalle Case della Salute 3) Realizzazione di un Decreto volto alla revisione, sulla scorta delle esperienze in itinere, di alcuni aspetti organizzativi e funzioni della Casa della Salute, nonché dei requisiti minimi autorizzativi e schemi di Intesa per l'attivazione 4) Realizzazione di un Decreto volto alla individuazione della stima del Fabbisogno di Case della Salute nella Regione Lazio 5) Elaborazione di indicazioni operative per le AASSLL in relazione alle attività delle UCP e degli ACP. 6) Prosecuzione del monitoraggio periodico dell'attività degli ambulatori aperti il sabato/domenica e festivi.

	7) Valutazione della fase di sperimentazione.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	2017
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	<ul style="list-style-type: none"> - Disponibilità del monitoraggio dell'attività delle Case della Salute avviate, tramite gli indicatori per la valutazione delle attività assistenziali nelle prime Case della Salute attivate; - Consolidamento delle funzioni territoriali svolte dalle Case della Salute - Disponibilità di un Decreto volto alla revisione, sulla scorta delle esperienze in itinere, di alcuni aspetti organizzativi e funzioni della Casa della Salute, nonché dei requisiti minimi autorizzativi e schemi di Intesa per l'attivazione - Disponibilità di un Decreto volto alla individuazione della stima del Fabbisogno di Case della Salute nella Regione Lazio Circolari alle ASL
RISULTATI ATTESI	- Definitiva riorganizzazione dell'assistenza territoriale con piena attuazione delle forme UCP previste dal DCA 376/2014.

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, riconoscendo una quota di maggiorazione pari al 10% nelle ASL in cui è prevista l'apertura di una Casa della Salute, del 20% nelle ASL in cui è prevista l'apertura di 2 Case della Salute .

AZIENDA	IMPORTO
ASL Roma 1	3.189.024,00
ASL Roma 2	5.308.991,00
ASL Roma 3	2.435.997,00
ASL Roma 4	1.596.780,00
ASL Roma 5	1.648.191,00
ASL Roma 6	1.741.942,00
ASL Viterbo	1.235.388,00
ASL Rieti	757.563,00
ASL Latina	1.832.668,00
ASL Frosinone	2.753.538,00
TOTALE	22.500.082,00

**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	2. Sviluppo dei processi di umanizzazione all'interno dei percorsi assistenziali
TITOLO DEL PROGETTO	Le relazioni umane nella cura
DURATA DEL PROGETTO	2017
REFERENTE	Dr Valentino Mantini
ASPETTI FINANZIARI	
COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	Euro 15.827.174,00
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2017	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	
IL PROGETTO	
CONTESTO	<p>Sostenere azioni efficaci e costanti volte a trasformare le strutture sanitarie in luoghi di cura e di accoglienza, capaci di supportare il dolore e la malattia nel rispetto della dignità del paziente e dei suoi caregiver, si pone quale elemento base di progetti regionali in tema di umanizzazione.</p> <p>I risultati di salute sono, infatti, fortemente legati alla qualità delle relazioni umane che si delineano nei contesti sanitari, all'attenzione alla persona nella sua totalità fatta di bisogni organici, psicologici e relazionali.</p> <p>Lo sviluppo dei processi di umanizzazione prevede azioni a livello di informazione ed accoglienza, ma anche di condivisione e partecipazione nella definizione dei percorsi di cura.</p> <p>In linea con i programmi in tema di empowerment ed alfabetizzazione sanitaria, riveste sostanziale rilevanza la capacità del sistema sanitario di rafforzare le competenze dei cittadini nell'esercizio del diritto alla salute e degli operatori sanitari nelle loro capacità relazionali.</p>

	<p>Il programma di interventi, nell'ottica di un'azione sistemica regionale in tema di umanizzazione, sono declinabili in azioni formative e di cambiamento organizzativo.</p> <p>Vengono promosse iniziative in ambito:</p> <ul style="list-style-type: none"> - relazionale, con particolare attenzione al tema del rapporto medico-paziente, burn-out degli operatori;
DESCRIZIONE	<ul style="list-style-type: none"> - strutturale, con focus su progetti di miglioramento degli ambienti di cura e assistenza; - organizzativo, attraverso progetti di miglioramento dell'accoglienza, informazione, comunicazione. <p>Le aree assistenziali prioritariamente oggetto di interventi di miglioramento sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Area critica - Pediatria - Comunicazione - Oncologia - Assistenza domiciliare
OBIETTIVI	<ul style="list-style-type: none"> - sviluppare azioni e progetti di miglioramento della comunicazione medico-paziente; - sostenere progetti di valutazione partecipata; - supportare progetti formativi di alfabetizzazione sanitaria ai cittadini e caregiver; - potenziare le capacità relazionali degli operatori sanitari attraverso interventi di formazione specifici
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	2017
COSTI	
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	<ul style="list-style-type: none"> - presenza di iniziative formative in tema di informazione, comunicazione - presenza di progetti di cambiamento organizzativo - presenza di un programma aziendale di valutazione della qualità percepita
RISULTATI ATTESI	<ul style="list-style-type: none"> - miglioramento del benessere dei pazienti e caregiver - miglioramento della relazione e comunicazione - miglioramento della presa in carico

Tabella 1

Azienda	Sviluppo dei processi di umanizzazione all'interno dei percorsi assistenziali
ASL Roma 1	1.670.872,00
ASL Roma 2	2.401.218,00
ASL Roma 3	799.902,00
ASL Roma 4	341.735,00
ASL Roma 5	899.701,00
ASL Roma 6	902.725,00
ASL Viterbo	639.619,00
ASL Rieti	423.389,00
ASL Latina	981.354,00
ASL Frosinone	1.047.887,00
A.O. San Camillo Forlanini	603.329,00
A.O. S. Giovanni	603.329,00
Policlinico Umberto I	603.329,00
I.F.O.	317.541,00
INMI (Spallanzani)	1.995.975,00
A.O. S. Andrea	444.558,00
Policlinico Tor Vergata	444.558,00
Ares 118	706.152,00
G.S.A.	-
TOTALE	15.827.174,00

**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	3 - Cure palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica
TITOLO DEL PROGETTO	Consolidamento delle reti di cure palliative, con particolare riferimento alla domiciliarità
DURATA DEL PROGETTO	2017
REFERENTE	Dr. Valentino Mantini Dr. Domenico Di Lallo
ASPETTI FINANZIARI	
COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2017	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	
IL PROGETTO	

CONTESTO	<p>La DGR 87/2010 individua il modello assistenziale delle cure palliative pediatriche.</p> <p>Il DCA 83/2010 ha individuato l'organizzazione in rete che prevede 2 Hub (Policlinico Umberto I e Policlinico Tor Vergata) e relativi Spoke (ambulatori territoriali/ospedalieri).</p> <p>Il DCA 84/2010 ha definito la rete assistenziale delle cure palliative.</p>
DESCRIZIONE	<p>I progetti sono in continuità e coerenti con quanto già previsto dai seguenti riferimenti normativi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Legge 38/2010; - Intesa del 25 luglio 2012 in sede di Conferenza per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, di definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati terminali e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore (Rep atti n. 151/CSR del 25.7.2012) - Intesa del 19 febbraio 2015 in sede di Conferenza per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, in materia di adempimenti relativi all'accreditamento (Rep atti n.32/CSR del 19.2.2015)

	<ul style="list-style-type: none"> - Consolidamento delle attività e funzioni della Rete, previste dal DCA 84/2010, presso le strutture sanitarie del Lazio, anche a favore dei pazienti non oncologici, con particolare riferimento alle attività di Assistenza Domiciliare;
<p>OBIETTIVI</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Prosecuzione del Percorso di attuazione dell'Intesa 25 luglio 2012 recepito con DCA U00461 del 15.11.2013; - Analisi comparativa dell'offerta regionale di assistenza palliativa domiciliare rispetto ai contenuti dell'Intesa del 25 luglio 2012; - Prosecuzione del processo di accreditamento degli erogatori delle cure palliative; - Adempimenti relativi al Decreto del Ministero della Salute del 6 giugno 2012: "Istituzione del Sistema Informativo per il monitoraggio dell'Assistenza erogata presso gli Hospice", con messa a regime dell'invio dei flussi trimestrali; - Inserimento degli strumenti di valutazione multidimensionale della SUITE InterRai per le cure palliative (DCA U00361/2014) all'interno della piattaforma SIAT (Sistema Informativo Assistenza Territoriale); rilascio per le Aziende Sanitarie e le strutture erogatrici; - Informatizzazione del Modulo: "Richiesta di attivazione della rete locale cure palliative" per la presa in carico anche dei pazienti non oncologici, da parte dei MMG o del Medico Ospedaliero; rilascio per le Aziende Sanitarie e le strutture erogatrici; - Prosecuzione dell'attività del Coordinamento regionale della rete Assistenziale di Cure Palliative della Regione Lazio, che prevede, tra i suoi compiti, la costruzione e la organizzazione della Rete Locale; - Predisposizione di un provvedimento per la ridefinizione del fabbisogno in cure palliative; - Implementazione delle reti locali di cure palliative, sulla base del DCA 360/2016; - Promozione della presa in carico del paziente e della sua famiglia con continuità assistenziale dalla diagnosi alle cure domiciliari e residenziali in Hospice; - Promozione del Piano Formativo Regionale triennale con indirizzi strategici per la formazione degli operatori sanitari anche in ambito dell'assistenza ai pazienti in cure palliative con DCA U00582 del 15.12.2015;

	<ul style="list-style-type: none"> - Monitoraggio e raccordo delle attività dei centri <i>Spoke</i> per la terapia del dolore a cura dei due <i>Hub</i> di riferimento (Umberto I e Tor Vergata); - Attività di formazione a cura dei due <i>Hub</i> rivolta al personale dedicato alla terapia del dolore;
TEMPI DI ATTUAZIONE (cronoprogramma)	2017
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	<ul style="list-style-type: none"> • Consolidamento e potenziamento delle attività e funzioni della Rete; • Adozione del provvedimento relativo all'aggiornamento del fabbisogno delle cure palliative nella Regione Lazio.
RISULTATI ATTESI	<ul style="list-style-type: none"> • Consolidamento e potenziamento delle attività e funzioni delle Reti presso le strutture sanitarie del Lazio, con particolare riferimento all'assistenza domiciliare palliativo-specialistica. • Aggiornamento del fabbisogno nell'ambito residenziale e domiciliare

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

Azienda	Cure Palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica
ASL Roma 1	1.901.950,00
ASL Roma 2	2.244.550,00
ASL Roma 3	1.035.432,00
ASL Roma 4	563.046,00
ASL Roma 5	865.564,00
ASL Roma 6	977.219,00
ASL Viterbo	560.183,00
ASL Rieti	277.706,00
ASL Latina	990.579,00
ASL Frosinone	865.564,00
Policlinico Umberto I	469.523,00
Policlinico Tor Vergata	155.552,00
TOTALE	10.906.869,00

Linea progettuale 4. Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione

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

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	LAZIO
DECRETO COMMISSARIO AD ACTA (DATA E NUMERO)	DCA. n.U00017 del 16/01/2015 DCA n.U00309 del 06/07/2015 DCA n.U00593 del 16/12/2015
LINEA PROGETTUALE	Linea 4. Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione
TITOLO DEL PROGETTO	Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018
DURATA DEL PROGETTO	Periodo 2014-2018
REFERENTE	DOTT. DOMENICO DI LALLO

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 25.990.604,00
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	<p>Il Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2014-2018 rappresenta un importante strumento di programmazione degli interventi di prevenzione e promozione della salute a livello regionale.</p> <p>In linea con le indicazioni nazionali, il Piano si orienta verso l'adozione di interventi supportati da prove di efficacia o indicazioni di buone pratiche, che saranno monitorati nel tempo e valutati secondo l'impianto valutativo definito a livello nazionale con l'Intesa Stato-Regioni n. 56 del 25/03/2015.</p> <p>Ambizione comune del Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) e dei Piani regionali è quella di dare traduzione operativa all'idea della "Salute in tutte le Politiche".</p> <p>Il PRP 2014-2018, inoltre, affronta in maniera sistematica le disuguaglianze di salute, che includono in particolare il tema dell'accesso agli interventi di prevenzione da parte delle fasce vulnerabili di popolazione. A tal riguardo saranno valorizzate le azioni efficaci e gli strumenti operativi già sperimentati a livello regionale, al fine di favorire la massima efficienza delle azioni di contrasto alle disuguaglianze e l'omogeneità degli interventi.</p>
----------	--

DESCRIZIONE	<p>Con Intesa Stato-Regioni n.156 del 13 novembre 2014 è stato approvato il Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018. Esso individua 10 Macro obiettivi di salute ad elevata valenza strategica, perseguibili contemporaneamente da tutte le Regioni attraverso la messa a punto di Piani regionali che, pur essendo tarati sulle esigenze dei contesti specifici, utilizzano un comune approccio il più possibile intersettoriale e sistematico.</p>
	<p>Tali Macro obiettivi sono stati individuati sulla base delle seguenti priorità: ridurre il carico di malattia; investire sul benessere dei giovani; rafforzare e confermare il patrimonio comune di pratiche preventive; rafforzare e mettere a sistema l'attenzione a gruppi fragili; considerare l'individuo e le popolazioni in rapporto al proprio ambiente.</p> <p>La Regione Lazio ha provveduto alla emanazione dei seguenti Atti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Decreto del Commissario ad Acta n.U00017 del 16/01/2015 con il quale si è proceduto al recepimento del PNP, definendo il quadro di contesto e individuando i programmi regionali; - Decreto del Commissario ad Acta n.U00309 del 06/07/2015 di approvazione del Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018; - Decreto del Commissario ad Acta n. U00593 del 16/12/2015 di modifica e integrazione PRP 2014-2018 ai sensi del Documento di valutazione di cui all'Accordo Stato-Regioni n.56 del 25/03/2015. <p>Il Piano regionale della Prevenzione è articolato nei seguenti programmi regionali:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Promozione di stili di vita salutari nella popolazione generale per guadagnare salute nel Lazio 2. Prevenzione e controllo delle MCNT a maggior rilevanza quali malattie CV, tumori, diabete e conseguenze dei disturbi neurosensoriali congeniti 3. Promozione della salute e del benessere nelle scuole 4. Prevenzione degli incidenti domestici e stradali 5. Prevenzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali 6. Ambiente e salute 7. Prevenzione e controllo delle malattie infettive 8. Sicurezza alimentare e Sanità pubblica veterinaria 9. Supporto Regionale allo sviluppo del PRP <p>All'interno di tali programmi sono stati definiti progetti ed azioni tra loro connessi e rivolti alla realizzazione di attività tra loro coerenti e coordinate.</p> <p>Ai fini dell'attuazione del PRP la Regione Lazio ha applicato un modello organizzativo teso a favorire le azioni di accompagnamento tecnico e di coordinamento tra Regione e i diversi soggetti attuatori del Piano.</p>

