

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

Oggetto: Rettifica DCA U00151 del 8 maggio 2014 avente ad oggetto "Recepimento dell'Accordo Stato Regioni del 20 febbraio 2014 (rep. atti n. 13/CSR). Presa d'atto dell'Intesa del 20 febbraio 2014 (rep. atti n. 27/CSR) sulla proposta del Ministero della salute di deliberazione CIPE relativa all'assegnazione alle regioni delle risorse vincolate alla realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2013, ai sensi dell'art. 1, commi 34 e 34 bis della legge 23 dicembre 1996, n. 662 e successive modifiche ed integrazioni. Nuova ripartizione della quota del fondo vincolato per l'anno 2013".

IL PRESIDENTE IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA

VISTI:

- lo Statuto della Regione Lazio;
- la Legge Regionale 18 febbraio 2002, n. 6 e successive modificazioni ed integrazioni;
- il Regolamento Regionale n. 1 del 6 settembre 2002, concernente l'organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta Regionale e ss. mm. ii;
- l'art. 64 del citato Regolamento Regionale n. 1/2002 e successive modifiche ed integrazioni che detta disposizioni in materia di atti d'indirizzo politico-amministrativo;
- la Delibera del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013, con la quale il Dr. Nicola Zingaretti è stato nominato Commissario ad Acta per la realizzazione degli obiettivi di risanamento finanziario previsti nel piano di rientro dai disavanzi regionali nel settore sanitario;
- la delibera del Consiglio dei Ministri del 1 dicembre 2014 con la quale l'Arch. Giovanni Bissoni è stato nominato Sub commissario per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi del SSR della Regione Lazio, con il compito di affiancare il Commissario ad Acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale, ai sensi della deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013;
- la Deliberazione della Giunta Regionale 22 marzo 2013, n. 53 "Modifiche del regolamento regionale 6 settembre 2002 n. 1", concernente "Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale" e successive modificazioni;
- la Deliberazione della Giunta Regionale n. 148 del 12 giugno 2013, "Modifiche del regolamento regionale 6 settembre 2002 n. 1", concernente "Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale" e successive modificazioni;
- il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421" e s.m.i.;
- la Deliberazione di Giunta regionale n. 66 del 12 febbraio 2007, concernente "L'approvazione del Piano di Rientro per la sottoscrizione dell'Accordo tra Stato e Regione Lazio ai sensi dell'art.1, comma 180 bis della Legge 311/2004";
- la Deliberazione di Giunta regionale n.149 del 6 marzo 2007, avente ad oggetto: "*Preso d'atto dell'Accordo Stato Regione Lazio, ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge n. 311/2004, sottoscritto il 28 febbraio 2007. Approvazione del Piano di Rientro*";
- il nuovo Patto per la Salute sancito dalla Conferenza Stato – Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano del 3 dicembre 2009 con il quale, all'art. 13, comma 14, è stato stabilito che, per le Regioni già sottoposte ai Piani di rientro e già commissariate all'entrata in vigore delle norme attuative del medesimo patto, restano fermi l'assetto commissariale previgente per la prosecuzione del Piano di rientro, secondo Programmi Operativi coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal Commissario *ad acta*, nonché le relative azioni di supporto contabile e gestionale;
- quanto disposto dal Titolo II del D.Lgs 118/2011 avente ad oggetto "*Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42*", con particolare riferimento agli artt. 29 e 30;

VISTO il comma 34 dell'art.1 delle legge n. 662 del 23 dicembre 1996, che recita: "*(...) Il C.I.P.E., su proposta del Ministro della sanità, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, può vincolare*

segue Decreto n. del

quote del Fondo sanitario Nazionale alla realizzazione di specifici obiettivi del Piano sanitario nazionale (...);

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

TENUTO CONTO che, per l'anno 2013, nelle more dell'adozione della delibera CIPE, di cui all'art. 1, comma 34 bis della legge 23 dicembre 1996, n. 662, la Regione Lazio ha emanato il Decreto del Commissario *ad Acta* n. U00531 del 31/12/2013 avente ad oggetto: “Assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate, ai sensi dell'articolo 1, comma 34 della legge 23 dicembre 1996 n.662, alla realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2013. Approvazione del Piano regionale di utilizzo delle quote vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2013. Ripartizione quota del fondo vincolato.”, stimando l'importo disponibile per la Regione Lazio in € 151.878.541,00, pari cioè all'importo assegnato per l'esercizio precedente;

PRESO ATTO dell'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, rep. atti n. 13/CSR del 20 febbraio 2014, con il quale sono state definite, per l'anno 2013, 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 e successive modifiche e integrazioni, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2013;

CONSIDERATO che il predetto Accordo rivolge una particolare attenzione ai temi che, a seguito dei mutamenti intervenuti nella struttura demografica, economico, sociale del Paese, richiedono un riallineamento dei meccanismi organizzativi e gestionali soprattutto su problematiche, non più marginali, che attengono alla fragilità dei malati cronici, alla tutela della salute fisica e psicologica delle donne, dei bambini e degli adolescenti;

PRESO ATTO pertanto che, con l'Accordo anzidetto, sono state definite nuove linee progettuali rispetto agli accordi precedenti e, al contempo, sono state confermate le indicazioni, contenute nel precedente Accordo del 22 novembre 2012, per le sole linee progettuali n. 6 (Contrasto alle disuguaglianze in sanità), n. 7 (Cure Palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa), n. 9 (Interventi per l'implementazione della Rete per le malattie rare e per la promozione della rete nazionale dei tumori rari) e n. 10 (Tutela della maternità – percorso nascita – partoanalgesia);

segue Decreto n. del

VISTO il DCA U00151 del 8 maggio 2014 avente ad oggetto "Recepimento dell'Accordo Stato Regioni del 20 febbraio 2014 (rep. atti n. 13/CSR). Presa d'atto dell'Intesa del 20 febbraio 2014 (rep. atti n. 27/CSR) sulla proposta del Ministero della salute di deliberazione CIPE relativa all'assegnazione alle regioni delle risorse vincolate alla realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2013, ai sensi dell'art. 1, commi 34 e 34 bis della legge 23 dicembre 1996, n. 662 e successive modifiche ed integrazioni. Nuova ripartizione della quota del fondo vincolato per l'anno 2013" che ha modificato il DCA U00531/2013, in base alla nuova ripartizione del fondo vincolato che assegna alla Regione Lazio un importo di euro **146.854.837,00**, comprensivo della "quota compartecipazione Sicilia", pari ad euro **6.824.480,00**;

PRESO ATTO che con nota DGPROGS 0017039 del 11 giugno 2015 il Ministero della Salute ha sollevato un rilievo sul DCA U00151 del 8 maggio 2014, osservando che, pur avendo considerato l'importo complessivo della somma assegnata alla Regione Lazio per l'anno 2013, pari ad euro **146.854.837,00**, non risultano rispettati i singoli vincoli concordati per la realizzazione di ciascuna linea progettuale;

RITENUTO pertanto opportuno rettificare il DCA U00151/2014 secondo le osservazioni formulate dal Ministero della Salute con la nota sopracitata;

CONSIDERATO che, in virtù dell'assetto organizzativo della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria, le linee progettuali da implementare per l'anno 2013 possono essere suddivise tra le Aree come di seguito specificato:

Linee Progettuali Allegato A (Accordo 20 febbraio 2014)	Aree regionali competenti
1. Interventi per il riassetto organizzativo e strutturale della rete dei servizi di assistenza ospedaliera e territoriale – Farmacia dei servizi	Programmazione dei servizi territoriali; Rete ospedaliera; Politica del farmaco.
2. Modelli avanzati di gestione delle malattie croniche	Programmazione dei servizi territoriali
3. Implementazione del Piano di indirizzo per la riabilitazione di cui all'Accordo stato Regioni del 10 febbraio 2011	Programmazione dei servizi territoriali; Rete Ospedaliera.
4. Assistenza ai pazienti in condizioni di Stato Vegetativo e Stato Minima Coscienza nella fase degli esiti (di cui all'accordo Stato regioni del 5 maggio 2011)	Programmazione dei servizi territoriali.
5. Assistenza agli anziani in condizioni di fragilità e di non autosufficienza	Programmazione dei servizi territoriali.
6. Contrasto alle disuguaglianze in sanità	Programmazione dei servizi territoriali.
7. Cure Palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa	Programmazione dei servizi territoriali. Rete Ospedaliera
8. Sviluppo dei processi di umanizzazione all'interno dei percorsi assistenziali	Formazione
9. Interventi per l'implementazione della Rete per le malattie rare e per la promozione della rete nazionale dei tumori rari	Rete Ospedaliera
10. Tutela della maternità – percorso nascita – partoanalgesia	Rete Ospedaliera Programmazione dei servizi territoriali.
11. Tutela della fertilità e della funzione ormonale nelle giovani donne affette da neoplasia o malattie croniche degenerative mediante l'istituzione di biobanche del tessuto ovarico e cellule germinali	Sanità Pubblica, Promozione della Salute, Sicurezza Alimentare e Screening
12. Implementazione dei percorsi diagnostici-assistenziali e di supporto per migliorare la vita delle donne affette da malattie croniche invalidanti della sfera uro-genitale (...)	Rete Ospedaliera
13. Implementazione della rete nazionale dei centri territoriali per la prevenzione primaria e la diagnosi precoce delle infezioni da HPV	Sanità Pubblica, Promozione della Salute, Sicurezza Alimentare e Screening
14. Implementazione della rete nazionale dei centri territoriali per la prevenzione primaria e la diagnosi precoce dei tumori dell'apparato genitale maschile	Rete Ospedaliera
15. Definizione dei modelli di assistenza ai bambini e adolescenti affetti da patologie croniche, disturbi del comportamento, dell'apprendimento e del linguaggio, da autismo, da disturbo da	Programmazione dei servizi territoriali; Programmazione della rete dei servizi dei soggetti Deboli.

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

segue Decreto n. del

deficit da attenzione/iperattività (ADHD) (..)	
16. Sviluppo degli strumenti del governo clinico e della valutazione della qualità e della sicurezza delle prestazioni – Risk Management	Giuridico Normativa, Istituzionale e Interfaccia con l'Avvocatura Regionale
17. Implementazione del codice etico nelle Aziende Sanitarie	Formazione
18. Piano nazionale prevenzione	Sanità Pubblica, Promozione della Salute, Sicurezza Alimentare e Screening
19. Superamento OPG e salute mentale	Programmazione della rete dei servizi dei soggetti Deboli.
20. Sicurezza nei luoghi di lavoro	Sicurezza nei Luoghi di Lavoro

RITENUTO pertanto necessario ripartire tra le Aziende del Servizio Sanitario Regionale e la GSA, come di seguito indicato, la quota del Fondo vincolato relativa agli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2013, tenendo conto dei singoli vincoli concordati per la realizzazione di ciascuna linea progettuale:

AZIENDA	TOTALE
RM A	10.398.837,65
RM B	15.911.554,80
RM C	12.535.448,08
RM D	11.940.284,71
RM E	11.357.316,23
RM F	6.560.036,60
RM G	10.295.823,98
RM H	11.171.573,73
VT	7.302.788,71
RI	4.176.828,84
LT	11.841.053,16
FR	12.324.674,05
A.O. San Camillo Forlanini	3.170.007,37
A.O. San Giovanni	1.066.918,18
A.O. S. Filippo Neri	849.500,07
Policlinico Umberto I	3.758.985,65
I.F.O.	6.642.795,33
INMI (Spallanzani)	1.915.690,05
A.O. S. Andrea	817.896,36
Policlinico Tor Vergata	835.335,32
Ares 118	676.846,02
G.S.A.	1.304.642,42
TOTALE	146.854.837,31

CONSIDERATO che si è provveduto a modificare le schede del Piano Regionale di utilizzo delle risorse vincolate anno 2013, allegato al DCA U00151/2014, in base ai rilievi formulati dal Ministero della Salute con nota DGPROGS 0017039 del 11 giugno 2015;

CONSIDERATO pertanto che nel Nuovo Piano Regionale di utilizzo delle risorse vincolate anno 2013, allegato al presente provvedimento, che ne costituisce parte integrante e sostanziale (**Allegato 1** – Piano regionale di utilizzo risorse vincolate anno 2013), sono state inserite le nuove schede predisposte per ciascuna linea progettuale;

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

segue Decreto n. del

TENUTO CONTO che le nuove schede predisposte per ciascuna linea progettuale contengono, tra l'altro:

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

CONSIDERATO il riepilogo della ripartizione della quota di fondo vincolato per linea progettuale e per azienda beneficiaria, relativo all'anno 2013, riportato nel prospetto di cui all'Allegato 2 del presente provvedimento, che ne costituisce parte integrante e sostanziale (**Allegato 2 – Prospetto riepilogativo riparto fondo anno 2013**);

PRESO ATTO che, in conformità a quanto previsto dall'articolo 29 comma e) del D. Lgs. 23 giugno 2011, n.118, con il DCA U00151/2014 è stato stabilito che le quote assegnate ma non utilizzate dalle Aziende nel corso dell'esercizio, sono accantonate (conto 516030111) in un apposito fondo spese (conto 202030211) per essere rese disponibili negli esercizi successivi di effettivo utilizzo, fermo restando l'obbligo di rendicontazione – da parte dei destinatari del finanziamento – delle somme impiegate negli anni successivi;

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

DECRETA

- di rettificare il DCA U00151/2014, al fine di rispettare i singoli vincoli concordati per la realizzazione di ciascuna linea progettuale;
- di approvare il Nuovo Piano Regionale di utilizzo delle risorse vincolate per l'anno 2013, allegato al presente provvedimento, che ne costituisce parte integrante e sostanziale, composto dalle schede relative a ciascuna linea progettuale (**Allegato 1 – Nuovo Piano Regionale di utilizzo delle risorse vincolate per l'anno 2013**);
- di approvare il Prospetto riepilogativo del riparto delle risorse indicato in ciascuna scheda, allegato al presente provvedimento, che ne costituisce parte integrante e sostanziale, relativo al dettaglio del riparto fondi per linea progettuale e per azienda beneficiaria (**Allegato 2 – Prospetti riepilogativo riparto fondo anno 2013**);