OBIETTIVI	Agevolare la realizzazione delle attività previste dai Programmi/Progetti del PRP 2014-2018.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	2014-2018
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	Raggiungimento degli indicatori previsti dal Piano
RISULTATI ATTESI	Consolidamento degli interventi previsti nel PRP 2014-2018

DESTINATARI DEL FINANZIAMENTO E CRITERI DI RIPARTIZIONE

ASL Roma 1	5.294.681,66
ASL Roma 2	5.467.996,90
ASL Roma 3	2.523.544,80
ASL Roma 4	1.389.377,87
ASL Roma 5	2.116.920,28
ASL Roma 6	2.385.464,00
ASL Viterbo	1.381.759,99
ASL Rieti	702.782,81
ASL Latina	2.612.107,39
ASL Frosinone	2.115.968,30
TOTALE	25.990.604,00

**Linea progettuale 4 – Piano Nazionale della Prevenzione e supporto al Piano Nazionale della
Prevenzione 2014-2018**

SCHEDA 4.1

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

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	LAZIO
DECRETO COMMISSARIO AD ACTA	DCA n. U00017 del 16/01/2015 DCA n. U00309 del 06/07/2015 DCA n. U00593 del 16/12/2015
LINEA PROGETTUALE	Linea N. 4 Piano Nazionale Prevenzione 2014-2018
TITOLO DEL PROGETTO	Attività dei Network Nazionali Osservatorio Nazionale Screening (ONS), Associazione Italiana dei Registri Tumori (AIRTUM), Network Italiano di Evidence-based Prevention (NIEBP) a supporto del Piano Nazionale della Prevenzione 2014 – 2018
DURATA DEL PROGETTO	2017-2018
REFERENTE	DOTT. DOMENICO DI LALLO

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 130.882,00 di cui: - € 43.627,33 all'AIRTUM - € 43.627,33 all'ONS - € 43.627,33 all'NIEBP
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

Contesto:

Il Piano Nazionale Prevenzione per la sua realizzazione e valutazione necessita di attività di supporto relative a programmazione e pianificazione regionale, definizione di modalità operative, monitoraggio e valutazione per i programmi di screening, identificazione di interventi preventivi efficaci, costituzione di banche dati omogenee e qualitativamente elevate utili all'epidemiologia descrittiva, clinica ed ambientale al fine di realizzare una pertinente ed efficace programmazione sanitaria. Sono necessari, inoltre, interventi di quality assurance, promozione della ricerca, stesura di linee guida, diffusione dei risultati, formazione e miglioramento della comunicazione. Tale attività di supporto al Piano Nazionale Prevenzione viene assicurata da tre reti nazionali costituite nello specifico dall'Osservatorio nazionale Screening (ONS), dall'Evidence-based prevention (NIEBP) e dall'Associazione italiana registri Tumori (AIRTUM), a cui con l'articolo 17, comma 2, del Patto per la salute 2014-2016, approvato il 10/7/2014, le Regioni e le Province autonome "convengono che il 5 per mille della quota vincolata per il Piano nazionale di Prevenzione ... venga destinato alla linea progettuale per le attività di supporto al PNP medesimo da parte dei tre network" sopra citati.

L'Osservatorio Nazionale Screening (ONS) è attivo da circa 15 anni come network dei centri regionali di eccellenza nel campo degli screening oncologici. Il coordinamento del network ha sede presso l'ISPO di Firenze. Già il decreto del Ministro della Salute del 25 novembre 2004 (articolo 2 bis della legge 138 del 2004) individuava l'ONS come strumento tecnico a supporto sia delle Regioni, per l'attuazione dei programmi di screening, che del Ministero della Salute, per la definizione delle modalità operative, il monitoraggio e la valutazione dei programmi.

L'Associazione Italiana Registri Tumori (AIRTUM) è l'Associazione che coordina i 49 RT generali di popolazione e i 7 RT specializzati, accreditati in AIRTUM. I dati prodotti dai RT servono per l'epidemiologia descrittiva (costituzione di banche dati e divulgazione dati), valutazione di impatto degli screening oncologici, programmazione sanitaria (pianificazione di interventi), supporto della ricerca e valutazione del rischio. La sede legale dell'Associazione è Milano, Via Ricciarelli, 29. La Banca dati dei RT è collocata presso ISPO, Firenze.

Il Network per l'Evidence-based Prevention (NIEBP) è costituito da una rete di ricercatori e collaboratori dell'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, dell'Università del Piemonte Orientale e dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma. Sviluppa metodologie per promuovere l'identificazione degli interventi preventivi efficaci a supporto della pianificazione regionale per la prevenzione.

Obiettivi:

Gli obiettivi di questa linea progettuale specifici per i tre Network sono i seguenti:

Osservatorio Nazionale Screening

- Realizzazione della survey nazionale delle attività dei programmi di screening effettuate nell'anno 2017; produzione di indicatori per il monitoraggio delle attività svolte dalle Regioni; calcolo degli indicatori per la valutazione dell'adempimento dei LEA per il Ministero della Salute.
- Formazione a livello regionale e nazionale
- attività di quality assurance

Associazione Italiana Registri Tumori

- Estensione progressiva della copertura della registrazione regionale e nazionale dei Registri Tumori
- Accreditamento dei Registri Tumori e formazione permanente
- Analisi dei dati nazionali presenti nella banca dati AIRTUM e produzione di materiale scientifico
- Produzione di materiale informativo per gli utenti e la comunità sanitaria

Network per l'Evidence Based Prevention

- Supporto alle Regioni per la pianificazione e valutazione dei piani regionali di prevenzione, l'orientamento alla scelta degli interventi efficaci per il raggiungimento degli obiettivi del PNP attraverso l'uso della matrice NIEBP
- Ricerca di interventi e programmi innovativi
- Sviluppo di una rete regionale di "antenne NIEBP" e formazione e disseminazione delle evidenze

Descrizione del Progetto:

Gli obiettivi del progetto verranno perseguiti attraverso le seguenti attività.

OSSERVATORIO NAZIONALE SCREENING (ONS), nell'ambito delle attività a supporto scientifico alla pianificazione nazionale e alla programmazione regionale e di supporto al miglioramento della qualità dei programmi di screening mediante il monitoraggio e la valutazione dei programmi attivati a livello regionale, svolgerà le seguenti azioni:

1. *Realizzazione della Survey annuale per il monitoraggio dell'attività di screening oncologico (valutazione LEA).*

Raccolta, elaborazione e produzione della survey annuale sull'andamento dei programmi di screening, elaborazioni degli indicatori, produzione di rapporti regionali in cui i risultati dei principali indicatori. Questa attività sfrutta il network esistente di tre centri (CPO Piemonte, Direzione Prevenzione – Coordinamento Screening - Regione Veneto, ISPO Toscana, per cui ognuno esegue rispettivamente le survey cervicale e quella SQTm; quella colo rettale; e la survey per il tumore della mammella). Produzione di articoli scientifici di valutazione più approfondita dei risultati.

2. *Introduzione della raccolta di dati individuali tramite la DWH nazionale di screening.*

Supporto alle Regioni che richiederanno assistenza di carattere clinico-informatico per la predisposizione all'invio e la successiva spedizione dei dati individuali al sistema. Analisi periodica tramite cruscotto NSIS dei dati inviati e trasformazione di questi negli indicatori per valutare la qualità dei programmi di screening.

3. *Attività di formazione di alto livello in ambito regionale e nazionale*

Per formazione intendiamo tutti i mezzi in grado di migliorare la qualità tecnico professionale dei professionisti coinvolti nello screening, sia la qualità organizzativa/gestionale dei singoli programmi. Realizzazione in accordo con le società scientifiche multi disciplinari sia di corsi a livello nazionale, sia l'apertura a professionisti di altre Regioni dei corsi che si tengono in una Regione per i propri operatori di screening, sia a corsi FAD, sia all'utilizzo di piattaforme già esistenti in una data regione etc. In particolare saranno da privilegiare la possibilità di stage formativi presso centri di eccellenza per lo screening di professionisti provenienti da altre Regioni. Sia i centri formativi che i corsi dovranno essere definiti a livello nazionale da parte dell'ONS.

4. *Attività di Quality Assurance (QA)*

Site-visit/audit (visite di verifica della qualità dell'erogazione a livello aziendale e Regionale) da parte di gruppi di professionisti individuati dall'ONS che, con metodiche standardizzate, analizzino a fondo le performance di un singolo programma aziendale regionale ovvero di un intero sistema regionale, e successivamente in visite sul posto siano capaci di individuare le cause organizzative o tecniche professionali che le determinano. La struttura centrale di ONS si incaricherà di organizzare le singole site visit, scegliere i professionisti, curare gli aspetti logistici. I professionisti devono ricevere un mandato formale da parte dell'ONS, riconosciuto dall'ente di appartenenza del professionista.

Saranno sperimentate e messe in atto modalità di Quality Assurance sulla base degli standard degli indicatori di qualità e di attività prodotti dalle survey generalizzate all'insieme delle Regioni e dei programmi. Tali modalità comprenderanno l'esame da parte dei professionisti incaricati dei dati delle survey, la segnalazione ai responsabili delle criticità e la richiesta di una relazione sulle azioni intraprese e l'analisi dei dati before / after.

5. *Promozione della ricerca in ambito di screening*

Creazione di gruppi di lavoro e/o creazione di database di dati da analizzare al fine di approfondire tematiche conoscitive utili alla programmazione e al monitoraggio Regionale. Ovviamente l'interesse di tali ricerche dovrà essere definito dall'ONS. A tal fine ONS (in accordo con le società scientifiche multi disciplinari) finanzia quanto necessario all'attività.

6. *Produzione di linee guida/procedure in ambito di screening*

7. *Sviluppo della qualità dell'informazione e della comunicazione e rendicontazione dei risultati*

Attività svolta in collaborazione con le Società scientifiche multidisciplinari. Produzione di materiale informativo per gli utenti e per la comunità sanitaria: lettere di invito e sollecito, informazione digitale e utilizzo di nuove tecnologie (siti internet sms-social). Il gruppo di lavoro realizzerà

materiale utilizzabile e personalizzabile (inserendo i riferimenti locali, loghi etc) a disposizione di tutte le Regioni. Valutazione del materiale informativo prodotto dai singoli centri.

ASSOCIAZIONE ITALIANA REGISTRI TUMORI (AIRTUM), nell'ambito delle attività di supporto scientifico ed organizzativo all'attività dei Registri Tumori accreditati ed in attività, promozione della standardizzazione delle regole di registrazione, formazione continuativa del personale, valutazione della qualità dei dati, e di supporto alla programmazione e valutazione degli interventi sanitari a livello locale e nazionale, svolgerà le seguenti azioni:

1. *Integrazione tra i vari Registri Tumori (RT) italiani*
Airtum supporta le regioni per l'integrazione tra i vari RT italiani che già coprono l'intero territorio regionale (solo 4, per ora) e i RT che hanno una copertura provinciale o sub-provinciale assicurando un lavoro di "rete" tra i RT e rappresentandoli presso le istituzioni sia a livello nazionale che internazionale.
2. *La Banca dati AIRTUM*
I dati dei RT regionali e locali vanno inviati alla Banca dati AIRTUM. La Banca dati nazionale contiene i dati di oltre tre milioni di malati di tumore e quasi un milione e mezzo di deceduti per cause oncologiche. La banca dati è consultabile attraverso una piattaforma d'interrogazione e analisi interattiva dei dati dei Registri (ITACAN) e produce report annuali di approfondimento sui dati epidemiologici salienti relativi alla diffusione del cancro in Italia. Tutte le pubblicazioni prodotte sono liberamente consultabili sul sito AIRTUM www.registri-tumori.it.
3. *Copertura territoriale*
Supporto alle regioni per garantire un ampliamento della copertura fino ad arrivare ad un livello regionale (come previsto dal recente DPCM che prevede l'istituzione di un RT nazionale e Centri di Riferimento Regionali). Ad oggi solo Valle D'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Umbria e Basilicata e Veneto hanno un RT regionale. Tutte le altre regioni italiane hanno una copertura quasi regionale (Emilia-Romagna, Sicilia e Calabria) o almeno il 30% di copertura. Solo due regioni (Molise e Abruzzo) non hanno nessun'area accreditata in AIRTUM.
4. *Tempestività dei dati*
Favorire la tempestività dei dati: si stanno adottando procedure di automazione soprattutto per le regioni che coprono aree ampie (Lazio e Veneto), ma sono a disposizione sistemi di tutoraggio e affiancamento per le altre regioni italiane.
5. *Qualità dei dati*
Obiettivo prioritario è la qualità dei dati raccolti. A tal fine è messo a disposizione delle Regioni un "check AIRTUM" per garantire uniformità e qualità della registrazione. Una volta inviati alla banca dati, i dati vengono sottoposti ad ulteriori controlli di qualità.
6. *Formazione*
Formazione attraverso corsi di formazione a livello frontale, corsi di base ed un corso avanzato (il cosiddetto Corso di Camerino); è stato implementato anche un Corso FAD per la registrazione dei tumori.
7. *Accreditamento*
AIRTUM ha messo a punto delle procedure per la raccolta e l'analisi dei dati. I nuovi RT, prima di inviare i dati alla Banca dati, devono superare un percorso di Accreditamento, fondamentale per garantire la qualità dei dati. I RT in attività possono chiedere ad AIRTUM un tutoraggio per garantire qualità ed omogeneità nella registrazione.
8. *I dati per la ricerca, la programmazione e l'ambiente*
Supporto alle Regioni per avvio di studi ed indagini di carattere ambientale, per la ricerca, per la programmazione sanitaria e la valutazione di impatto degli screening oncologici.
9. *I Numeri del cancro in Italia nel 2018*
AIRTUM si impegna a garantire, per la prossima pubblicazione de "I numeri del cancro in Italia 2018", il più ampio coinvolgimento delle regioni nella produzione e valutazione delle stime di incidenza, sopravvivenza e prevalenza per regioni.

EVIDENCE-BASED PREVENTION (NIEBP), nell'ambito delle attività di supporto alla pianificazione e alla valutazione dei piani regionali di prevenzione, di censimento, valutazione e messa a disposizione dei decisori delle politiche della prevenzione e degli operatori del settore degli interventi di prevenzione efficaci, svolgerà le seguenti azioni:

1. Supporto ai Piani Regionali di Prevenzione (PRP)

Messa a disposizione di documenti di efficacia e di interventi efficaci e trasferibili, su tutti i fattori di rischio identificati dal PNP. Utilizzo della matrice NIEBP delle evidenze che raccoglie, per quasi tutti i principali fattori di rischio del PNP, le migliori evidenze di efficacia disponibili nella letteratura scientifica accreditata secondo un approccio standardizzato. La matrice è accessibile liberamente dal sito <http://niebp.agenas.it/>. Per le popolazioni target del PNP sono raccolte le principali Linee guida nazionali e internazionali, le revisioni sistematiche e gli interventi adottati in Italia di cui sono disponibili studi che ne abbiano verificato l'efficacia. I materiali sono stati selezionati attraverso strumenti standardizzati (quali AGREE II e il Quality Assessment Tool del portale Health Evidence), e le linee guida e le revisioni realizzate all'estero sono state sintetizzate in documenti in italiano: le Quick Reference Guide (QRG) e le Quick Summary Review (QSR). Supporto alle regioni per la scelta degli interventi efficaci per il raggiungimento degli obiettivi del PNP attraverso l'utilizzo della matrice NIEBP delle evidenze.

2. Risposta a quesiti specifici provenienti dalle Regioni, riguardo all'efficacia di specifici interventi

Sviluppo di una rete regionale di "antenne" del NIEBP con funzione di interfaccia con i centri di ricerca, di gestione della domanda, ovvero dei quesiti sulla efficacia di interventi posti a livello regionale o locale, di disseminazione dell'uso delle prove di efficacia elaborate.

Formazione dei collaboratori dei centri di ricerca e delle "antenne" regionali del NIEBP.

Risposta a quesiti specifici delle regioni rispetto alla eventuale efficacia di interventi di prevenzione non inclusi nel PNP (ad esempio screening per l'autismo, sigillatura dentale per la prevenzione della carie). Verrà effettuata una Rapid Review della letteratura al fine di sintetizzare i risultati di studi di valutazione.

3. Horizon scanning, ovvero ricerca attiva di interventi e programmi innovativi.

Tale attività si attiva per interventi prodotti dalle regioni e ancora da valutare, oppure presenti in letteratura e ancora da trasferire. Nel primo caso verrà dato supporto per la valutazione dell'intervento (come avvenuto ad esempio per Luoghi di Prevenzione o Paesaggi di Prevenzione), nel secondo verranno intrapresi percorsi di adattamento e disseminazione.

4. Formazione e disseminazione delle evidenze

Completamento e aggiornamento della matrice NIEBP delle evidenze.

Organizzazione di eventi di formazione e di aggiornamento rivolti a professionisti impegnati nell'attuazione o rimodulazione dei PRP.

Costituzione di un sito internet che raccolga tutte le risorse di EBP dei siti del CCM, dell'ISS e delle società scientifiche.

Indicatori

Gli indicatori specifici per Network sono i seguenti:

Osservatorio Nazionale Screening

- avvenuta predisposizione delle schede per la raccolta dei dati per la survey nazionale delle attività di screening del 2017
- avvenuta predisposizione del Rapporto annuale per le Regioni ed invio del medesimo
- produzione dei risultati delle due survey e presentazione al convegno nazionale dell'ONS
- pubblicazione dei risultati nel sito dell'ONS

Associazione Italiana Registri Tumori

- Corsi di formazione frontali per operatori di registri tumori.
- Numero di operatori formati
- Numero di ore di formazione
- Percorso di accreditamento e valutazione qualità dei dati per nuovi registri tumori.

- Aggiornamento della Banca Dati AIRTUM con la casistica dei registri tumori Italiani (nuovi registri accreditati e nuovi anni di incidenza per i registri storici).
- Aggiornamento del sito internet ITACAN con la casistica dei registri tumori Italiani (inclusi nuovi registri accreditati e nuovi anni di incidenza per i registri storici).
- Pubblicazione annuale del Volume "I numeri del cancro in Italia".
- Pubblicazione del Volume "Rapporto AIRTUM sui trend temporali".

Network per l'Evidence Based Prevention

- completamento e aggiornamento della Matrice delle Evidenze del NIEBP <http://niebp.agenas.it/>, anche con l'elaborazione di linee guida originali di prevenzione, in accordo con il Sistema Nazionale Linee Guida
- identificazione per ogni regione partecipante di un soggetto che funga da "Antenna" per svolgere il ruolo di interfaccia con il NIEBP
- definizione dei criteri formazione delle "antenne" di tutte le regioni coinvolte
- organizzazione di almeno 3 eventi formativi interregionali sulla prevenzione efficace e sull'uso degli strumenti sviluppati dal NIEBP
- supporto alla programmazione di tutte le regioni che ne faranno domanda
- risposta ad almeno 5 quesiti di efficacia che vengano posti dalle regioni (ad esempio: è efficace lo screening per l'autismo?)
- inizializzazione dell'horizon scanning, cioè della ricerca nelle fonti bibliografiche, di interventi che rispondano agli obiettivi del PNP ritenuti trasferibili ai nostri contesti
- predisposizione di una procedura per il supporto alla valutazione di efficacia di interventi identificati come promettenti dalle Antenne
- diffusione dei risultati

Cronogramma

Osservatorio Nazionale Screening

Anno	2017											
Mese	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Predisposizione schede* per la raccolta dei dati		X	X	X								
Invio schede alle regioni				X								
Ricezione dati prima parte della survey, verifica dati					X	X	X					
Analisi dei risultati prima parte e produzione indicatori									X	X	X	
Ricezione dati seconda parte della survey, verifica dati									X	X	X	
Analisi dei risultati seconda parte e produzione indicatori									X	X	X	X
Produzione rapporto per ciascuna regione												
Presentazione risultati convegno ONS												
Diffusione dei risultati (sito ONS), pubblicazioni, ...												

* schede relative alla survey nazionale.

Associazione Italiana Registri Tumori

Anno	2017											
Mese	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Formazione	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X
Accreditamento		X	X						X	X	X	X
Aggiornamento Banca Dati AIRTUM	X	X							X	X		
Aggiornamento del sito internet ITACAN									X	X	X	X
Pubblicazione de "I numeri del cancro in Italia".	X	X	X	X	X	X			X			
Pubblicazione del "Rapporto AIRTUM sui trend temporali".									X	X	X	X

Network per l'Evidence Based Prevention

Anno	2017											
Mese	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
completamento e aggiornamento della Matrice		X	X	X					X	X	X	X
identificazione delle "Antenna" del NIEBP												
formazione delle "antenne"												
3 eventi formativi interregionali												
supporto alla programmazione												
risposta ad almeno 5 quesiti di efficacia												
inizializzazione dell'horizon scanning			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
supporto alla valutazione												
diffusione risultati												

Linea progettuale 4 – Piano Nazionale della Prevenzione e supporto al Piano Nazionale della Prevenzione

SCHEMA 4.2

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

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	LAZIO
DECRETO COMMISSARIO AD ACTA	DCA n. U00017 del 16/01/2015 DCA n. U00309 del 06/07/2015 DCA n. U00581 del 14/12/2015 DCA n. U00593 del 16/12/2015
LINEA PROGETTUALE	Linea N. 4 Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale (PRP) della Prevenzione 2014-2018
TITOLO DEL PROGETTO	Supporto regionale allo sviluppo nelle aziende sanitarie di modelli organizzativi per la realizzazione del PRP 2014-2018 e sperimentazione dello screening cardio-vascolare (Programma 9)
DURATA DEL PROGETTO	2017-2018
REFERENTE	DOTT. DOMENICO DI LALLO

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 55.000
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	<p>Per essere efficace, il PRP necessita di una piattaforma operativa che, oltre a implicare una sinergia operativa fra Regione e ASL, coinvolga operatori del Dipartimento di Prevenzione, dei Distretti Socio-sanitari, del Dipartimento di Salute Mentale e dei Presidi Ospedalieri.</p> <p>Tale articolazione richiede un livello di coordinamento e di condivisione di informazioni e attività, e un approccio comune per l'implementazione, il monitoraggio e la valutazione dei programmi e dei progetti del PRP in corso di realizzazione. In particolare, così come richiesto dall'Intesa Stato-Regioni n. 156 del 13 novembre 2014, alla Regione sono richiesti interventi di <i>quality assurance</i> e definizione di modalità operative per la messa in atto di interventi efficaci e sostenibili di prevenzione delle</p>
----------	---

	malattie croniche non trasmissibili (MCNT), in particolare delle patologie cardiovascolari e del diabete così come richiesto anche dal Piano regionale diabete (DCA n. U00581/2015). Coerentemente con le indicazioni del Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2014-2018, per identificare precocemente le persone a rischio e quelle con diabete nella popolazione generale, il PRP prevede la realizzazione a livello regionale di uno studio di fattibilità di un programma di popolazione per l'identificazione precoce dei soggetti in fascia d'età 45-60 anni in
	condizioni di rischio aumentato per MCNT (azione 9.2 del PRP). In particolare si il PRP mira a promuovere lo strumento del consiglio breve da parte di operatori sanitari nei contesti sanitari "opportunistici" (azione 9.11 del PRP) anche attraverso l'attivazione di percorsi terapeutico-assistenziali multidisciplinari che prevedano un maggiore raccordo, all'interno delle ASL, tra i Dipartimenti di Prevenzione e i Distretti Sanitari .
DESCRIZIONE	<p>Prima di estendere a tutte le 10 ASL del Lazio, una piattaforma organizzativa e l'attività di screening per le persone con diabete che necessitano di consiglio breve, si intende realizzare un progetto pilota finalizzato a definire modalità operative efficaci e sostenibili. Per la realizzazione del progetto pilota è stata individuata la ASL RM5 che ha già dato avvio ad un programma di formazione ed empowerment degli operatori dei diversi dipartimenti e servizi aziendali coinvolti nell'attività di prevenzione e che sarà incaricata di sperimentare le seguenti attività:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Valutazione dei punti di forza e delle criticità degli attuali modelli organizzativi aziendali, restituzione delle informazioni e formazione del personale al fine di sviluppare una rete aziendale di operatori del Dipartimento di Prevenzione, dei Distretti Socio-sanitari, del Dipartimento di Salute Mentale e dei Presidi Ospedalieri. Tale rete sarà supportata da una piattaforma web aziendale per lo scambio di informazioni e il monitoraggio delle attività. 2. Sperimentazione all'interno di zone limitate di 2 distretti dell'ASL di un sistema di screening di persone con diabete fra 45 e 64 anni a rischio di eventi cardio-vascolari maggiori con conseguenziale messa in atto di attività di educazione sanitaria, basata sulle reti esistenti in loco, al fine di ridurre tale rischio. Tale intervento sarà accompagnato dalla messa in atto di modalità di <i>quality assurance</i> e dalla misura di indicatori di qualità degli interventi di prevenzione al fine di restituire alla Regione Lazio un modello testato da estendere alle altre ASL.
OBIETTIVI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Definizione di modelli operativi di raccordo tra Dipartimenti di Prevenzione e Distretti sanitari finalizzati a favorire la realizzazione di interventi efficaci e sostenibili di prevenzione delle MCNT; 2. Formazione a livello regionale e aziendale; 3. Sperimentazione di un sistema di screening delle persone a rischio cardio-vascolare
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRA	2014-2018 (anno 2017-18)

MMA)	
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	<p>Realizzazione di almeno due interventi formativi diretti ad operatori dei Distretti e dei Dipartimenti di Prevenzione per la realizzazione di interventi efficaci e sostenibili di prevenzione delle MCNT.</p> <p>Redazione di un documento tecnico con l'indicazione di modelli organizzativi sostenibili ed esportabili in tutte le ASL del Lazio per l'attuazione di interventi di screening e prevenzione delle persone a rischio cardio-vascolare.</p>
RISULTATI ATTESI	<p>Costituzione di una rete aziendale per la realizzazione degli interventi di prevenzione, in particolare delle MCNT inseriti nel PRP.</p> <p>Indicazioni per la realizzazione dello screening cardio-vascolare nelle persone a rischio.</p>

DESTINATARI DEL FINANZIAMENTO E CRITERI DI RIPARTIZIONE

ASL Roma 5	55.000
------------	--------

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

SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI

GENERALITÀ

REGIONE PROPONENTE	LAZIO
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	5 – Gestione della cronicità
TITOLO DEL PROGETTO	Modelli avanzati di gestione delle malattie croniche: malattie rare Assistenza alla persone in condizioni di fragilità e di non autosufficienza
DURATA DEL PROGETTO	2017
REFERENTE	Dr. Valentino Mantini Dr. Domenico di Lallo

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2017	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	<p>Modelli avanzati di gestione delle malattie croniche - malattie rare La gestione della cronicità richiede la presenza di una rete integrata di servizi sanitari e sociosanitari sul territorio, capace di governare i percorsi di cura. Nel 2017, in continuità con le attività realizzate nell'anno 2016, nell'ambito del progetto prosegue una linea di attività specifica dedicata alle Malattie Rare, patologie in molti casi potenzialmente letali e spesso a rischio elevato di disabilità e cronicità. Obiettivo principale dell'attività è proseguire il percorso, già intrapreso, di qualificazione del percorso assistenziale.</p> <p>Assistenza alla persone in condizioni di fragilità e di non autosufficienza Coerentemente con i contenuti della linea progettuale definiti per l'anno 2016, il progetto, nell'ottica di migliorare la presa in carico della persona in condizione di fragilità, di non autosufficienza e di disabilità conferma l'intendimento a perseguire gli obiettivi mirati al potenziamento e alla riqualificazione della rete dei servizi territoriali. Si intende inoltre proseguire le attività relative all'assistenza dei soggetti in Stato vegetativo (SV) o Stato di minima coscienza (SMC), al fine di garantire una presa in carico adeguata presso le strutture residenziali e semiresidenziali, incluse le Unità Cure Residenziali Intensive (UCRI).</p>
----------	---