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

Roma, il 02 OTT. 2015

NICOLA ZINGARETTI

Nicola Zingaretti

Allegato 1

NUOVO PIANO REGIONALE DI UTILIZZO RISORSE VINCOLATE ANNO 2013

INDICE

Linee Progettuali Allegato A (Accordo 20 febbraio 2014)	Aree regionali competenti
1. Interventi per il riassetto organizzativo e strutturale della rete dei servizi di assistenza ospedaliera e territoriale – Farmacia dei servizi	Programmazione dei servizi territoriali; Rete ospedaliera; Politica del farmaco.
2. Modelli avanzati di gestione delle malattie croniche	Programmazione dei servizi territoriali
3. Implementazione del Piano di indirizzo per la riabilitazione di cui all'Accordo stato Regioni del 10 febbraio 2011	Programmazione dei servizi territoriali; Rete Ospedaliera.
4. Assistenza ai pazienti in condizioni di Stato Vegetativo e Stato Minima Coscienza nella fase degli esiti (di cui all'accordo Stato regioni del 5 maggio 2011)	Programmazione dei servizi territoriali.
5. Assistenza agli anziani in condizioni di fragilità e di non autosufficienza	Programmazione dei servizi territoriali.
6. Contrasto alle disuguaglianze in sanità	Programmazione dei servizi territoriali.
7. Cure Palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa	Programmazione dei servizi territoriali. Rete Ospedaliera
8. Sviluppo dei processi di umanizzazione all'interno dei percorsi assistenziali	Formazione
9. Interventi per l'implementazione della Rete per le malattie rare e per la promozione della rete nazionale dei tumori rari	Rete Ospedaliera
10. Tutela della maternità – percorso nascita – partoanalgesia	Rete Ospedaliera Programmazione dei servizi territoriali.
11. Tutela della fertilità e della funzione ormonale nelle giovani donne affette da neoplasia o malattie croniche degenerative mediante l'istituzione di biobanche del tessuto ovarico e cellule germinali	Sanità Pubblica, Promozione della Salute, Sicurezza Alimentare e Screening
12. Implementazione dei percorsi diagnostici-assistenziali e di supporto per migliorare la vita delle donne affette da malattie croniche invalidanti della sfera uro-genitale (...)	Rete Ospedaliera
13. Implementazione della rete nazionale dei centri territoriali per la prevenzione primaria e la diagnosi precoce delle infezioni da HPV	Sanità Pubblica, Promozione della Salute, Sicurezza Alimentare e Screening
14. Implementazione della rete nazionale dei centri territoriali per la prevenzione primaria e la diagnosi precoce dei tumori dell'apparato genitale maschile	Rete Ospedaliera
15. Definizione dei modelli di assistenza ai bambini e adolescenti affetti da patologie croniche, disturbi del comportamento, dell'apprendimento e del linguaggio, da autismo, da disturbo da deficit da attenzione/iperattività (ADHD) (..)	Programmazione dei servizi territoriali; Programmazione della rete dei servizi dei soggetti Deboli.
16. Sviluppo degli strumenti del governo clinico e della valutazione della qualità e della sicurezza delle prestazioni – Risk Management	Giuridico Normativa, Istituzionale e Interfaccia con l'Avvocatura Regionale
17. Implementazione del codice etico nelle Aziende Sanitarie	Formazione
18. Piano nazionale prevenzione	Sanità Pubblica, Promozione della Salute, Sicurezza Alimentare e Screening
19. Superamento OPG e salute mentale	Programmazione della rete dei servizi dei soggetti Deboli.
20. Sicurezza nei luoghi di lavoro	Sicurezza nei Luoghi di Lavoro

SCHEDA 1.1

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

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	Lazio
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	1 - Interventi per il riassetto organizzativo della rete dei servizi di assistenza ospedaliera e territoriale – Farmacia dei servizi
TITOLO DEL PROGETTO	Riduzione lista di attesa e decongestionamento PS da accessi impropri
DURATA DEL PROGETTO	2013
REFERENTE	Dr. Valentino Mantini Dr. Domenico Di Lallo

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 451.719,01
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2011	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

PROGETTO - AZIENDA SANITARIA REGIONALE ARES 118

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

Progetto Attività Anno 2013

PREMESSA	La Regione Lazio nell'ambito dei programmi di razionalizzazione e riorganizzazione della rete ospedaliera, sta sviluppando dei nuovi modelli di integrazione funzionale ed operativa della assistenza primaria alla popolazione, nell'ottica di individuare nell'ospedale la sede per il trattamento delle patologie acute e delle patologie che richiedono un livello organizzativo di alta specialità, e nel contempo definire dei percorsi alternativi all'ospedalizzazione che garantiscano la fruibilità di servizi sanitari territoriali ai bisogni del cittadino. L'appropriatezza organizzativa delle prestazioni sanitarie, si attua attraverso lo sviluppo di modelli organizzativi
-----------------	---

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

	salute della popolazione e attiva una mirata e concreta presa in carico del bisogno di salute espresso.
--	---

VALUTAZIONE DELLE ATTIVITA' DI MIGLIORAMENTO DELLA RISPOSTA	La Centrale di C. A alla richiesta del cittadino può decidere di: • Inviare a domicilio i medici itineranti di guardia medica per visita domiciliare • Fornire Consulenza telefonica per supporto_terapeutico; clinico_assistenziale; • Inviare una ambulanza ove risulti altresì una situazione di Emergenza - Urgenza Il 98 % delle richieste viene gestito tramite Continuità Assistenziale evitando il ricovero ospedaliero . Le visite domiciliari costituiscono il 30% Il Volume di attività delle richieste è pari a circa 350.000 richieste /anno con una media per turno di 600 chiamate nelle ore notturne e 1.000 chiamate nei festivi. Particolare peso dal punto di vista dell'impegno organizzativo assumono in tale contesto le richieste per situazioni di bassa intensità clinica, che tuttavia richiedono intervento medico domiciliare , quali le situazioni di sindrome febbrile influenzale in pazienti che svolgono attività lavorativa (lavoratori turnisti) che per giustificare dell'assenza necessitano di certificazione medica dopo la visita medica domiciliare. Tali pazienti, in particolari nelle ore di inizio turno o giornate pre-festive o festive risultano essere nettamente numericamente maggioritari rispetto ad altre situazioni di maggior impegno clinico , con possibile ritardo nella risposta per situazioni di maggior necessità. In particolare si è osservato come tali chiamate costituiscano l'80% delle richieste in orario 20.00-22.00 nei turni notturni e nelle giornate di Sabato – Domenica o pre-festivi e festivi. La massiccia presenza di richieste a bassa intensità provoca un
---	---

	sovraffollamento delle richieste con possibilità di non accoglienza delle richieste da parte della struttura tecnologica (Centralino Risponditore) e quindi difficoltà o coda in accesso per i pazienti che si rivolgono alla Centrale di Continuità Assistenziale.
--	--

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

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

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

RISULTATI ATTESI	• Migliorare la fruibilità delle risorse sanitarie esistenti, con particolare riguardo ai servizi di cure primarie attraverso un facile e rapido accesso a tutti gli utenti. • Attuare i principi della risposta graduata ai bisogni espressi garantendo equità di utilizzo dei servizi a parità di bisogno
-------------------------	---

	• Migliorare la risposta a situazioni di particolare impegno. • Favorire la cultura dell'integrazione e dello scambio tra i diversi attori del SSR • Trasferire dall'ambito ospedaliero a quello territoriale le attività meno complesse
--	--

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

DESTINATARI DEL FINANZIAMENTO E CRITERI DI RIPARTIZIONE		
COSTO PREVISTO	ARES 118	€ 451.719,01

SCHEDA 1.2

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	1.2 - Interventi per il riassetto organizzativo e strutturale della rete dei servizi di assistenza ospedaliera e territoriale – Farmacia dei servizi
TITOLO DEL PROGETTO	Farmacia dei servizi
DURATA DEL PROGETTO	2013
REFERENTE	Dott.ssa Lorella Lombardozzi Dott. Valentino Mantini

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	25.585.758,63
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2013	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	Il Decreto del Ministero della salute 16 dicembre 2010 pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 57 del 10 marzo 2011, prevede l'erogazione di test "autodiagnostici" gestibili sia direttamente dai pazienti a domicilio che mediante il supporto di un operatore sanitario, presso le farmacie territoriali pubbliche e private. Inoltre, lo stesso decreto prevede l'erogazione da parte delle farmacie di servirsi di secondo livello erogabili con dispositivi strumentali Il secondo Decreto 16 dicembre 2010, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 90 del 19 aprile 2011, ha ampliato le competenze delle farmacie regolamentando l'attività degli operatori sanitari (infermieri, fisioterapisti) presso le farmacie o a domicilio del paziente. Il Decreto del 8 luglio 2011 prevede che, attraverso una postazione dedicata, le farmacie possano operare anche come canali di accesso al sistema CUP per prenotazioni e pagamento di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e per il ritiro dei referti.
DESCRIZIONE	Le farmacie, capillarmente distribuite nel territorio regionale e presenti in aree con scarsa offerta dei servizi, rappresentano un'opportunità per rendere l'offerta di prestazioni più prossima ai cittadini. In particolare, oltre alla autodiagnostica e alle prestazioni professionali infermieristiche e fisioterapiche, anche presso il domicilio dell'assistito, la farmacia può essere sede delle attività di prenotazione di esami, tramite il servizio Recup. Ciò attraverso l'utilizzo dello specifico sistema "FarmaRecup", applicativo basato su tecnologia web che consente l'accesso al servizio di prenotazioni ambulatoriali erogato dal Sistema Sanitario Regionale. Inoltre la farmacia può sviluppare servizi di pharmaceutical care che monitorino l'aderenza e la persistenza a terapie complesse, nonché può coadiuvare le ASL territoriali e la Regione nel monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva e dell'erogato, tramite il supporto di piani terapeutici web-based per farmaci ad alto indice inappropriato
OBIETTIVI	Sviluppare il sistema di prenotazione di prestazioni sanitarie attraverso le farmacie Sviluppare l'erogazione di materiale per autodiagnosi che si avvalga di un sistema di monitoraggio online per la valutazione dell'appropriatezza d'uso Organizzare l'erogazione di prestazioni professionali infermieristiche e fisioterapiche erogate dalle farmacie all'interno della rete dei servizi territoriali Attivare la pharmaceutical-care e incrementare i piani terapeutici online

TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	2013
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	- Numero di farmacie aderenti al sistema FarmaRecup - Numero di farmacie eroganti prestazioni professionali sanitarie inserite nella rete dei servizi - Numero pazienti e materiale erogato per test autodiagnostici - Predisposizione delle azioni atte ad attivare ed implementare la farmacia dei servizi. - Attivazione del sistema di pharmaceutical care per almeno due classi di terapia complessa - Attivazione di almeno 2 tipologie di piani online
RISULTATI ATTESI	Fornire servizi di prossimità ai cittadini integrando le farmacie nella rete territoriale dei servizi sanitari.

DESTINATARI DEL FINANZIAMENTO E CRITERI DI RIPARTIZIONE

RM A	2.215.222,97
RM B	3.103.044,01
RM C	2.643.799,97
RM D	2.540.657,99
RM E	2.479.219,52
RM F	1.345.640,28
RM G	2.075.930,42
RM H	2.271.724,33
VT	1.442.840,33
RI	805.172,66
LT	2.364.754,28
FR	2.297.751,87
TOTALE	25.585.758,63

SCHEDA 2

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	2 - Modelli avanzati di gestione delle malattie croniche
TITOLO DEL PROGETTO	Presa in carico della patologia cronica nel territorio: PDTA, Case della Salute e rete dei servizi
DURATA DEL PROGETTO	2013
REFERENTE	Dott. Valentino Mantini

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 20.829.982,53
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2013	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	La varietà e la frammentazione dell'attuale offerta di servizi per il paziente complesso necessita di un intervento di ricomposizione e di un orientamento verso forme di gestione proattiva delle patologie croniche e dei bisogni assistenziali delle persone (medicina e assistenza di iniziativa). A tal fine sono definiti specifici percorsi diagnostico terapeutico assistenziali (PDTA), integrati tra ospedale e territorio, per le principali patologie cronico degenerative e per le condizioni ad elevato impatto sociale quali, ad esempio: BPCO, Scompenso cardiaco, Diabete. Al fine di realizzare a livello territoriale un'efficace presa in carico delle persone affette da patologia cronica e organizzare una risposta rapida e puntuale ai bisogni assistenziali della popolazione, avendo come riferimento per gli interventi sanitari e sociosanitari il Chronic Care Model, la Regione Lazio intende sviluppare un sistema a rete, come di seguito delineato: - 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 Per quanto riguarda l'accesso ai servizi, il Punto Unico di Accesso integrato sociosanitario (PUA) rappresenta la funzione di orientamento e di prima presa in carico, così come previsto dalla DGR 315 del 2011. Le modalità per l'integrazione sociosanitaria, a livello delle singole reti, vengono definite nei Piani delle attività territoriali (PAT) e nei Piani di zona (PdZ), a livello distrettuale. Nello specifico, la Regione Lazio intende attivare, presso ciascun distretto, presidi territoriali denominati "Casa della Salute" (CdS) nei quali garantire le funzioni dell'assistenza primaria avanzata (medica ed infermieristica), specialistica, area di sorveglianza temporanea, diagnostica di primo livello e, nelle forme organizzative più complesse, altre funzioni territoriali (residenzialità infermieristica, assistenza farmaceutica, punto di primo intervento, ecc.). La Casa della Salute riassume i modelli organizzativi utilizzati sino ad oggi nelle normative prodotte a livello regionale (CeCaD, PTP, Ospedali distrettuali). La realizzazione delle Case della Salute sul territorio regionale riguarderà prioritariamente, nella prima fase, le strutture ospedaliere che hanno già avviato percorsi di riconversione in ottemperanza al DCA 80/2010 e s.m.i., in primo luogo quelle per le quali non è in atto alcun tipo di contenzioso.
-----------------	---

DESCRIZIONE	La CdS, articolazione del Distretto socio-sanitario, è un luogo fisico immediatamente riconoscibile dai cittadini, in grado di erogare un livello di assistenza primaria e intermedia che si colloca e si connette simmetricamente con l'ospedale e con la rete dei servizi sanitari e socio sanitari territoriali. Obiettivo della CdS è la presa in carico del paziente cronico e, in sinergia con la Medicina Generale, la gestione dei casi che necessitano di percorsi diagnostico terapeutico assistenziali, anche nell'ottica di ridurre gli accessi impropri al P.S. Nella CdS operano Medici di Medicina Generale (MMG), ed in alcune realtà Pediatri di libera scelta (PLS), medici di continuità assistenziale, medici specialisti (comprese le attività di diagnostica strumentale e di laboratorio), ambulatorio infermieristico oltre ad altre attività di accoglienza (PUA, CUP ecc.) . Possono essere inoltre previste, a seconda delle necessità del territorio, altre figure professionali. Di seguito si elencano le funzioni previste nelle Case della Salute: FUNZIONI BASE Assistenza primaria MMG a turnazione PLS (nelle case della Salute di maggiori dimensioni o dove comunque necessario) Continuità assistenziale Attività specialistiche Cardiologia Ginecologia Pneumologia Diabetologia Oculistica ORL Chirurgia generale Ambulatorio infermieristico, case management, area sorveglianza temporanea Attività di diagnostica di primo livello Punto di prelievo Diagnostica di base Area pubblica Area dell'accoglienza Sportello CUP Punto unico di accesso (PUA) Area del volontariato e della mutualità Emergenza/urgenza Punto di primo intervento (PPI)
-------------	---

	FUNZIONI AGGIUNTIVE Unità di degenza infermieristica Centri territoriali per demenze Centri antiviolenza Assistenza farmaceutica Attività fisica adattata Si prevede l'attivazione presso ciascun distretto delle funzioni proprie della Casa della Salute, con varie modulazioni in relazione alle necessità territoriali. La realizzazione delle Case della Salute sul territorio regionale riguarderà prioritariamente quelle strutture che hanno già avviato percorsi di riconversione. Per le strutture in corso di riconversione oggetto di contenzioso, l'opportunità e la tempistica di realizzazione delle Case della Salute sarà soggetta a valutazione, tenendo conto dell'accordo con l'Azienda USL e l'Ente Locale interessato, che prevede la rinuncia al contenzioso ed un'intesa formale con la Regione. Nei distretti presso i quali non vi sono strutture ospedaliere in riconversione, verrà valutata la fattibilità di avviare Case della salute utilizzando strutture sanitarie presenti (ad esempio poliambulatori) o rese disponibili da altri enti (ad esempio Enti locali).
OBIETTIVI	1) Attivazione di uno specifico gruppo tecnico di lavoro presso la Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria 2) Elaborazione di linee guida regionali relative all'organizzazione della Casa della Salute 3) Ricognizione delle attività territoriali svolte presso le strutture ospedaliere oggetto del processo di riconversione 4) Predisposizione di uno schema di intesa con le ASL finalizzato alla realizzazione della Casa della Salute nelle strutture in riconversione 5) Qualificazione/potenziamento delle attività assistenziali territoriali svolte sia nelle strutture oggetto di riconversione che nei restanti servizi distrettuali
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	2013
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	- Provvedimento di istituzione di specifico Gruppo tecnico di lavoro regionale sulle Case della Salute - Elaborazione e formalizzazione del documento relativo alle linee guida regionali sull'organizzazione della Casa della Salute - Predisposizione delle schede per la ricognizione delle attività territoriali svolte presso le strutture ospedaliere oggetto del processo di riconversione e acquisizione dei relativi dati - Predisposizione di uno schema di intesa con le ASL finalizzato alla realizzazione della Casa della Salute nelle strutture in riconversione

	- Attivazione di un tavolo regionale per la sistematizzazione dei PDTA - Consolidamento delle funzioni territoriali svolte dalle strutture oggetto di riconversione che nei restanti servizi distrettuali
RISULTATI ATTESI	Consolidamento/potenziamento e riorganizzazione dell'assistenza territoriale anche attraverso la riconversione in funzioni territoriali dei presidi ospedalieri di cui al DCA 80/2010 e la realizzazione delle funzioni di Casa della Salute a livello distrettuale.