	<p>Modelli avanzati di gestione delle malattie croniche</p> <p>1) Completare e consolidare la ridefinizione della rete assistenziale regionale per le malattie rare proseguendo nello sviluppo di un sistema uniforme su tutto il territorio che garantisca la continuità assistenziale e un'adeguata transizione dall'età pediatrica a quella adulta;</p>
DESCRIZIONE	<p>2) rafforzare e consolidare la collaborazione tra Ospedale e il territorio per migliorare la continuità assistenziale tra il Centro responsabile del Piano Terapeutico, le strutture socio-sanitarie territoriali ed i medici di medicina generale o i pediatri di libera scelta;</p> <p>3) implementare i PDTA su singole o gruppi di malattie rare;</p> <p>4) implementare e consolidare percorsi personalizzati per le persone con malattia rara e non autosufficienti, attraverso l'utilizzo del servizio di assistenza domiciliare;</p> <p>5) diffondere raccomandazioni relative ai percorsi diagnostico, ivi compresi i test genetici, terapeutici e riabilitativi individuati;</p> <p>6) attivare contatti informativi e formativi per la condivisione e confronto con le figure assistenziali territoriali o specialistiche sulla base del piano assistenziale individuale;</p> <p>7) monitorare e valutare il funzionamento della rete e la diffusione e applicazione dei PDTA;</p> <p>8) descrivere le caratteristiche delle persone in carico ai Centri e valutarne l'impatto sui servizi sanitari;</p> <p>9) promuovere incontri con le Associazione dei Familiari di persone con malattia rara;</p> <p>10) mantenere e sviluppare il Sistema informativo Malattie Rare Lazio.</p> <p>Assistenza alla persone in condizioni di fragilità e di non autosufficienza Il progetto prevede i seguenti ambiti di attività: -consolidamento delle attività del Punto Unico di Accesso (PUA) e dell'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVMD), -miglioramento della definizione del Piano di Assistenza Individuale (PAI)/Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) e implementazione dei flussi informativi dedicati.</p>
OBIETTIVI	<p>Modelli avanzati di gestione delle malattie croniche</p> <p>1) Completare e consolidare la ridefinizione della rete assistenziale regionale per le malattie rare proseguendo nello sviluppo di un sistema uniforme su tutto il territorio che garantisca la continuità assistenziale e un'adeguata transizione dall'età pediatrica a quella adulta;</p> <p>2) rafforzare e consolidare la collaborazione tra Ospedale e il territorio per migliorare la continuità assistenziale tra il Centro responsabile del Piano Terapeutico, le strutture socio-sanitarie territoriali ed i medici di medicina generale o i pediatri di libera scelta;</p> <p>3) implementare i PDTA su singole o gruppi di malattie rare;</p> <p>4) implementare e consolidare percorsi personalizzati per le persone con malattia rara e non autosufficienti, attraverso l'utilizzo del servizio di assistenza domiciliare;</p> <p>5) diffondere raccomandazioni relative ai percorsi diagnostico, ivi compresi i test genetici, terapeutici e riabilitativi individuati;</p>

	<ol style="list-style-type: none"> 6) attivare contatti informativi e formativi per la condivisione e confronto con le figure assistenziali territoriali o specialistiche sulla base del piano assistenziale individuale; 7) monitorare e valutare il funzionamento della rete e la diffusione e applicazione dei PDTA; 8) descrivere le caratteristiche delle persone in carico ai Centri e valutarne l'impatto sui servizi sanitari; 9) promuovere incontri con le Associazione dei Familiari di persone con malattia rara; 10) mantenere e sviluppare il Sistema informativo Malattie Rare Lazio. <p>Assistenza alla persone in condizioni di fragilità e di non autosufficienza</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) prosecuzione nel processo di consolidamento/potenziamento delle attività dei PUA; 2) prosecuzione nel processo di potenziamento della funzione di VMD; 3) progressivo sviluppo e diffusione nelle ASL degli strumenti di valutazione multidimensionale per l'area della non autosufficienza e per le cure palliative; 4) conclusione del percorso formativo finalizzata all'utilizzo dell'applicativo informatico della scheda S.Va.M.Di. e del relativo applicativo informatico; 5) prosecuzione nel processo di consolidamento/potenziamento dell'assistenza domiciliare per le persone non autosufficienti, anche tramite la realizzazione di provvedimenti relativi ai criteri di eleggibilità e ai livelli di intensità assistenziale e alla stima della quota di posti ADI totali per livello I, II, III, complessi e dell'attività prestazionale; 6) incremento dell'offerta residenziale e semiresidenziale a persone non autosufficienti, anche anziane; 7) monitoraggio e verifica dell'applicazione dei criteri di eleggibilità ai percorsi riabilitativi e dei criteri clinici per l'accesso ai trattamenti non residenziali definiti dal gruppo di lavoro istituito ai sensi del DCA n. 200/2015; 8) proseguimento delle attività relative al livello assistenziale intensivo in regime residenziale extraospedaliero (UCRI); 9) Miglioramento della completezza e della qualità delle informazioni dei Sistemi informativi sulla residenzialità per persone non autosufficienti e SIAD (Assistenza Domiciliare), nell'ambito del SIAT; 10) implementazione del sistema di rilevazione delle informazioni riferite all'assistenza riabilitativa nell'ambito del Sistema Informativo Assistenza Territoriale (SIAT).
<p>TEMPI DI ATTUAZIONE (cronoprogramma)</p>	<p>2017</p>
<p>INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)</p>	<p>Modelli avanzati di gestione delle malattie croniche - malattie rare</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consolidamento del nuovo assetto della rete assistenziale per le malattie rare; - numero di percorsi diagnostico terapeutici elaborati e diffusi; - numero di persone che hanno ricevuto un Piano Assistenziale

	<p>Individuale;</p> <ul style="list-style-type: none"> - numero di incontri con le Associazioni dei Familiari; - numero di corsi di formazione; - numero di raccomandazioni prodotte; - produzione del rapporto di monitoraggio annuale dei casi notificati nel registro Malattie Rare Lazio. <p>Assistenza alla persone in condizioni di fragilità e di non autosufficienza</p> <ul style="list-style-type: none"> - numero di operatori impegnati nei PUA; - implementazione del sistema di rilevazione delle informazioni riferite all'assistenza alle persone non autosufficienti (residenziale e domiciliare); - implementazione degli strumenti di valutazione multidimensionale per l'area della non autosufficienza e per le cure palliative; - conclusione della sperimentazione dell'applicativo informatico finalizzato all'utilizzo della scheda S.Va.M.Di; - definizione di criteri di eleggibilità e di livelli di intensità assistenziale e della stima della quota di posti ADI totali per livello I, II, III, complessi e dell'attività prestazionale; - numero di soggetti assistiti a domicilio dalle ASL; - numero di soggetti assistiti in strutture residenziali e semiresidenziali per persone non autosufficienti, anche anziane; - n. di soggetti assistiti in UCRI; - completezza dei dati del SIAD.
<p>RISULTATI ATTESI</p>	<p>Modelli avanzati di gestione delle malattie croniche - malattie rare Qualificare ed uniformare il percorso assistenziale, rafforzando una efficiente rete di collaborazione tra ospedale e territorio. Garantire standard organizzativi di qualità ed omogenei per ciascun Istituto partecipante alla rete. Consolidare percorsi facilitati di accesso ai servizi dalla fase della diagnosi a quella di presa in carico che potranno essere presi a modello anche per altre malattie. Consolidare e migliorare il Sistema informativo malattie rare Lazio. Individuare degli indicatori che permetteranno di valutare il grado di ottimizzazione della gestione delle Strutture dedicate alle malattie rare.</p> <p>Assistenza alla persone in condizioni di fragilità e di non autosufficienza Potenziamento e ottimizzazione della presa in carico sociosanitaria della persona non autosufficiente e della persona con disabilità 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 alla persona non autosufficienti e alla persona con disabilità. Consolidamento/potenziamento delle attività assistenziali rivolte alla disabilità e alla non autosufficienza.</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 Roma 1	5.044.146,00
ASL Roma 2	6.821.612,00
ASL Roma 3	2.787.461,00
ASL Roma 4	1.587.393,00
ASL Roma 5	2.325.394,00
ASL Roma 6	2.601.877,00
ASL VITERBO	1.860.297,00
ASL RIETI	1.039.737,00
ASL LATINA	2.613.858,00
ASL FROSINONE	3.063.229,00
PU Umberto I	1.719.461,36
PU Tor Vergata	262.559,24
IRCCS Istituti Fisioterapici Ospitalieri	249.496,87
TOTALE	33.583.925,37

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

GENERALITÀ

REGIONE PROPONENTE	REGIONE LAZIO
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	6 – Reti oncologiche
TITOLO DEL PROGETTO	Cosituzione di reti oncologiche regionali
DURATA DEL PROGETTO	2017
REFERENTE	Dott. Domenico Di Lallo

**ASPETTI
FINANZIARI**

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2017	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	<p>In Italia i tumori rappresentano la seconda causa di morte (30% di tutti i decessi), dopo le malattie cardiovascolari. La rete oncologica del Lazio per i tumori solidi è stata programmata con il DCA n. U00059/2010.</p> <p>Ai fini della realizzazione delle attività previste nei Programmi Operativi 2013-2015 sulla Rete Oncologica, dal 2014 è attivo un Gruppo di Lavoro Regionale Tecnico sull'oncologia presso la Direzione Regionale Salute e Politiche sociali.</p> <p>In linea con le indicazioni relative al “Piano oncologico nazionale”, nel triennio 2015-17 sono stati emanati il DCA 38/2015 concernente la riorganizzazione della Rete oncologica regionale per la gestione del tumore della mammella, il DCA 419/2015 relativo alla rete per la gestione del tumore del polmone, il DCA 30/2017 sul percorso e rete assistenziale per la prevenzione e la gestione del tumore del colon e del retto ed il DCA 358/2017 per la gestione del tumore della prostata.</p> <p>Nonostante alcuni progressi, sono ancora presenti criticità nell'assistenza offerta con conseguente insufficiente garanzia di presa in carico del paziente e disomogeneità delle cure.</p> <p>Nell'ambito della rete oncologica, un particolare rilievo</p>
----------	--

	<p>rivestono i tumori rari. Un tumore è definito raro quando la sua incidenza non supera la soglia dei 6 casi su 100.000. Attualmente i tumori rari identificati sono 198, rappresentando a livello europeo nel loro insieme il 23% dei nuovi casi di tumore maligno (<i>RARECAREnet, Information Network on Rare Cancers</i>). Possono colpire qualsiasi fascia età e la loro gestione clinica richiede procedure diagnostiche terapeutiche complesse, approcci multidisciplinari e centri di expertise.</p> <p>Dal rapporto AIRTUM, si stima nel Lazio un'incidenza di 8.573 nuovi casi ogni 100.000 abitanti (88.816 in Italia). In questo contesto, come definito dalla "Guida per la costituzione di reti oncologiche", è indispensabile che nella Regione si promuova la costituzione di una rete dei tumori rari integrata ed in collegamento alla Rete nazionale e alle altre Reti europee e internazionali, con particolare riferimento European Reference Network (ERN) previste dalla Direttiva 2011/24/UE sull'assistenza sanitaria trans-frontaliera. Nel 2016 sono stati riconosciuti nelle ERN tre centri regionali (per i TR Solidi dell'Adulto, nella rete EURACAN, gli Istituti Fisioterapici Ospedalieri; per i TR Ematologici, nella rete EuroBloodNet l'Azienda Universitaria Ospedaliera Policlinico Umberto I con il Centro di Ematologia; per i TR Pediatrici, nella rete PaedCan l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù).</p>
DESCRIZIONE	<p>In continuità con l'anno precedente il progetto prevede:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Promozione e consolidamento di attività di rete per la presa in carico del paziente con patologia neoplastica, con particolare riferimento a tumore della mammella, del polmone, del colon-retto e della prostata; azioni per l'implementazione della riorganizzazione delle reti definite dai nuovi provvedimenti regionali. - ricognizione/caratterizzazione delle strutture operanti in campo oncologico e della relativa attività; - attività del Gruppo di Lavoro Regionale Tecnico sull'oncologia costituito presso la Direzione Salute e Politiche Sociali; - elaborazione di documenti di indirizzo sulle modalità organizzative ed assistenziali della rete, sviluppati per specifiche neoplasie e con il coinvolgimento dei diversi attori coinvolti nella gestione. <p>Nell'ambito specifico dei tumori rari si prevede:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Partecipazione alle attività previste nell'ambito delle ERN - Partecipazione alla rete nazionale tumori rari

	- Promozione di reti regionali per tumori rari a particolare impatto assistenziale
OBIETTIVI	Monitorare il funzionamento della rete oncologica regionale. Qualificare le attività assistenziali per l'oncologia. Rimodulare la rete oncologica, a partire da specifiche patologie neoplastiche seguendo le indicazioni contenute nel "Piano oncologico nazionale". Partecipare alle attività dell'European Reference Network (ERN) per i tumori rari.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	2017
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	<ul style="list-style-type: none"> - Volumi di attività della rete oncologica. - Produzione di elaborati relativi alla rimodulazione della rete oncologica. - Caratterizzazione delle strutture dedicate all'assistenza per specifiche neoplasie.
RISULTATI ATTESI	Miglioramento delle attività e delle funzioni della rete oncologica regionale. Individuazione di specifiche reti, per particolari patologie oncologiche.

DESTINATARI DEL FINANZIAMENTO E CRITERI DI RIPARTIZIONE	
Si approva il riparto fondi del 2017	
AZIENDA	IMPORTO
ASL RM 1	2.848.800,00
ASL RM 2	3.536.807,00
ASL RM 3	1.075.105,00
ASL RM 4	381.050,00
ASL RM 5	1.376.013,00
ASL RM 6	1.348.795,00
ASL VITERBO	957.161,00
ASL RIETI	656.252,00
ASL LATINA	1.493.957,00
ASL FROSINONE	1.504.542,00
A.O. San Camillo Forlanini	1.103.835,00
A.O. S. Giovanni Addolorata	834.680,00
PU Umberto I (dare un + per tumori rari)	896.677,00
PU Tor Vergata	456.655,00
IRCCS Istituti Fisioterapici Ospitalieri (dare un + per tumori rari)	6.370.487,00

AOU S. Andrea	731.857,00
TOTALE	25.572.673,00

RL Obiettivi di carattere prioritario - Importi per linea progettuale - HP Anno 2017							
Azienda/Linea progettuale	1 Attività di Assistenza Primaria	2 Sviluppo dei processi di umanizzazione all'interno dei percorsi assistenziali	3 Cure palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica	4 Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione	5 Gestione della cronicità	6 Reti oncologiche	HP Impegno 2017
ASL Roma 1	3.189.024	1.670.872	1.901.950	5.305.886	5.044.146	2.848.800	19.960.679
ASL Roma 2	5.308.991	2.401.218	2.244.550	5.479.568	6.821.612	3.536.807	25.792.746
ASL Roma 3	2.435.997	799.902	1.035.432	2.528.885	2.787.461	1.075.105	10.662.781
ASL Roma 4	1.596.780	341.735	563.046	1.392.318	1.587.393	381.050	5.862.322
ASL Roma 5	1.648.191	899.701	865.564	2.121.400	2.325.394	1.375.013	9.236.264
ASL Roma 6	1.741.942	902.725	977.219	2.390.512	2.601.877	1.348.795	9.963.071
ASL Viterbo	1.235.388	639.619	560.183	1.384.684	1.860.297	957.161	6.637.332
ASL Rieti	757.563	423.389	277.706	704.270	1.039.737	656.252	3.858.917
ASL Latina	1.832.668	981.354	2.617.635	2.617.635	2.613.858	1.493.957	10.530.050
ASL Frosinone	2.753.538	1.047.887	865.564	2.120.446	3.063.229	1.504.542	11.355.206
A.O. San Camillo Forlanini	-	603.329	-	-	1.607.365	1.103.835	3.314.528
A.O. S. Giovanni	-	603.329	-	-	-	834.680	1.438.009
A.O.U. Policlinico Umberto I	-	603.329	469.523	-	1.719.461	896.677	3.688.990
IRCCS I.F.O.	-	317.541	-	-	249.497	6.370.487	6.937.525
IRCCS INMI (Spallanzani)	-	1.995.975	-	-	-	-	1.995.975
A.O. S. Andrea	-	444.558	-	-	-	731.857	1.176.416
A.O.U. Policlinico Tor Vergata	-	444.558	155.552	-	262.599	456.655	1.319.365
Ares 118	-	706.152	-	-	-	-	706.152
G.S.A.	-	-	-	130.882	-	-	130.882
Totale	22.500.082	15.827.174	10.906.869	26.176.486,00	33.583.926	25.572.673	134.567.209

ALLEGATO 3

**RELAZIONI OBIETTIVI DI PIANO
SANITARIO NAZIONALE**

ANNO 2016

Linee progettuali n. 1-2-3-4-5-6



Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali
Area Cure Primarie

Al Dirigente Area Risorse
Economiche - Finanziarie
Dott. Marcello Giannico
GR/11/43
SEDE

OGGETTO: Relazioni OBIETTIVI DI PIANO anno 2016 - DCA U00371/2017

Si trasmettono le Relazioni riguardanti le attività svolte dalle AASSLL nell'anno 2016, relative alle linee progettuali n. 1, 2, 3, 5, di competenza della scrivente Area, contenute nel DCA 371/2017.

Si rappresenta che le Relazioni in oggetto sono state elaborate sulla base della documentazione, ad oggi pervenuta, trasmessa dalle seguenti AASSLL:

- ASL Roma2
- ASL Roma 3 (risulta prevenuta esclusivamente la rendicontazione economica)
- ASL Roma 4
- ASL Roma 6
- ASL Rieti (per la relazione relativa alla linea 1 sono stati richiesti chiarimenti, ad oggi non pervenuti)
- ASL Latina
- ASL Viterbo
- ASL Frosinone



**Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali
Area Cure Primarie**

Linea Progettuale 1. Attività di Assistenza Primaria

La linea progettuale prevedeva la prosecuzione del processo di sviluppo di un sistema a rete per la presa in carico del paziente cronico, di cui la Casa della Salute è un punto cardine.

Nel 2016 si è proseguito nel percorso di implementazione delle Case della salute; la Regione ha stipulato con le AASSLL di riferimento le seguenti Intese per l'attivazione di Case della Salute, ai sensi della normativa vigente; in ultimo il DCA U00414 del 26 novembre 2014 "Casa della Salute. Modifica ed approvazione degli allegati di cui al Decreto del Commissario ad Acta n. U00040 del 14.2.2014 ed al Decreto del Commissario ad Acta n. U00380 del 12.11.2014":

- Intesa Casa della Salute presso la struttura Centro Sociosanitario E. De Amicis - Zagarolo (ASL Roma 5) – stipulata in data 8.6.2016;
- Intesa Casa della Salute presso il Presidio Sanitario di Ceprano (ASL Frosinone) – stipulata in data 20.7.2016;
- Intesa Casa della Salute presso il Centro Salute di Bagnoregio (ASL Viterbo) – stipulata in data 20.7.2016;
- Intesa Casa della Salute presso il Presidio Sanitario di Ferentino "Dr. Giorgio Pompeo. (ASL Frosinone) – stipulata in data 20.12.2016;
- Intesa Casa della Salute la struttura Poliambulatorio Circonvallazione Nomentana n. 498. (ASL Roma 1) – stipulata in data 20.12.2016;
- Intesa Casa della Salute presso l'ex Ospedale Sant'Anna di Ronciglione. (ASL Viterbo) – stipulata in data 20.12.2016;
- Intesa Casa della Salute presso la struttura Presidio Antistio – Via Antistio, 15 – Roma – Municipio VII. (ASL Roma 2) – stipulata in data 20.12.2016.

E' stato, inoltre, effettuato un monitoraggio regionale delle attività delle Case della Salute, dal quale sono emersi elementi utili in prospettiva per apportare miglioramenti al modello organizzativo. Con nota regionale prot. 265036 del 19.5.2016 "Indicatori per la valutazione delle attività assistenziali nelle Case della Salute attivate – trasmissione" sono stati inviati alle AASSLL del Lazio per la successiva compilazione:



Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali
Area Cure Primarie

- la Scheda "Indicatori per la valutazione delle attività assistenziali nelle Case della Salute attivate";
- la Scheda "Valutazione Casa della Salute".

Alla luce di dette risultanze pervenute, con nota regionale prot. n. 495171 del 4.10.2016 le AASSLL sono state convocate presso la Regione Lazio per il giorno 25.10.2016 per un incontro volto all'analisi della situazione.

Successivamente, con nota regionale prot. n. 636443 del 21.12.2016 "Monitoraggio delle attività assistenziali - Indicazioni per il miglioramento organizzativo delle Case della Salute" sono state comunicate alle AASSLL del Lazio indicazioni volte al miglioramento organizzativo delle Case della Salute attivate.

Linea Progettuale 2. Sviluppo dei processi di umanizzazione all'interno dei percorsi assistenziali

Le azioni a supporto dei processi di umanizzazione delle cure sono state armonizzate attraverso iniziative formative e progetti di cambiamento organizzativo, che interessano sia la fase programmatoria strategico-gestionale che la fase di erogazione delle prestazioni.

Il focus prioritario delle iniziative formative ha riguardato la componente psicologico-relazionale del prendersi cura; gli interventi attivati sono stati finalizzati ad accordare strategie informative e di accoglienza con percorsi di cura condivisi e partecipati.

In linea con gli indirizzi normativi e i programmi di azione in tema di empowerment ed alfabetizzazione sanitaria, diverse iniziative hanno privilegiato tematiche atte a rafforzare la capacità dei sistemi di migliorare le competenze dei cittadini in materia di salute e degli operatori nella capacità di relazione.

Gli obiettivi prioritari sono stati:

- potenziare le competenze relazionali dei professionisti sanitari;
- supportare lo sviluppo di progetti aziendali di miglioramento della qualità di comunicazione ed informazione ai pazienti ed ai caregivers;
- supportare forme partecipate di programmazione e valutazione delle aziende del SSR.

Molte iniziative progettuali hanno avuto come finalità l'implementazione di percorsi multidisciplinari e multiprofessionali, alle quali si uniscono le iniziative aziendali di valutazione della qualità percepita, diffuse nell'intero territorio regionale, con un alto grado di adesione delle strutture al progetto di RA promosso da Agenas in materia.

A livello di singola azienda sono stati realizzati progetti in diverse aree assistenziale, riguardanti anche riorganizzazioni strutturali e di miglioramento della segnaletica.

Al fine di rendere partecipata la gestione dei percorsi di prevenzione, cura e riabilitazione sono stati proposti, inoltre, progetti formativi in tema di continuità dell'assistenza, comunicazione, accessibilità, cura della relazione.



Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali
Area Cure Primarie

Le aree assistenziali interessate da azioni di miglioramento sono state:

- Area critica;
- Pediatria;
- Comunicazione;
- Oncologia;
- Assistenza domiciliare.

Le Aziende del SSR hanno rendicontato progetti relativi a:

- miglioramento della qualità dell'assistenza
- formazione in tema di comunicazione e accoglienza
- interventi di comunicazione e informazione
- programmi di valutazione partecipata della qualità

La linea progettuale è stata quindi sviluppata, come di seguito meglio dettagliato, in 3 Macroaree:

✓ *Macroarea 1*

Informazione e accoglienza

- Sala operatoria dedicata per l'impianto dei CVC presso il Polo Oncologico, per la preparazione del paziente da parte del personale, con stanza dedicata - (A.O. S. Giovanni Addolorata);
- Attività di promozione della cultura dell'emergenza sul territorio attraverso corsi gratuiti di rianimazione cardiopolmonare presso scuole, centri sportivi, volontari, comuni cittadini (ARES 118);
- Servizio di interpretariato per la Centrale Operativa Roma Città Metropolitana - (ARES 118);
- Seminari e convegni in materia di umanizzazione (ASL Rieti);
- Indagini aziendali sul benessere organizzativo (ASL Rieti);



REGIONE
LAZIO

Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali
Area Cure Primarie

- Progetto "Interpretariato linguistico telefonico" – 60 lingue disponibili *helpvoice* con triage in audioconferenza – (A.O. S. Giovanni Addolorata);
- Progetto del "prendersi cura". Realizzato a livello aziendale partendo dall'analisi delle segnalazioni (reclami, suggerimenti ed elogi) e della valutazione della soddisfazione dei cittadini utenti al fine di sviluppare azioni correttive e di miglioramento tese a implementare la qualità dei servizi offerti, con particolare attenzione alle esigenze delle fasce più deboli della popolazione (stranieri donne, minori, disabili) e soprattutto nelle aree sanitarie maggiormente sensibili (emergenza, SPDC, ematologia) e aree amministrativa (riorganizzazione CUP decentrate, ecc.) – (Policlinico Torvergata - PTV);
- Aggiornamento della Carta dei Servizi - (IRCCS L. Spallanzani);
- Iniziative volte a favorire l'accesso al test HIV: impiego di test a risposta multipla (progetto "Facciamolo Rapido" presso il Centro di Coordinamento Trattamenti a Domicilio - IRCCS L. Spallanzani).

✓ *Macroarea 2*

Progetti

- Indagine aziendale sulla qualità percepita in Day Hospital, Day Surgery e Pronto Soccorso - Aree indagate: accoglienza, comunicazione e ascolto attivo, comprensione dei bisogni, rispetto della privacy, coinvolgimento dei familiari nel processo di cura, dialogo con il medico. (ASL Roma 6);
- Miglioramento degli ambienti, per favorire nell'utenza la percezione di una struttura accogliente, ordinata, pulita, orientante, che riconosce e rispetta la dignità - (PTV);
- Attenzione costante al Diritto alla Salute e all'equità di trattamento dei soggetti detenuti. (miglioramento dell'accessibilità alle cure, psichiatriche e non, da parte dei Detenuti; miglioramento della collaborazione e del confronto costante tra le varie aree istituzionali coinvolte nell'assistenza psichiatrica carceraria, anche attraverso l'utilizzo e la messa a punto di procedure e percorsi condivisi; definizione di azioni specifiche per la prevenzione del rischio autolesivo e suicidario - ASL Roma 4);

Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali

Area Cure Primarie

- Progetti di miglioramento della qualità e dell'accoglienza per soggetti con problemi psichici presso i CSM – (ASL Roma 4);
- Progetto “Convivenze Protette”. Potenziamento del legame sociale ASL – Territorio dedicato a pazienti psichiatrici gravi da inserire in formule abitative che permettano condizioni di vita sufficientemente autonome, ma fortemente umanizzate e garantite sia sul piano assistenziale che sul piano del sostegno abitativo – (ASL Roma 4);
- Progetto “Ricostruire le relazioni umane in sanità: Area degenza a media bassa intensità Ospedale Sandro Pertini – implementazione modello primary nursing e case management”;
- Il modello assistenziale in AMBI ha previsto una formazione del personale attraverso metodologie *on the job* sul modello presa in carico e case management; rilevazioni di Customer Satisfaction, aggiornamento sulla procedura di continuità assistenziale e revisione degli strumenti operativi – (ASL Roma 2);
- Progetto “I consultori Familiari in rete con Punti Nascita, UOC TSDEE, DSM e la Comunità territoriale per il sostegno alla genitorialità e la prevenzione del disagio psichico perinatale”. L'esperienza ha portato al riconoscimento da parte dell'UNICEF dei Consultori Familiari della ASL Roma 2 “Comunità Amica del Bambino” – (ASL Roma 2);
- Progetto “Fiocchi in Ospedale” in collaborazione con Save the Children onlus Italia finalizzato all'istituzione di un servizio di ascolto, orientamento, accompagnamento dei futuri genitori durante il percorso nascita – (A.O. S. Giovanni Addolorata);
- Progetto di collaborazione con “Cooperativa Roma Solidarietà” Caritas di Roma a supporto di madri con figli minori italiane, straniere e apolidi in gravi condizioni di disagio - (A.O. S. Giovanni Addolorata)
- Programma di assistenza psicologica nell'ambito dei grandi eventi e delle maxiemergenze (ARES 118);
- Progetto Aziendale AIOM – HuCare, volto a favorire l'acquisizione di abilità relazionali nell'assistenza oncologica - (ASL Rieti);
- Progetto “PDTA aziendale per la psicologia oncologica” - (Asl Rieti);
- Progetto di umanizzazione del percorso assistenziale in “Accettazione” per i problemi di profilassi post-esposizione da agenti virali (HIV, HCV, HBV, etc) - (IRCCS L. Spallanzani);



Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali
Area Cure Primarie

- Percorsi assistenziali, prevenzione, diagnosi, cura e follow-up delle donne in gravidanza con infezioni, con particolare riguardo a quelle da HBV e HIV e riconoscimento bollino rosa - (IRCCS L. Spallanzani);
- Assistenza psicologica, informazione e psicoeducazione in tutte le UO di degenza, ambulatoriali, Day service, Day hospital, in collaborazione con UO Formazione e Area Risk management - (IRCCS L. Spallanzani);
- Umanizzazione dell'offerta dei servizi di accesso al test HIV (UOC Infezioni Emergenti e Centro di riferimento AIDS) - (IRCCS L. Spallanzani);
- Umanizzazione dell'assistenza mediante la prevenzione del rischio clinico – Attività del Risk Manager - (IRCCS L. Spallanzani);
- Umanizzazione dell'assistenza in Hospice (Cure Palliative) - Assistenza domiciliare – Medicina Penitenziaria (Progetto Orto-Giardini Terapeutico, Gruppo di Auto-mutuo-aiuto, Hospice residenziale, assistenza con personale religioso) - (IRCCS L. Spallanzani);
- Miglioramento del servizio di ristorazione per i degenti - (IRCCS L. Spallanzani);
- Percorso assistenziale in Ambulatorio protetto per i pazienti con Infezione da HIV acuti e cronici con fragilità cliniche o sociali - (IRCCS L. Spallanzani).