DESTINATARI DEL FINANZIAMENTO E CRITERI DI RIPARTIZIONE

RM A	1.806.492,13
RM B	2.537.455,78
RM C	2.158.287,95
RM D	2.071.913,84
RM E	2.011.534,64
RM F	1.089.690,49
RM G	1.688.722,36
RM H	1.848.582,65
VT	1.161.121,19
RI	645.124,55
LT	1.927.837,56
FR	1.883.219,39
TOTALE	20.829.982,53

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	3 - Implementazione del Piano di indirizzo per la riabilitazione di cui all'Accordo Stato-Regioni del 10 febbraio 2011
TITOLO DEL PROGETTO	Accessibilità e appropriatezza delle cure riabilitative ospedaliere e territoriali
DURATA DEL PROGETTO	2013
REFERENTE	Dott. Domenico Di Lallo Dott. Valentino Mantini

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 2.082.997,82
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2013	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	Il DPCM 29 novembre 2001 "<i>Definizione dei livelli essenziali di assistenza</i>" colloca i trattamenti di riabilitazione sia nel livello dell'assistenza ospedaliera che in quello dell'assistenza territoriale nelle sue varie declinazioni. <u>Riabilitazione territoriale</u> La Regione Lazio con il Decreto commissariale n. 39/2012 ha riordinato, riqualificandola, l'offerta territoriale rivolta alle persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale, tenendo conto dei principi contenuti nell'Accordo Stato-Regioni del 10 febbraio 2011 "<i>Piano di indirizzo per la riabilitazione</i>", recepito con DGR n. 316 del 2012. L'intento è stato quello di promuovere un percorso assistenziale integrato a salvaguardia della centralità dei soggetti con reale necessità di fruire del progetto riabilitativo individuale, nel rispetto del <i>setting</i> più appropriato, dei relativi tempi previsti e dell'appropriatezza dell'intervento stesso, inteso, quest'ultimo, quale intervento omnicomprensivo e non mera erogazione di prestazioni monospecialistiche di rieducazione funzionale d'organo. Quanto sopra anche in linea con le successive indicazioni di cui al Documento AGeNaS <i>Studio e individuazione di percorsi appropriati nella rete di riabilitazione nella Regione Lazio</i>. Pertanto, in ottemperanza a al succitato decreto e a quanto previsto nei successivi provvedimenti (DCA n. 429 e 431 del 2012) che hanno sottolineato la centralità, anche per l'area della disabilità, della valutazione multidimensionale eseguita dall'Unità di valutazione multidimensionale distrettuale, la Regione intende: (a) organizzare/riorganizzare le Unità di Valutazione multidimensionale in ambito distrettuale quali <i>équipes</i> multiprofessionali di tipo funzionale in grado di garantire alla persona con disabilità l'accesso al <i>setting</i> assistenziale maggiormente appropriato; (b) effettuare la valutazione multidimensionale del soggetto con disabilità fisica, psichica e sensoriale eleggibile ai trattamenti riabilitativi in regime residenziale, semiresidenziale e domiciliare, evidenziando puntualmente il bisogno sanitario e socio-sanitario; (c) effettuare, in caso di prosecuzione del trattamento riabilitativo e socio-riabilitativo erogato in ogni regime assistenziale, la rivalutazione del bisogno secondo tempistica definita. <u>Riabilitazione ospedaliera</u> Nella regione Lazio sono presenti 62 UO di riabilitazione (48 strutture). Complessivamente nel 2012 si sono verificate 40.419 dimissioni di cui il 93% in codice 56, il 6% in codice 75 e l'1% in codice 28. Riguardo alla distribuzione per MDC (solo codice 56) il 52% era riferito all'MDC 8 (esiti di malattia osteomuscolare), il 26% all'MDC1 (esiti neurologici), il 17% all'MDC5 (esiti cardiologici) ed il 4% all'MDC4 (esiti apparato respiratorio).
-----------------	---

DESCRIZIONE	(a) in ogni Azienda sanitaria locale sono organizzate le Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuali ed è effettuata la valutazione multidimensionale del soggetto con disabilità fisica, psichica e sensoriale eleggibile ai trattamenti riabilitativi in regime residenziale, semiresidenziale e domiciliare in quanto portatore di bisogno complesso; (b) la valutazione multidimensionale, nelle more dell'adozione dello specifico strumento di valutazione, è effettuata dalle UVMD tenendo conto delle dimensioni e sottodimensioni declinate nel DCA n. 431/2012, che si rifanno al modello bio-psico-sociale; (c) la rivalutazione del bisogno assistenziale del paziente che ha in atto un percorso riabilitativo, ma che necessita ancora di interventi per il suo completamento, è effettuata dalle ASL in funzione della tempistica definita dalla normativa regionale (DPCA 39/2012) in adesione a quella nazionale, per i diversi regimi assistenziali; la rivalutazione del bisogno assistenziale del paziente che ha in essere il percorso socio-riabilitativo di mantenimento, e per il quale non è prevista una durata preordinata della degenza, è effettuata dalle ASL periodicamente (semestralmente). d) l'offerta ospedaliera si articola in UO di riabilitazione post-acuzie con posti letto di disciplina codice 56 (riabilitazione intensiva), 75 (neuroriabilitazione) e 28 (unità per le mielolesioni). I reparti per acuti, in base ad una valutazione del livello di disabilità, del grado di recupero dell'autonomia personale e del livello di instabilità clinica richiedono il trasferimento nel setting ospedaliero appropriato (codice 56, 75, 28). I reparti di post-acuzie definiscono il Progetto Riabilitativo Individuale (PRI).
OBIETTIVI	1) Consolidamento e qualificazione delle attività riabilitative e socio-riabilitative territoriali 2) Verifica della corrispondenza tra i bisogni riabilitativi delle persone inserite nelle strutture territoriali e la tipologia di trattamento fruita 3) Revisione del tracciato record del sistema informativo dedicato 4) Monitoraggio dei percorsi di cura fra setting ospedaliero di acuzie e di post-acuzie al fine di promuovere l'accessibilità e l'appropriatezza delle cure riabilitative ospedaliere
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	2013
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	- Eventi formativi di approfondimento sulla tematica della valutazione multidimensionale; - Provvedimenti delle ASL di istituzione di UVMD e/o regolamenti aziendali di organizzazione di UVMD; - Elaborazione preliminare del nuovo tracciato record del sistema informativo - Descrizione dei percorsi riabilitativi per disciplina (codice 56,75 e28) ed MDC - Diffusione dei dati di attività di ricovero ai soggetti erogatori

RISULTATI ATTESI	Consolidamento e riqualificazione dell'attività riabilitativa e socio-riabilitativa territoriale ed ospedaliera, anche attraverso il riorientamento dell'assistenza verso setting assistenziali diversi e maggiormente appropriati
------------------	--

DESTINATARI DEL FINANZIAMENTO E CRITERI DI RIPARTIZIONE

RM A	56.052,62
RM B	204.103,81
RM C	105.385,68
RM D	110.395,39
RM E	86.208,62
RM F	63.809,29
RM G	124.670,69
RM H	101.505,23
VT	22.755,85
RI	33.021,93
LT	149.009,10
FR	201.564,65
A.O. San Camillo Forlanini	206.128,74
A.O. S. Giovanni	206.128,74
A.O. S. Filippo Neri	206.128,74
Policlinico Umberto I	206.128,74
TOTALE	2.082.997,82

SCHEDA 4

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

GENERALITÀ

REGIONE PROPONENTE	REGIONE LAZIO
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	4 – Assistenza ai pazienti in condizioni di Stato Vegetativo e Stato di Minima Coscienza nella fase degli esiti (di cui all'Accordo Stato regioni del 5 maggio 2011)
TITOLO DEL PROGETTO	I percorsi di cura extraospedalieri per i pazienti in SV e SMC – Percorsi di assistenza domiciliare
DURATA DEL PROGETTO	2013
REFERENTE	Dr. Valentino Mantini

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 4.686.745,39
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2013	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

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

	<i>(Multi-Society Task Force, 1994, American Congress of Rehabilitation of Medicine, Arch. Phys. Med. Rehabil. 1995; 76: 205-9).</i> Lo Stato di Minima Coscienza (SMC) si distingue dallo stato vegetativo per la presenza di comportamenti associati alle attività di coscienza. Anche se possono comparire in modo inconsistente, essi sono tuttavia riproducibili e vengono mantenuti sufficientemente a lungo per essere differenziati da comportamenti riflessi. L'evidenza è dimostrata dalla consistenza o dalla complessità della risposta comportamentale, per cui una risposta complessa come la verbalizzazione intelligibile può essere di per sé sufficiente per manifestare la presenza di attività di coscienza (Aspen Consensus Group). Nella Regione Lazio, al fine di garantire la continuità assistenziale, si ravvisa la necessità di consolidare percorsi di cura che si sviluppino, a partire dalla fase dell'evento acuto, attraverso una effettiva presa in carico dei pazienti in stato vegetativo che garantisca anche un adeguato sostegno socio-assistenziale alle loro famiglie. In particolare, si ritiene necessario definire modalità atte ad accogliere persone che, dopo aver terminato il periodo di ospedalizzazione per la fase di acuzie, e successivamente al risveglio, presentino condizioni di limitata o nulla autonomia a causa del persistere di deficit cognitivi, neurolinguistici e motori.
DESCRIZIONE	Si prevede: - l'approvazione di provvedimenti regionali relativi all'aggiornamento del fabbisogno e dell'offerta residenziale extraospedaliera comprendente anche il livello intensivo; - il consolidamento della funzione di Valutazione Multidimensionale (UVM) per le persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale; - il consolidamento delle attività dei posti intensivi residenziali extraospedalieri attivati dedicati a soggetti in SV e SMC; - la definizione di un percorso riabilitativo semiresidenziale finalizzato al raggiungimento della massima autonomia possibile; - consolidamento della presa in carico domiciliare di soggetti in SV e SMC in ASL del territorio regionale.

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

DESTINATARI DEL FINANZIAMENTO E CRITERI DI RIPARTIZIONE

RM A	279.521,03
RM B	506.480,04
RM C	369.447,19
RM D	357.601,35
RM E	301.250,81
RM F	184.693,08
RM G	284.513,89
RM H	307.708,29
VT	158.115,90
RI	104.866,66
LT	334.573,47
FR	375.088,62
A.O. San Camillo Forlanini	1.122.885,06
TOTALE	4.686.745,39

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 – Assistenza agli anziani in condizioni di fragilità e non autosufficienza
TITOLO DEL PROGETTO	La rete dei servizi territoriali per la non autosufficienza
DURATA DEL PROGETTO	2013
REFERENTE	Dr. Valentino Mantini

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 5.207.495,11
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2013	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	Coerentemente con i contenuti della linea progettuale definiti per l'anno 2012, si confermano gli obiettivi relativi al potenziamento della rete dei servizi per la non autosufficienza e all'implementazione di strumenti utili a sostenere il processo di qualificazione dell'assistenza erogata dai servizi territoriali nell'ambito della integrazione sociosanitaria.
DESCRIZIONE	Il progetto per la non autosufficienza prevede i seguenti ambiti di attività: (1) Punto Unico di Accesso (PUA) Si prevede: ▪ consolidamento delle attività relative al Punto Unico di Accesso integrato sociosanitario nei distretti delle ASL regionali; ▪ monitoraggio dello stato di attivazione dei PUA. (2) Valutazione Multidimensionale (VMD) e Piano di Assistenza Individuale (PAI) Si prevede:

	▪ consolidamento delle attività delle Unità di Valutazione Multidimensionali Distrettuali inerenti la Valutazione rivolta alle persone non autosufficienti, anche anziane e alle persone con disabilità (adulti e minori) ai sensi del DCA 431/2012; ▪ il consolidamento/potenziamento dell'attività di assistenza domiciliare, finalizzata alla gestione dei PAI per le persone non autosufficienti, anche anziane; ▪ rafforzamento delle attività di assistenza, residenziale e semiresidenziale a persone non autosufficienti, anche anziane (3) Sistema informativo ADI, RSA e Sistema Informativo Assistenza Territoriale (SIAT) Si prevede: ▪ l'attuazione di interventi finalizzati al miglioramento della qualità delle informazioni notificate al Sistema Informativo delle Residenze Sanitarie Assistenziali (SIRA); ▪ l'attuazione di interventi finalizzati al miglioramento della completezza e della qualità delle informazioni registrate nell'ambito del Sistema Informativo dell'Assistenza Domiciliare (SIAD) ▪ realizzazione del prototipo del Sistema Informativo Assistenza Territoriale (SIAT), con particolare riferimento alla funzione PUA;
OBIETTIVI	1) Consolidamento/potenziamento delle attività dei PUA; 2) Potenziamento della funzione di VMD; 3) consolidamento/potenziamento dell'assistenza domiciliare per le persone non autosufficienti; 4) Rafforzamento delle attività di assistenza residenziale e semiresidenziale a persone non autosufficienti, anche anziane; 5) Miglioramento della completezza e della qualità delle informazioni dei Sistemi informativi SIRA e SIAD; 6) realizzazione del prototipo del Sistema Informativo Assistenza Territoriale (SIAT), con particolare riferimento alla funzione PUA.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	2013
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	- numero di operatori impegnati nei PUA - del prototipo del Sistema Informativo Assistenza Territoriale (SIAT); - numero di soggetti assistiti a domicilio dalle ASL; - numero di soggetti assistiti in strutture residenziali e semiresidenziali per persone non autosufficienti, anche anziane; - completezza dei dati SIAD; - differenza media, in giornate, tra la data di registrazione delle informazioni contenute nella scheda RUG, da parte delle strutture RSA, e la data di convalida/valutazione, della scheda stessa, effettuata da parte del CAD di riferimento.

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

DESTINATARI DEL FINANZIAMENTO E CRITERI DI RIPARTIZIONE

RM A	424.308,18
RM B	706.930,83
RM C	557.265,80
RM D	508.251,92
RM E	462.299,43
RM F	274.306,00
RM G	418.411,04
RM H	453.728,86
VT	236.422,94
RI	162.124,11
LT	485.241,45
FR	518.204,55
TOTALE	5.207.495,11

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	6 –Contrasto alle disuguaglianze in sanità
TITOLO DEL PROGETTO	
DURATA DEL PROGETTO	2013
REFERENTE	Dott. Valentino Mantini