✓ *Macroarea 3*

Formazione

- Progetto formativo aziendale "Umanizzazione delle cure e centralità della persona" (ASL Roma 6);
- Progetti formativi sugli aspetti del prendersi cura, della relazione d'aiuto, della comunicazione con pazienti fragili e stranieri, della personalizzazione delle cure, relativi al miglioramento ed aggiornamento di percorsi assistenziali e all'organizzazione di PTDA. I corsi hanno coinvolto operatori sanitari ed amministrativi (in particolare addetti ad attività di accoglienza dei cittadini) – (PTV);
- Formazione degli operatori in tema di esordi giovanili delle patologie psichiatriche (ASL Roma 4);

Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali
Area Cure Primarie

- Formazione finalizzata allo sviluppo delle capacità relazionali degli operatori: Corso Counseling Motivazionale; Corso OMS Unicef; Corso Mamme Peer Counselors; Incontri interistituzionali sull' Adolescenza – (ASL Roma 2);
- Formazione frontale “Gestione del paziente senza fissa dimora”; Formazione Coordinatori sulla procedura “Individuazione del paziente fragile e/o complesso e per la definizione del percorso extra-ospedaliero”; Prevenzione della violenza di genere; “Prevenzione del suicidio di pazienti in ospedale”; “Percorsi riabilitativi”; “Ospedale territorio senza dolore applicazione legge 38”; “Razionale uso del parto cesareo”; “La donazione di organi e tessuti da donatore vivente: solidarietà che cambia la vita” - (A.O. S. Giovanni Addolorata);
- Corso di formazione “Prevenzione delle aggressioni a danno degli operatori del soccorso” finalizzato a ridurre la conflittualità tra soccorritori e utenti - (ARES 118);
- Corso “Gestione Psicologica di eventi critici” finalizzato ad aumentare la consapevolezza sull'importanza degli aspetti relazionali e psicologici durante l'attività di assistenza in emergenza con particolare riguardo alle situazioni più critiche dal punto di vista dell'impatto emotivo (soccorso bambini e maxiemergenze) - (ARES 118);
- Corso “Risk management e qualità dei processi” - (ARES 118);
- Corso di formazione sulla Medicina Narrativa (ASL Rieti).

In merito alla ricerca Autofinanziata Agenas “La valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero”, le Aziende del SSR hanno aderito alla ricerca con la redazione di un Piano aziendale di miglioramento a cura dell'equipe mista locale, condiviso con le Direzioni Aziendali ed i Referenti Civici Regionali.

Linea progettuale 3. Cure Palliative e terapia del Dolore. Sviluppo dell'Assistenza Domiciliare Palliativa Specialistica.

Il Progetto, in continuità con le attività previste nell'anno precedente, prevedeva il conseguimento di specifici obiettivi:

- Consolidamento delle attività e delle funzioni della rete assistenziale di Cure Palliative della Regione Lazio, previste dal DCA 84/2010, presso le strutture sanitarie regionali, anche a favore dei pazienti non oncologici, con particolare riferimento alle attività di Assistenza Domiciliare;
- Prosecuzione del Percorso di attuazione dell'Intesa 25 luglio 2012, recepito con DCA U00461 del 15.11.2013;
- Analisi comparativa dell'offerta regionale di assistenza palliativa domiciliare, rispetto ai contenuti dell'Intesa del 25 luglio 2012;
- Prosecuzione del processo di accreditamento degli erogatori delle cure palliative;
- Adempimenti relativi al Decreto del Ministero della Salute del 6 giugno 2012: "Istituzione del Sistema Informativo per il monitoraggio dell'Assistenza erogata presso gli Hospice";
- Inserimento degli strumenti di valutazione multidimensionale della SUITE InterRai per le cure palliative all'interno della piattaforma SIAT (Sistema Informativo Assistenza Territoriale);
- Informatizzazione del Modulo: "Richiesta di attivazione della rete locale cure palliative" all'interno della piattaforma SIAT, per la presa in carico anche dei pazienti non oncologici, da parte di un Medico di Medicina Generale o di un Medico Ospedaliero;
- Prosecuzione dell'attività del Coordinamento regionale della rete Assistenziale di Cure Palliative della Regione Lazio, che tra l'altro prevede, tra i suoi compiti, la costruzione e la organizzazione della Rete Locale;
- Promozione della presa in carico del paziente e della sua famiglia con continuità terapeutica dalla diagnosi all'assistenza domiciliare e residenziale in Hospice.

**Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali
Area Cure Primarie**

La Regione Lazio, per il raggiungimento degli obiettivi, ha emanato provvedimenti e realizzato azioni nell'ambito della rete delle cure palliative.

Il Coordinamento regionale della rete assistenziale in cure palliative, tra le sue azioni, ha proceduto alla predisposizione di un Decreto del Commissario ad Acta U00360/2016 "Indirizzi per l'implementazione della Rete Locale di Cure Palliative" con il quale tutte le Aziende Sanitarie sono tenute ad istituire una Rete Locale di Cure Palliative e un Coordinamento dedicato, in linea con quanto indicato nell'Intesa del 25 luglio 2012.

E' stato effettuato un aggiornamento del fabbisogno territoriale per l'assistenza in cure palliative nell'ambito residenziale e domiciliare, con Decreto del Commissario ad Acta U00320/2016, con il quale, tra l'altro, si incrementa lo standard regionale di p.r. in hospices per i malati terminali non oncologici.

Al fine degli adempimenti disposti dal Decreto del Ministero della Salute del 6 giugno 2012: "Istituzione del Sistema Informativo per il monitoraggio dell'Assistenza erogata presso gli Hospice", la Regione Lazio ha coinvolto le Aziende Sanitarie nella raccolta dati prodotti dagli hospices insistenti sui rispettivi territori, con invio trimestrale dei dati.

Secondo quanto riportato nel Questionario LEA per l'anno 2016, in riferimento al volume di attività della rete delle cure palliative, si rappresenta che:

- il numero di malati deceduti a causa di tumore assistiti dalla rete di cure palliative a domicilio e/o in hospice sul numero di malati deceduti per malattia oncologica sono 8.708/16.673* (*dati registro mortalità anno 2015), pari a circa il 50%.
- il numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per malati deceduti a causa di tumore sono state n.243.890.

Le AASSLL, nell'ambito del monitoraggio delle attività inerenti gli Obiettivi di Piano 2016, hanno relazionato in merito all'assistenza residenziale erogata presso gli hospice e alle prestazioni erogate in assistenza domiciliare palliativa, sia di base che specialistica.

Le Aziende, in continuità con le attività previste nell'anno precedente, hanno implementato e consolidato i percorsi assistenziali e provveduto a fornire assistenza domiciliare palliativo-specialistica con PAI personalizzati.

Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali
Area Cure Primarie

Inoltre, le ASL hanno provveduto a:

- mettere in rete l'attività dei CAD dei distretti sanitari con gli hospice insistenti sul territorio, prevedendo l'intervento del CAD per le attività di base e di media complessità e la sinergia dell'hospice nei casi di più alta complessità;
- potenziare e consolidare il ruolo della Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM) composta da equipe multiprofessionali dedicate con coinvolgimento del Medico di Medicina Generale/Pediatra di Libera Scelta, al fine di effettuare la valutazione dell'idoneità ed eleggibilità all'accesso alle cure palliative domiciliari o residenziali, in relazione allo specifico bisogno della persona da valutare;
- sottoscrivere protocolli operativi che hanno coinvolto prioritariamente i Distretti Sanitari, i servizi CAD, i Medici di Medicina Generale, gli specialisti e gli Hospice;
- individuare un modello unico aziendale e/o attivare una UOSD per l'integrazione e la continuità della presa in carico del paziente e della sua famiglia, dalla diagnosi alle cure domiciliari e residenziali in hospice;
- promuovere la presa in carico del paziente e della sua famiglia, assicurando la continuità terapeutica dalla diagnosi all'assistenza residenziale in hospice, con formulazione di un PAI personalizzato;
- adottare il "Modulo di richiesta di attivazione della rete locale cure palliative" da parte dei Medici di Medicina Generale o dei Medici Ospedalieri o di alcuni Hospice; è in corso l'inserimento del Modulo nella piattaforma del Sistema Informativo Assistenza Territoriale (SIAT).

In particolare, nell'ambito territoriale di alcune AASSLL risultano attivati:

- un ambulatorio di *Simultaneous Care* presso due Ospedali, per favorire un Percorso di Continuità Assistenziale, dall'oncologia all'assistenza palliativa presso l'hospice e/o domiciliare;
- corsi di formazione, rivolti sia ai caregivers che al personale sanitario aziendale e dell'hospice, finalizzati a migliorare l'assistenza dei pazienti presso l'hospice e presso il domicilio;



REGIONE
LAZIO

Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali
Area Cure Primarie

- programmazione di eventi formativi/informativi con i Medici di Medicina Generale e gli operatori sanitari;
- monitoraggio e verifica delle strutture erogatrici e/o domicilio degli assistiti;
- accoglienza e counselling per gli utenti che accedono al front-office alla "UOC Tutela dell'anziano, della malattia di Alzheimer e gestione hospice".

Linea progettuale n. 5. Gestione della cronicità

Relativamente alle attività assistenziali erogate alle persone in condizioni di fragilità e di non autosufficienza, si rileva, dai dati ed informazioni fornite nelle relazioni aziendali esaminate, una complessiva corrispondenza con gli obiettivi prefissati e con i risultati attesi di cui al DCA n. U00371/2017, incentrati sostanzialmente sul potenziamento e sulla riqualificazione della rete dei servizi territoriali, nell'ottica del miglioramento della presa in carico dell'assistito, secondo criteri di equità ed appropriatezza.

In particolare, si rileva:

- il consolidamento e l'ottimizzazione del processo di potenziamento delle attività dei PUA, quale luogo privilegiato di presa in carico e gestione multidisciplinare del bisogno di salute dei cittadini;
- la prosecuzione del processo di potenziamento del ruolo della Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVMD) mediante l'adozione degli strumenti di valutazione multidimensionale di cui al DCA n. U00361/2014, finalizzati, tra l'altro, alla omogeneizzazione delle procedure ed all'ottimizzazione della completezza e qualità delle informazioni;
- il rafforzamento delle attività di assistenza residenziale a persone non autosufficienti, anche anziane, con l'attivazione, in particolare, di n. 70 posti residenziali (n. 20 liv. estensivo e n. 50 liv. estensivo per disturbi cognitivo-comportamentali gravi);
- il miglioramento della definizione del Piano di Assistenza Individuale (PAI)/Progetto Riabilitativo Individuale, nonché l'implementazione dei flussi informativi dedicati;
- il consolidamento del modello socio-assistenziale di "Comunità alloggio", per disabili gravissimi, dedicato a persone in stato vegetativo e/o stato di minima coscienza.

Le AASSLL hanno proseguito le attività relative ai Punti Unici di Accesso (PUA) e alla Valutazione Multidimensionale (VMD), nonché quelle dell'assistenza domiciliare per persone non autosufficienti (ADI).

Con riferimento al percorso regionale del Punto Unico di Accesso, ed in coerenza con le Linee di Indirizzo, approvate con la Deliberazione 315/2011, con nota regionale prot. n. 522126 del 18.10.2016 è stato inviato alle AASSLL un questionario di monitoraggio, volto alla rilevazione delle modalità organizzative dei Punti Unici di Accesso, allo scopo di acquisire elementi utili ai fini della individuazione delle criticità ed al miglioramento dei servizi.

Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali
Area Cure Primarie

Relativamente all'area della disabilità, si è proseguito nel processo di potenziamento delle attività di valutazione, anche attraverso l'implementazione dell'utilizzo della scheda S.Va.M.Di, al fine di individuare percorsi assistenziali maggiormente appropriati ai bisogni espressi.

Inoltre, a conclusione del percorso avviato con un gruppo di lavoro appositamente costituito, è stato predisposto il decreto commissariale n. U00159 del 13 maggio 2016 "Approvazione del documento "Riorganizzazione dei percorsi riabilitativi in ambito ospedaliero e territoriale".

Nella ASL di Frosinone è stato implementato un ambulatorio e un percorso clinico di presa in carico protetta per i pazienti affetti da disturbi dello spettro autistico.

Malattie Rare

Le malattie rare, spesso patologie con elementi di cronicità e complessità assistenziale, presentano bisogni di cura a cui è essenziale fornire risposte efficaci, sia in ambito ospedaliero che sul territorio.

Nel 2016 la linea di attività specifica dedicata alle Malattie Rare, è stata sviluppata in continuità con l'anno precedente, nella direzione di un potenziamento/miglioramento della rete a livello regionale.

Dalle relazioni trasmesse dalle Aziende coinvolte nel progetto si evince che nel 2016 si è proceduto con le attività di sviluppo e implementazione di nuovi Piani Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) per più gruppi di malattie rare e l'aggiornamento dei PDTA già sviluppati negli anni precedenti. Sono stati attivati e/o potenziati gli sportelli dedicati alle malattie rare, punto di accesso per il paziente, le famiglie e le associazioni, in collegamento con le U.U.O.O. e con gli altri Istituti della rete, al fine di assicurare l'accesso e un percorso diagnostico-assistenziale appropriati. A livello territoriale sono stati implementati i percorsi personalizzati per le persone con malattia rara e non autosufficienti, attraverso il rafforzamento del servizio di assistenza domiciliare e dei Punti Unici di Accesso. Le AASSLL, in particolare, hanno potenziato la rete con la medicina di base; in alcuni casi, in presenza di malattie rare particolarmente invalidanti, sono stati creati appositi percorsi di accesso per trattamenti riabilitativi e per l'erogazione di ausili e protesi, nonché creati appositi tavoli tecnici dedicati.

L'attività del Centro di Coordinamento Regionale (CCRM), istituito con Determinazione regionale n.G10700 del 09.09.2015, insieme alla presenza di un sistema di informativo dedicato (SIMaRaL), anche nel 2016 ha consentito di individuare indicatori sempre più specifici per la valutazione del livello di assistenza e gestione della presa in carico delle Strutture dedicate alla malattie rare, anche in previsione di una espansione della domanda di prestazioni e della realizzazione delle Reti Europee di Riferimento.

Nel corso dell'anno 2016 il Centro di Coordinamento regionale è stato convocato più volte presso gli uffici regionali, coinvolgendo anche le Associazioni dei malati rari allo scopo di migliorare le

**Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali
Area Cure Primarie**

procedure, l'integrazione delle attività dei Centri di riferimento, delle strutture territoriali (ospedale, distretto) e della medicina di base.

La ridefinizione dei Centri per le malattie rare rappresenta un primo passo verso lo sviluppo di una Rete che garantisca standard organizzativi e informativi di qualità per ciascun Istituto partecipante, la continuità assistenziale e un'adeguata transizione dall'età pediatrica a all'età adulta.

Si è mantenuto, nel corso dell'anno, un attivo confronto con i Referenti territoriali per le malattie rare e con i Referenti degli Istituti riconosciuti.

Il 18 maggio 2016, presso la Sala Tirreno della Regione Lazio, è stato organizzato il Convegno "Vivere una malattia rara. Dalla diagnosi alla presa in carico", indirizzato a medici, biologi e infermieri e al quale sono stati invitati i pazienti e le associazioni dei malati rari.

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

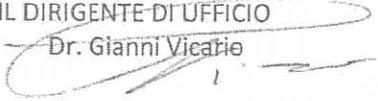
Nel 2016 le schede di presa in carico inserite nel SiMaRaL dai Centri di riferimento sono state 3.412. Va comunque ribadito che, a tutt'oggi, il numero di casi notificati potrebbe non essere ancora del tutto rappresentativo del numero di soggetti effettivamente seguiti dai Centri.