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	Euro 4.686.746,44
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2013	100%
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	L'aumento della speranza di vita della popolazione del Lazio è derivato da un miglioramento delle condizioni economiche, sociali, culturali e ambientali. Nonostante ciò permangono differenziali di salute tra diversi gruppi di popolazione, e tali differenziali possono essersi accentuati a causa dell'attuale crisi economica. La crisi economica può aver determinato effetti negativi sulla salute della popolazione, sia in ambito di offerta dei servizi sanitari, che per motivi individuali e più in generale anche per modifiche ambientali. È noto che lo stato socio-economico e la residenza in specifiche aree geografiche può determinare una disuguaglianza nell'accesso alle cure a agli interventi di prevenzione. Gli anziani, gli stranieri, più in generale la popolazione che vive la precarietà, i portatori di patologie croniche sono particolarmente esposti agli effetti delle disuguaglianze, accentuate dalla crisi. Si rende quindi necessario poter misurare attraverso opportuni strumenti epidemiologici le disuguaglianze ed i loro effetti in termini di salute. In particolare si ritiene prioritario poter descrivere i differenziali
----------	---

	sociali relativi alla mortalità e all'ospedalizzazione attraverso l'uso dei sistemi informativi correnti; la definizione dei metodi necessari per l'identificazione della popolazione anziana fragile rappresenta inoltre un utile strumento per la programmazione degli interventi di prevenzione e cura.
DESCRIZIONE	Il presente progetto si articola in due parti. - Identificazione delle aree della regione in cui sono identificabili le maggiori disuguaglianze di salute. Verrà effettuata un'analisi descrittiva delle disuguaglianze in salute della popolazione residente nel Lazio per quartiere di Roma e per comune del Lazio attraverso l'uso dei sistemi informativi correnti sanitari. I differenziali di mortalità e ricovero verranno analizzati, limitatamente alla città di Roma, anche per un indicatore sintetico di livello socio-economico. Tale analisi verrà effettuata utilizzando il Registro Nominativo delle Cause di Morte (RENCAM) per gli anni 2010-2012, e il Sistema Informativo Ospedaliero per l'anno 2012. Verranno inoltre analizzati i trend temporali degli indicatori di mortalità per causa e ospedalizzazione per diagnosi principale. - Costruzione di un indicatore sintetico che consenta di identificare la popolazione anziana "fragile" ad elevato rischio di eventi negativi di salute (ricovero, decesso). Per la costruzione dell'indicatore verranno prese in considerazione informazioni relative a variabili socio-demografiche, quali età, genere e stato civile, e variabili legate allo stato di salute, come i ricoveri pregressi per diverse cause, i ricoveri ripetuti, l'utilizzo di farmaci, l'accesso al pronto soccorso. Le informazioni saranno rese disponibili alle aziende sanitarie e potranno essere utili per la programmazione di interventi di prevenzione, assistenza e cura rivolti a sottogruppi della popolazione a elevato rischio
OBIETTIVI	Valutare l'impatto delle disuguaglianze socio-economiche sullo stato di salute della popolazione del Lazio; definire un indicatore per identificare la popolazione anziana fragile. Implementare a livello regionale un sistema informativo sull'assistenza sanitaria di primo livello agli immigrati STP/ENI. Effettuare tempestivamente un 'trage sociale' rivolto a pazienti in condizioni di fragilità e vulnerabilità in fase di ricovero ospedaliero. Supportare le aziende sanitarie e la programmazione regionale nell'individuazione di sottogruppi di popolazione su cui mirare e attivare interventi prioritari di prevenzione e assistenza e cura, con particolare riferimento a persone immigrate, anziane, senza fissa dimora, ed altri gruppi di popolazione svantaggiati.

TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	2013
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	- produzione di report sintetici - pubblicazione on line dei dati - organizzazione di almeno un workshop di presentazione - attività rivolte alla fasce di popolazione svantaggiate
RISULTATI ATTESI	Consolidamento della rete dei servizi sanitari e sociosanitari rivolta al contrasto delle disuguaglianze

DESTINATARI DEL FINANZIAMENTO E CRITERI DI RIPARTIZIONE

DESTINATARI DEL FINANZIAMENTO

RM A	613.483,10
RM B	428.338,51
RM C	313.531,26
RM D	293.704,49
RM E	562.883,28
RM F	156.006,25
RM G	234.108,40
RM H	445.075,41
VT	375.532,29
RI	92.048,17
LT	245.942,93
FR	290.161,89
Dipartimento Epidemiologia	86.658,00
La Sapienza Università di Roma	317.081,55
Lait	232.190,91
TOTALE	4.686.746,44

SCHEDA 7

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	7 - Cure palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica
TITOLO DEL PROGETTO	Consolidamento delle reti di cure palliative e terapia del dolore, con particolare riferimento alla domiciliarità
DURATA DEL PROGETTO	2013
REFERENTE	Dr. Valentino Mantini Dr. Domenico Di Lallo
ASPETTI FINANZIARI	
COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	Euro 10.414.991,28
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2013	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	
IL PROGETTO	
CONTESTO	La DGR 87 del 2010 individua il modello assistenziale delle cure palliative pediatriche. I DPCA 83 e 84 del 2010 hanno costituito le reti assistenziali del dolore cronico non oncologico e delle cure palliative. Per quanto riguarda la rete del dolore cronico non oncologico, l'organizzazione prevede 2 HUB (Policlinico Umberto I e Policlinico Tor Vergata) e relativi Spoke operanti in ciascuna ASL.
DESCRIZIONE	I progetti sono in continuità con quanto già previsto nel 2012, con particolare riferimento agli adempimenti Legge 38/2010 art. 6 e art.7
OBIETTIVI	A) Dolore cronico non oncologico - Consolidamento delle attività e funzioni della rete secondo il DPCA 83/2010 presso le strutture sanitarie del Lazio. - Recepimento formale Intesa 25 luglio 2012 e diffusione presso le strutture sanitarie del territorio - Collaborazione per la Campagna di Comunicazione Ministero-Regioni Legge 38/2010, promossa dal Ministero della Salute sulle Cure palliative e terapia del dolore

	- Divulgazione presso le strutture sanitarie del Lazio del materiale editoriale utile alle campagne di comunicazione locali - Sviluppo delle competenze relative al trattamento del dolore nell'ambito dell'assistenza domiciliare - Predisposizione dati per la pubblicazione sul sito del Ministero della tabella informativa contenente l'elenco e le informazioni di riferimento degli Hospice e dei Centri di terapia del dolore con i relativi Spoke di 1° e 2° livello B) Cure Palliative - Consolidamento delle attività e funzioni della rete, previste dal DPCA 84/2010, presso le strutture sanitarie del Lazio. - Recepimento formale Intesa 25 luglio 2012 e diffusione presso le strutture sanitarie del territorio - Adempimenti relativi al Decreto del Ministero della Salute del 6 giugno 2012 "Istituzione del Sistema Informativo per il monitoraggio dell'Assistenza erogata presso gli Hospice": predisposizione della raccolta dati relativi all'anagrafica, dimissioni e presa in carico che relativi agli hospice e trasmissione degli stessi per il tramite delle Aziende sanitarie che insistono nel territorio di rispettiva competenza. Predisposizione del prototipo di piattaforma del Sistema Informativo Assistenza Territoriale (SIAT) ai fini dell'inserimento del sistema informativo Hospice. - Promozione della presa in carico del paziente e della sua famiglia con continuità terapeutica dalla diagnosi all'assistenza domiciliare specialistica e all'assistenza residenziale in Hospice. - Svolgimento delle procedure per l'individuazione del Centro di Riferimento di Cure Palliative e Terapia del Dolore Pediatrico e relativo Hospice Pediatrico
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	2013
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	Dolore cronico non oncologico : • Provvedimento di recepimento Intesa 25 luglio 2012 • Volumi di attività rete dolore cronico non oncologico • Diffusione alle ASL materiale per campagna comunicazione Cure Palliative • Volumi di attività rete cure palliative • Disponibilità prototipo SIAT • Debito informativo verso Ministero Salute

RISULTATI ATTESI	Dolore non oncologico • Consolidamento e potenziamento delle attività e delle funzioni delle reti presso le strutture sanitarie del Lazio Cure Palliative • Consolidamento e potenziamento delle attività e delle funzioni delle reti presso le strutture sanitarie del Lazio, con particolare riferimento all'assistenza domiciliare palliativo-specialistica
------------------	--

Tabella 1 **totale rete dolore cronico non oncologico euro 5.207.495,64**

Hub Riparto della quota vincolata obiettivi PSN			Riparto della quota vincolata obiettivi PSN tra AO, IRCCS e ASL	
Pol. Umberto I		231.890,81	Riparto Aziende Ospedaliere e IRCCS	
Pol. Tor Vergata		231.890,80		
			Aziende Ospedaliere	
TOTALE Hub		463.781,61	AO S. Camillo	156.000,00
			AO S. Andrea	156.000,00
Quota coordinamento lavori		58.847,70	AO S. Filippo Neri	156.000,00
			AO S. Giovanni	156.000,00
Totale Hub		522.629,31	Totale	624.000,00
			Riparto IRCCS	
			IFO	156.000,00
			Spallanzani	156.000,00
			Totale	312.000,00
			Totale Generale	936.000,00