In questo contesto, le attività svolte dalle Aziende nell'ambito del progetto realizzato nel 2016 hanno contribuito ad un ulteriore miglioramento della rete regionale per le malattie rare, implementando percorsi per la cronicità, secondo standard di equità e sicurezza.

Ospedale e territorio, anche se sono ancora numerose le aree di criticità, hanno proseguito la loro collaborazione per migliorare la continuità assistenziale tra il Centro responsabile del Piano Terapeutico, le strutture socio-sanitarie territoriali ed i medici di medicina generale o i pediatri di libera scelta.

IL DIRIGENTE DI UFFICIO

Dr. Gianni Vicario



IL DIRIGENTE DI AREA

Dott. Valentino Mantini



Silvia Scalmana





DIREZIONE REGIONALE SALUTE E POLITICHE SOCIALI
AREA PROGRAMMAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA E RISK MANAGEMENT

Al Dirigente Area Risorse
Economiche - Finanziarie
Dott. Marcello Giannico
GR/11/43
SEDE

E p.c. Al Dirigente Area
Cure Primarie
Dott. Valentino Mantini
GR/11/48

Oggetto: Relazione OBIETTIVI DI PIANO anno 2016 DCA 371/20167. Integrazione Linea Progettuale "Cure palliative e terapia del dolore".

Ad integrazione della precedente nota Prot. n. 0098893 trasmessa dall'Area Cure Primarie in data 21 febbraio 2018, si trasmette la relazione relativa alle attività nell'ambito della linea progettuale riportata in oggetto, svolta dai due centri Hub di Terapia del dolore, Policlinico Umberto I e Policlinico Tor Vergata, nel corso dell'anno 2016, di competenza della scrivente Area.

Si precisa che la presente relazione è redatta sulla base della documentazione trasmessa dai Responsabili dei due Centri.

a. Assistenza clinica

I centri HUB di Terapia del dolore hanno svolto attività ambulatoriale (5 giorni a settimana, dal Lunedì - Venerdì), per un totale di 50 ore settimanali) con visite specialistiche programmate tramite CUP o tramite agenda interna. Un giorno a settimana è dedicato esclusivamente ai pazienti affetti da patologia oncologica. Tale organizzazione ha sempre reso possibile la presa in carico delle urgenze in tempi brevissimi (< 24 ore).

I terapeuti del dolore hanno collaborato con percorso integrato con le specialità di Oncologia, Radiologia interventistica, Neurochirurgia, Reumatologia, Psichiatria, Fisiatria e con le altre specialità che di caso in caso si ritenevano necessarie. E' stata garantita inoltre la presa in carico di pazienti con comorbidità di tipo psichiatrico.

Nel corso del 2016 sono state erogate dai due Hub circa dodicimila prestazioni ambulatoriali e assicurate consulenze presso il Pronto Soccorso, reparti di degenza, Day Hospital e assistenza domiciliare. Rispetto al 2015 sono incrementate le procedure invasive in regime ambulatoriale, come richiesto dal DCA V00568 del 27/11/2015

b. Campagne informative (art. 4 legge 38/2010)

Nel corso del 2016 i due centri hanno aderito all'iniziativa "Giornata di Sensibilizzazione e Promozione" promossa dall'Associazione "Fondazione ISAL" (Istituto di ricerca e formazione in scienze algologiche) - "Cento Città contro il dolore" al fine di offrire ai cittadini un'informazione esaustiva sul dolore cronico, far conoscere i principi sanciti dalla legge 38/2010 (diritto ad accedere alla rete dei centri per la terapia del dolore e cure palliative), sollecitare i mass media e raccogliere fondi per sostenere una ricerca ancora poco finanziata.

d. Rilevazione del dolore (Art. 7 legge 38/2010)

Il centro HUB del PTV è coordinatore della multicentrica multi-setting più ampia al mondo (che coinvolge 32 centri nazionali tra oncologie, terapie del dolore e cure palliative). L'obiettivo di tale progetto è quello di censire sistematicamente il dolore oncologico nelle relative strutture attraverso una cartella clinica standard. A tale scopo, si è validato un algoritmo diagnostico terapeutico che potrebbe essere proposto ad ogni centro clinico SPOKE della Regione Lazio come modello d'implementazione del rilevamento del dolore oncologico. Tale progetto prende il nome di " Italian Oncologic Pain Multisetting-Multiscentric Survey (IOPS-MS)" ed è stato portato avanti per tutto il 2014 ed il 2015.

e. Formazione professionale (art. 8 legge 38/2010)

1. MASTER

Con decreti del Ministro dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, di concerto con il Ministro della Salute, sono stati individuati specifici percorsi formativi in materia di cure palliative e di terapia del dolore e i criteri per l'istituzione di Master in Cure Palliative e nella Terapia del Dolore (G.U. Serie Generale n. 89 del 16 aprile 2012).

IL DIRIGENTE DELL'AREA
Domenico Di Lallo

Il Responsabile del Procedimento

Anna Micheli

RELAZIONE OBIETTIVI DEL PIANO SANITARIO NAZIONALE ANNO 2016

Linea progettuale: Piano Nazionale della Prevenzione e supporto al Piano Nazionale della Prevenzione

Progetti: Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2014-2018; Attività dei Network Nazionali Osservatorio Nazionale Screening (ONS), Associazione Italiana dei Registri Tumori (AIRTUM), Network Italiano di Evidence-based Prevention (NIEBP) a supporto del Piano nazionale Prevenzione 2014 – 2018

Premessa

Con DCA n. U00371 del 28/08/2017 la Regione Lazio ha provveduto al recepimento dell'Accordo Stato Regioni del 14 aprile 2016 (rep. atti n. 64/CSR), relativo all'assegnazione alle regioni delle risorse vincolate alla realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2016, ai sensi dell'art. 1, commi 34 e 34 bis della legge 23 dicembre 1996, n. 662.

Tale DCA prevede che le AASSLL e i tre network assegnatari del 5 per mille della quota vincolata per il Piano Nazionale della Prevenzione di cui al comma 2 dell'articolo 17 del Patto della Salute 2014-2016 (rep. atti n. 82/CSR del 10/07/2014) presentino una specifica relazione sui risultati raggiunti, per singolo progetto, nell'anno precedente.

PRP 2014-2018

Con DCA n. U00593 del 16/12/2015 la Regione Lazio ha approvato la versione definitiva del PRP 2014-2018 elaborato sulla base delle indicazioni programmatiche nazionali, e modificato e integrato ai sensi dell'Accordo Stato-Regioni del 25 marzo 2015.

Nel 2016, dalle relazioni pervenute risulta che le AASSLL hanno dato seguito alle attività previste dai 9 programmi regionali del PRP 2014-2018, partecipando ai gruppi di lavoro regionali ed implementando gli specifici interventi previsti dal PRP nonché dai Piani attuativi aziendali.

Tutte le AASSLL hanno fornito alla Regione Lazio le informazioni richieste dal monitoraggio regionale ai fini della certificazione del PRP e della valutazione di processo. Le informazioni utili alla certificazione sono state trasmesse al Ministero della Salute con nota prot. Regione Lazio U166893 del 30/03/2017. Successivamente, il Ministero della Salute, a seguito della valutazione effettuata ai sensi dell'Accordo Stato-Regioni n. 56 del 25/03/2015, ha comunicato "che la Regione Lazio risulta certificata per l'anno 2016 in relazione al PRP, in quanto il 92% degli indicatori sentinella di tutti i programmi presenta uno scostamento tra valore osservato e standard non superiore al 20%". Sulla base degli indicatori regionali indicati nel PRP 2014-2018, gli obiettivi risultano raggiunti ed in coerenza con quanto previsto nel Piano.

Svolgimento di attività di supporto al PRP da parte di ONS

Per quanto riguarda l'attività di supporto al PRP da parte di ONS si specifica che:

sotto il coordinamento di ISPO - Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica di Firenze, l'ONS conduce ogni anno (utilizzando il *know how* delle società scientifiche dello screening Gisma, del Gisci e del Giscor) la raccolta sistematica e la valutazione di indicatori di *performance* e di impatto dei tre programmi di screening. Le *survey* che vengono condotte hanno contemporaneamente due finalità:

- a) di certificazione rispetto ai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA);

b) di Monitoraggio Continuo della Qualità in un'ottica di *benchmarking* fra le Regioni (e all'interno di ogni Regione fra i singoli programmi).

Questi risultati vengono pubblicati annualmente nel Rapporto dell'Osservatorio e vengono discussi in un convegno specifico e in molte iniziative con le Istituzioni, le società Scientifiche, operatori sanitari, le associazioni di volontariato, etc. Inoltre, l'ONS fornisce ad ogni Regione il confronto di numerosi indicatori per ogni tipologia di screening rispetto alla media nazionale, alla media regionale e rispetto allo standard di riferimento. L'Osservatorio ha curato, inoltre, le linee guida per la *quality assurance* e la certificazione dei programmi di screening, la promozione della ricerca in ambito di screening, lo sviluppo della qualità dell'informazione e della comunicazione all'interno dei programmi fra operatori e utenti.

La Regione Lazio, come le altre Regioni italiane si è avvalsa del supporto dell'ONS sopra descritto nelle sue attività di monitoraggio per la valutazioni delle singole *performance* dei singoli programmi nell'anno 2016. Tale confronto fornisce elementi concreti per l'individuazione di azioni programmatiche per il superamento delle criticità:

1. Il *benchmarking* dei programmi è stato assicurato da singole schede inviate ai responsabili delle varie Regioni (e dunque anche alla responsabile della Regione Lazio) nonché nei momenti pubblici di confronto e di discussione sui risultati e sulle pubblicazioni presenti nel sito dell'ONS (www.osservatorionazionale screening.it).
2. Il 20 giugno 2016, il direttore dell'ONS ha partecipato a Roma a una riunione per lo sviluppo del Data WareHouse Nazionale basato su record individuale. A tale progetto ha attivamente collaborato fin dal Progetto Pilota anche la Regione Lazio.
3. Inoltre, le news dell'ONS hanno fornito informazioni su dibattiti, iniziative formative, novità organizzative etc. a tutti gli iscritti alle news fra i quali ci sono molti operatori e organizzatori dei programmi di screening della Regione Lazio.
4. Per quanto riguarda l'attività di formazione, il Referente Regionale degli Screening e molti altri operatori del settore del Lazio, hanno partecipato alle iniziative organizzate dall'ONS, quali workshop ed eventi formativi:
 - a. il 18 maggio 2016 a Finalborgo (SV) nel Workshop congiunto GISMa/ONS "Lo Screening nelle donne giovani: va cambiato qualcosa?"
 - b. l'8 maggio 2016 a Napoli nel Workshop congiunto GISCi/ONS "Vaccino e Screening: cosa deve cambiare"

Nel corso del 2016 l'ONS ha continuato a sviluppare un rapporto con varie società Scientifiche il cui orientamento influisce sul funzionamento dei programmi di screening. In particolare, nel gennaio 2016 si è tenuto a Milano un incontro con tutte le società scientifiche dei ginecologi al fine di armonizzare i messaggi riguardanti il rapporto fra screening e vaccinazione anti-HPV. Il direttore dell'ONS ha partecipato, il 16 e 17 ottobre 2016, al 91° congresso della SIGO che si è svolto a Roma. Nel corso del congresso è stato evidenziato che la forte presenza di attività "spontanea" per la prevenzione del cervicocarcinoma è uno degli ostacoli riconosciuti alla diffusione dei programmi organizzati. Tale situazione è particolarmente sentita nella città di Roma. Inoltre, il direttore dell'ONS è intervenuto al Congresso dell'AIOM, tenutosi a Roma il 28 ottobre 2016 e al congresso delle FISMAD (Napoli 26-27 febbraio 2016).

Svolgimento di attività di supporto al PRP da parte di AIRTUM

Per quanto riguarda l'attività di supporto al PRP da parte di AIRTUM si specifica che:

l'AIRTUM coordina le attività dei Registri Tumori già presenti in Italia. L'associazione svolge un'attività di raccordo metodologico tra i vari registri, sostiene direttamente la ricerca e la produzione editoriale. E' collegata alle corrispondenti associazioni in altri paesi a livello europeo e mondiale.

Nel 2016, l'AIRTUM ha svolto le seguenti attività:

- raccolta della casistica prodotta dai 45 Registri Tumori italiani accreditati AIRTUM e verifica di adesione al protocollo operativo (<http://www.registri-tumori.it/cms/files/2010.pdf>), eventuale richiesta di correzioni in caso di non aderenza ai criteri di consistenza e/o segnalazione di anomalie dal software-check AIRTUM (<http://www.registri-tumori.it/cms/it/taxonomy/term/35>).
- trasmissione dati per la partecipazione a progetti di ricerca nazionali e internazionali;

Con Legge regionale n. 7 del 12/06/2015 recante "Istituzione del registro tumori di popolazione della Regione Lazio" la Regione Lazio ha istituito il Registro Tumori (RT) di popolazione con copertura estesa a tutto il territorio regionale. L'ampliamento della copertura con l'istituzione di un RT regionale è funzionale a fornire stime di incidenza, prevalenza e sopravvivenza alle patologie tumorali, favorendo non solo l'individuazione dei trattamenti terapeutici più efficaci, ma anche la programmazione e valutazione a livello regionale di interventi di prevenzione e sensibilizzazione della popolazione nei confronti delle patologie tumorali. Nel 2016, AIRTUM ha concluso il percorso di accreditamento del Registro Tumori di Viterbo: è il secondo Registro Tumori in tutta la regione Lazio, dopo Latina, ad aver ottenuto il riconoscimento. Inoltre, nella regione Lazio sono stati svolti i seguenti eventi:

- "Corso base per operatori del Registro Tumori della Regione Lazio", svoltosi a Vicovaro (Roma) il 16-18 marzo 2016, inerente i temi dei flussi informativi e le tecniche di registrazione;
- Workshop su "Epidemiologia dei tumori infantili, sanità pubblica e comunicazione del rischio", svoltosi a Roma il 7 Novembre del 2016.

Nel corso del 2016 AIRTUM:

- ha curato in collaborazione con l'Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM) le analisi e la stesura del volume "I numeri del cancro 2016" nel quale sono presentati i dati dei Registri Tumori italiani con stime di incidenza per singola sede tumorale e singola regione Italiana.
- in collaborazione con la commissione editoriale AIRTUM, la commissione Banca Dati ha curato la definizione del dataset ed eseguito controlli di qualità specifici;

Infine, sono state portate avanti le attività di coordinamento per la pubblicazione della monografia AIRTUM 2016 sulla sopravvivenza dei pazienti oncologici in Italia.

Svolgimento di attività di supporto al PRP da parte del NIEBP

Per quanto riguarda l'attività di supporto al PRP da parte di NIEBP, nel 2016 il network si è occupato della costruzione e dell'aggiornamento del sito che ha preso il nome di Evidence Base Prevention - Sanità pubblica (www.evidencebasedprevention.com) che contiene gli aggiornamenti sulle evidenze relative ad interventi di sanità pubblica inclusi nel PRP. Il network ha effettuato, inoltre, la manutenzione e l'aggiornamento della matrice delle evidenze (www.niebp.agenas.it). Sono state aggiornate diverse voci ed è stato condotto un lavoro preparatorio al supporto del lavoro di revisione dei PRP previsto per il 2017-18.

Il network ha promosso la ricerca verso l'individuazione di interventi efficaci, sostenibili e trasferibili. Il lavoro è confluito successivamente nella produzione del Rapporto Prevenzione 2017 (in corso di pubblicazione) che servirà ad orientare i decisori e gli operatori verso l'adozione di interventi di provata efficacia che siano effettivamente implementabili nel contesto italiano.

Nell'ambito dell'attività di disseminazione delle evidenze è stata completata la Linea guida per la prevenzione degli incidenti domestici in età infantile. Durante il corso del 2016 è stata completata la redazione del testo e realizzata la revisione da parte del gruppo panel di esperti e dal gruppo di consultazione degli stakeholder. Il lavoro è oggi completo ed è pronto per la disseminazione attraverso il suo inserimento nel database del Sistema Nazionale Linee Guida (il cui sito è attualmente in fase di aggiornamento).

La matrice delle evidenze messa a punto dal NIEBP è stata utilizzata nella fase di pianificazione PRP 2014-2018 della Regione Lazio. In particolare, per ciascun progetto o azione, la ricerca delle prove di efficacia è stata condotta con l'adozione di un algoritmo basato sulla consultazione prioritaria del sito NIEBP e della letteratura specifica. Nel corso del 2016, la documentazione prodotta dal NIEBP è stata utilizzata a supporto dell'implementazione degli interventi preventivi previsti dal Piano. In particolare, sono state prese in considerazione le evidenze a supporto delle azioni di contrasto alle disuguaglianze di salute.



Progetto “Attività di supporto al network per la Evidence Based Prevention (NIEBP)”

Attività di supporto al Piano Nazionale per la Prevenzione da parte dei network ONS, NIEB e AIRTUM, programmi di “elaborazione di evidenze scientifiche sulla efficacia degli interventi e delle politiche di prevenzione”. Relazione attività anno 2016

Dall’uso di google sites per la costruzione di un sito relativo alla ricerca automatica della letteratura scientifica pertinente a problemi di Sanità Pubblica, si è previsto il passaggio di tale materiale all’interno di un nuovo dominio.

Basandosi sulla precedente struttura si è provveduto alla costruzione ex novo del sito tramite l’uso di Joomla, tale sito ha preso il nome di Evidence Based Prevention- Sanità Pubblica <http://www.evidencebasedprevention.com/> .

Questo, in collaborazione e l’ausilio degli informatici di ARS, è costituito dalla home che contiene le news sulle evidenze relative ad interventi di Sanità Pubblica. E’ stata predisposta poi una sezione dedicata agli strumenti per la ricerca, all’interno della quale vengono elencati i principali siti di database utili per la ricerca della letteratura. Questi sono stati suddivisi in quelli per le revisioni sistematiche e per le linee guida. Ogni database presenta un proprio spazio nel quale vengono descritte le funzioni e le potenzialità. Inoltre l’operatore può scaricare un file in pdf del breve tutorial di spiegazione per l’uso.

E’ stata predisposta anche una sezione che presenta all’interno alcuni temi di Sanità Pubblica partendo dai fattori di rischio contenuti nel PNP 2014-2018 per i quali abbiamo raccolto le relative prove di efficacia e per i quali è possibile accedere automaticamente ai risultati della ricerca della letteratura in relazione al database interrogato. Infine è presente la sezione relativa alla didattica ~~suddivisa in 9 moduli che comprende tutto materiale contenuto all’interno del precedente cd di~~ autoformazione per l’EBP con gli aggiornamenti del caso. I moduli, sono suddivisi in una parte teorica contenente slide e materiale relativo esplicativo, una parte di curiosità relativa ad alcuni argomenti presenti nella parte teorica ed ulteriormente approfonditi perché comunque di interesse in

ambito di Sanità Pubblica. Alle slide contenute nella parte teorica si è provveduto ad aggiungere il relativo materiale esplicativo in formato pdf.

Nell'ultimo periodo è stata infine strutturata la newsletter che viene ad oggi inviata a tutti gli scritti al sito ogni due mesi e che aggiorna gli operatori sulle ultime novità di letteratura evidence based reperite.

Oltre al lavoro giornaliero sul sito si è provveduto a raccogliere sistematicamente, secondo la metodologia EBP, materiale relativo alla terapia del cancro con adroterapia strutturando e fornendo ai committenti un report che raccogliesse e sintetizzasse materiale di HTA in particolare articolando una revisione sistematica di report di HTA relativi all'argomento in esame tramite la consultazione di database scientifici attraverso l'uso di parole chiave.

Il report si è strutturato in una sintesi narrativa della letteratura reperita suddivisa in base alla patologia ed alla sede di insorgenza.

Il Responsabile Scientifico per ARS

Dott. Fabio Voller*

* "Documento informatico sottoscritto con firma digitale ai sensi del D.Lgs n. 82/2005. L'originale informatico è stato predisposto e conservato presso ARS in conformità alle regole tecniche di cui all'art. 71 del D.Lgs n. 82/2005. Nella copia analogica la sottoscrizione con firma autografa è sostituita dall'indicazione a stampa del nominativo del soggetto responsabile secondo le disposizioni di cui all'art. 3 del D.Lgs n. 39/1993."

Sintesi dei dati 2016 relativi alle reti oncologiche (dati PREValE e dati di attività)

Tumore del colon

Nel corso del 2016 nella regione Lazio sono state effettuate 88.475 colonscopie in regime ambulatoriale, ospedaliero e nell'ambito del programma di screening. Di queste, 13.512 sono colonscopie operative. Sono stati inoltre effettuati 2.805 interventi chirurgici per tumore del colon; di questi il 63,4% in strutture identificate come possibili centri di trattamento.

Tumore del polmone

Riguardo alla rete del tumore del polmone, nel 2016 sono stati effettuati 1.597 interventi chirurgici per neoplasia polmonare, di cui il 77,8% presso i Centri di Riferimento identificati con DCA 419/2015.

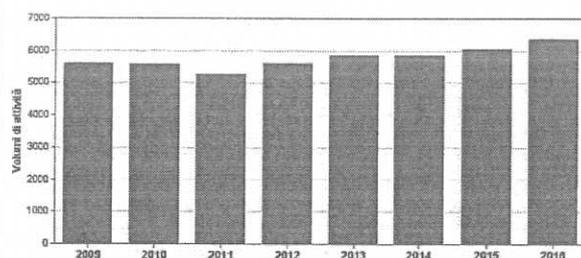
Tumore della prostata

Riguardo al tumore della prostata, complessivamente, nel 2016, sono stati effettuati n. 1.710 interventi di asportazione della prostata, di cui 1.265 radicali (74%). I dati per singola struttura evidenziano una dispersione della casistica, con solo 8 strutture sulle 44 pubbliche o private accreditate che hanno effettuato sia nel triennio 2014-16 che nel solo 2016 almeno 25 interventi di prostatectomia radicale/anno. Fra le 19 Case di Cura solamente autorizzate che documentano attività di prostatectomia, tre hanno volumi superiori alla soglia di 25 interventi/anno.

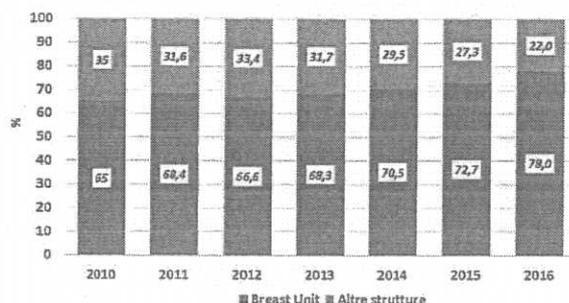
Tumore della mammella

I volumi di attività relativi al numero di interventi chirurgici per tumore maligno della mammella eseguiti in strutture della regione Lazio aumentano progressivamente negli ultimi anni a partire dal 2011, raggiungendo nel 2016 un volume di 6358 interventi.

Volumi di ricoveri per intervento chirurgico per tumore maligno della mammella. Analisi per struttura di intervento. 2009 - 2016



Proporzione di interventi effettuati nelle Breast Unit



La proporzione di interventi effettuati nei centri di senologia, individuati sulla base del DCA U00038/2015, è in costante aumento fino ad arrivare al 78% del 2016, con una progressiva riduzione dell'attività svolta nelle altre strutture.

Il Progetto "Reti oncologiche" si pone come obiettivi la qualificazione delle attività assistenziali per l'oncologia, il monitoraggio della rete oncologica regionale e la rimodulazione della stessa, a partire da specifiche patologie neoplastiche seguendo le indicazioni contenute nel "Piano oncologico nazionale".

Il Progetto prevede, in continuità con l'anno precedente, specifiche azioni volte alla promozione e consolidamento di attività di rete per la presa in carico del paziente con patologia neoplastica, con particolare riferimento a tumore della mammella, del polmone, del colon-retto e della prostata; ricognizione/caratterizzazione delle strutture operanti in campo oncologico; attività del Gruppo di Lavoro Regionale Tecnico costituito presso la Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali; elaborazione di documenti di indirizzo sulle modalità organizzative ed assistenziali della rete, con il coinvolgimento dei diversi attori coinvolti nella gestione.

Ai fini della realizzazione delle attività previste nei Programmi Operativi 2013-2015 sulla Rete Oncologica, dal 2014 è attivo un Gruppo di Lavoro Regionale Tecnico sull'oncologia presso la Direzione Regionale Salute e Politiche sociali, formato da professionisti operanti presso Aziende sanitarie (ASL, AO, AOU, IRCCS) e presso il Dipartimento Epidemiologia SSR.

Nel corso del 2016 è continuato il lavoro inerente l'individuazione di una rete regionale per la gestione del tumore del colon retto (si prevede di emanare il DCA nei primissimi mesi del 2017).

E' stato inoltre avviato il lavoro per la gestione del tumore della prostata e per l'elaborazione di un documento di indirizzo relativo alla prevenzione secondaria del tumore al seno, gestione delle donne ad alto rischio e follow up delle donne post trattamento.

Elementi comuni alle diverse reti sono la multidisciplinarietà e multiprofessionalità del team; l'individuazione delle strutture anche sulla base di volumi di attività, data l'associazione con migliori esiti delle cure; l'adattamento al contesto regionale e la previsione di una gradualità dell'implementazione.

E' proseguito il lavoro con le ASL ed i Centri di senologia relativo alla stesura dei Piani Operativi per la mammella, anche alla luce della modifica di configurazione delle ASL regionali. Il DCA n. 606 del 30 dicembre 2015 concernente <Attuazione dei Programmi Operativi 2013-2015 approvati con il DCA n. U00247/14, come successivamente modificati ed integrati, tra l'altro, dal DCA n. U00373/15. Istituzione delle AA.SS.LL. "Roma 1" e "Roma 2". Soppressione delle AA.SS.LL. "Roma A", "Roma B", "Roma C" e "Roma E". Ridenominazione delle AA.SS.LL. "Roma D" COME "Roma 3", "Roma F" come "Roma 4", "Roma G" come "Roma 5" e "Roma H" come "Roma 6"> ha infatti disposto, a far data dal 1° gennaio 2016, l'istituzione dell'ASL Roma 1, mediante l'accorpamento dell'ASL Roma A con la Roma E, e dell'ASL Roma 2, mediante l'accorpamento dell'ASL Roma B con la Roma C, nonché la ridenominazione delle rimanenti ASL.

In particolare nel maggio 2016, al fine di omogeneizzare il più possibile i percorsi senologici fra le 10 Aziende sanitarie territoriali, è stata chiesta alle ASL la produzione della "Dichiarazione di impegno", a firma del rappresentante legale. Si forniva quindi un unico schema in cui veniva descritta l'articolazione dell'offerta senologica prevista dal DCA 38/2015, chiedendo alle Aziende di integrare il testo con quanto si intendeva realizzare.

La documentazione inviata dalle Aziende in diversi casi ha presentato criticità, discusse anche in specifiche riunioni con i referenti del percorso, che hanno richiesto revisioni delle Dichiarazioni di impegno presentate.

Nel corso del 2016 sono inoltre state avviate le *site visits* presso i Centri di senologia regionali da parte di alcuni componenti del Gruppo tecnico regionale. Il team era composto da rappresentanti regionali per la rete ospedaliera e lo screening, un radiologo, un chirurgo, un radioterapista e un oncologo. La site prevedeva la

Sono state identificate, dopo diversi incontri valutativi al Ministero della Salute, le strutture sanitarie comprendenti Centri qualificati ai quali è stato conferito l'endorsement. Questi centri hanno partecipato alla Call Europea e alla fine, dopo un lungo percorso tecnico valutativo sono stati certificati: 1) per i TR Solidi dell'Adulto, nella rete EURACAN, gli Istituti Fisioterapici Ospedalieri (IRE e ISG con 8 gruppi certificati: Sarcomi, Tumori Endocrinologici, PNET, Tumori Toracici, Tumori del SNC, Tumori Urologici, Tumori Gastro Intestinali e Tumori della Cute); 2) per i TR Ematologici, nella rete EuroBloodNet l'Azienda Universitaria Ospedaliera Policlinico Umberto I con il Centro di Ematologia; 3) per i TR Pediatrici, nella rete PaedCan l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù.

Nel corso del 2016, presso l'IFO, si è creato un gruppo di lavoro che comprende tutti gli specialisti coinvolti nella diagnosi e trattamento di tutti e 10 i gruppi di tumori rari che ha consentito di rispondere con esito positivo alla call EURACAN, si è inoltre avviata la creazione di un database di Istituto per la raccolta dei dati sui Pazienti con TR.

Presso l'Ematologia dell'Azienda Universitaria Ospedaliera Policlinico Umberto I nel 2016, il centro di Ematologia ha realizzato un Registro Interno dei Tumori Rari Ematologici, selezionati in base al Rare Cancer Network. Sono stati registrati 2943 pazienti (di cui 2733 adulti e 210 bambini) affetti da tumori rari ematologici regolarmente seguiti presso la struttura. Sulla base dei dati del registro è stato ottenuto l'endorsement ministeriale che, unitamente alla documentazione raccolta comprovante sia le caratteristiche peculiari di interdisciplinarietà dell'HCP Azienda Universitaria Ospedaliera Policlinico Umberto I sia i dati oggettivi comprovanti l'expertise del centro di Ematologia (diagnostica e clinica) ha consentito l'ammissione all'ERN EuroBloodNet.