AZIENDA	IMPORTO
ASL ROMA A	334.345,44
ASL ROMA B	705.584,26
ASL ROMA C	447.231,23
ASL ROMA D	426.546,67
ASL ROMA E	311.828,11
ASL ROMA F	197.962,80
ASL ROMA G	222.052,06
ASL ROMA H	239.279,75
ASL VITERBO	79.195,35
ASL RIETI	29.098,85
ASL LATINA	324.755,49
ASL FROSINONE	430.986,32
TOTALE	3.748.866,33

Tabella 2 **totale rete cure palliative euro 5.207.495,64**

AZIENDA	IMPORTO
ASL ROMA A	460.727,96
ASL ROMA B	617.093,43
ASL ROMA C	537.007,36
ASL ROMA D	517.635,48
ASL ROMA E	516.411,72
ASL ROMA F	271.794,81
ASL ROMA G	423.437,08
ASL ROMA H	464.951,30
ASL VITERBO	301.566,06
ASL RIETI	161.000,14
ASL LATINA	480.865,36
ASL FROSINONE	455.004,94
TOTALE	5.207.495,64

SCHEDA N. 8

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	8. Sviluppo dei processi di umanizzazione all'interno dei percorsi assistenziali
TITOLO DEL PROGETTO	Rispetto per l'individuo: l'umanizzazione come processo di miglioramento nell'assistenza sanitaria del Lazio
DURATA DEL PROGETTO	
REFERENTE	Dott.ssa Marinella D'Innocenzo - Dirigente Area Formazione

ASPETTI FINANZIARI

IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2013	4.165.996,72
--	--------------

IL PROGETTO

CONTESTO	Il processo di umanizzazione è un processo che coinvolge tutti, pazienti e operatori. Il rispetto per la dignità, la qualità della vita e il benessere di ogni individuo deve rappresentare l'elemento fondamentale delle decisioni operate in tema di definizione delle strategie organizzative e dei percorsi assistenziali, ad ogni livello del "sistema salute". E' per questo motivo che lo sviluppo dei processi di umanizzazione deve rendere i luoghi di assistenza e le pratiche medico assistenziali vicine al paziente conciliando assistenza e bisogno di informazione, con percorsi di cura vicini alla persona, sicuri, accoglienti. Il Ministero della salute definisce il concetto di umanizzazione come "la capacità di rendere i luoghi di cura e le stesse pratiche medico assistenziali aperti, sicuri e senza dolore, conciliando politiche di accoglienza, informazione e comfort con percorsi assistenziali il più possibile condivisi e partecipati con il cittadino". A tal fine occorre insistere sul versante della conoscenza delle esigenze assistenziali dei cittadini, intensificando gli sforzi per comprendere la domanda, la percezione dell'organizzazione della sanità da parte degli utenti e dei loro familiari

DESCRIZIONE	Il progetto prevede le seguenti azioni: ➤ almeno una attività progettuale in tema di formazione del personale e una attività progettuale in tema di cambiamento organizzativo, indirizzate prioritariamente nelle seguenti aree assistenziali: - Area critica - Pediatria - Comunicazione - Oncologia - Assistenza domiciliare orientate al rispetto e alla specificità della persona, all'accessibilità fisica, vivibilità e comfort dei luoghi di cura, all'accesso alle informazioni, semplificazione e trasparenza, cura della relazione con il paziente e con il cittadino.
OBIETTIVI	1) Rilevare il grado di umanizzazione nei percorsi assistenziali coinvolgendo rappresentanti dei cittadini nel processo di valutazione. In particolare valutare l'eventuale scostamento tra il servizio atteso dall'utente e quello fornito. 2) Garantire l'incremento del livello di consapevolezza degli operatori riguardo l'importanza degli aspetti relazionali e psicologici dell'assistenza. 3) Omogenea diffusione delle buone pratiche attraverso informazione e corsi di formazione. 4) Promuovere i cambiamenti organizzativi orientati al miglioramento dell'offerta di salute riguardanti il rispetto della persona, dell'accessibilità fisica, del comfort dei luoghi di cura, la semplificazione e la relazione instaurata con il paziente con particolare riferimento alle condizioni di ricovero in area critica. 5) Promuovere iniziative di formazione e informazione rivolte sia ai professionisti delle strutture sanitarie sia ai <i>care giver</i>, per fornire i necessari elementi di conoscenza allo scopo di implementare il livello di comunicazione con gli assistiti e con le relative famiglie, anche con particolare riferimento alla gestione delle aspettative di salute e alla comunicazione di prognosi infausta.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	2013
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	- Predisposizione e somministrazione questionari sulla qualità percepita - Pianificazione del miglioramento (studio dei risultati, selezione delle criticità per minimizzare l'insoddisfazione degli utenti). - Corsi di formazione e attività di informazione per gli operatori. - Predisposizione materiali di comunicazione per i cittadini sull'offerta dei servizi e sui risultati conseguiti.

	- Minimizzazione barriere logistiche, funzionali e relazionali
RISULTATI ATTESI	- Implementare la diffusione delle buone pratiche. - Migliorare gli aspetti relazionali. - Implementare il livello di comunicazione con gli assistiti e con le relative famiglie. - Incrementare l'accessibilità, la vivibilità e il comfort dei luoghi di cura e assistenza. - Garantire l'accesso alle informazioni attraverso la disponibilità di materiale informativo/educativo.

DESTINATARI DEL FINANZIAMENTO E CRITERI DI RIPARTIZIONE

RM A	181.064,48
RM B	422.414,03
RM C	288.766,21
RM D	264.382,13
RM E	207.918,96
RM F	68.848,88
RM G	254.108,45
RM H	259.640,48
VT	45.011,57
RI	100.075,81
LT	237.970,24
FR	376.105,43
INMI (Spallanzani)	1.459.690,05
TOTALE	4.165.996,72

SCHEDA N. 9

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

GENERALITA'	
REGIONE PROPONENTE	REGIONE LAZIO
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	Linea 9 – Interventi per l'implementazione della Rete per le Malattie rare e per la promozione di rete nazionale per i tumori rari
TITOLO DEL PROGETTO	Malattie e tumori rari
DURATA DEL PROGETTO	2013
REFERENTE	Dott. Domenico Di Lallo

ASPETTI FINANZIARI	
COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 5.728.244,82
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2013	100%
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO	
CONTESTO	Con il Decreto Ministeriale n.279 del 18 maggio 2001, “Regolamento di istituzione della Rete nazionale delle malattie rare e di esenzione dalla partecipazione al costo delle relative prestazioni sanitarie”, è stata istituita la “Rete Nazionale per la prevenzione, la sorveglianza, la diagnosi e la terapia delle malattie rare” e introdotta l'esenzione dalla partecipazione al costo delle relative prestazioni sanitarie, per un primo gruppo di malattie rare. A seguito delle indicazioni contenute nel DM 279/2001, la Regione Lazio con alcuni provvedimenti deliberativi della Giunta regionale (DGR n.381/02; n.1324/03; n.20/05, n.681/06, n.872/06, n.758/07, n.134/08, n.655/08; n.656/08; n.175/10) e con il DCA n.57/10 ha avviato il processo di accreditamento della rete di Centri e Presidi per le malattie rare. Complessivamente, ad oggi sono stati accreditati 19 Istituti per un totale di 75 Centri/Presidi (C/P). Attualmente la rete per la presa in carico del soggetto affetto da malattia rara e della sua famiglia, si presenta eterogenea e non ancora in grado di assicurare uniformità e qualità di cura su tutto il territorio regionale. Non sempre,

	infatti, è garantita l'assistenza più vicino possibile al luogo di residenza e assicurata la continuità assistenziale tra il presidio responsabile del piano terapeutico, le strutture socio-sanitarie territoriali ed i medici di medicina generale o i pediatri di libera scelta. In un insieme così complesso e numeroso di malattie rare, realizzare una rete efficiente in ogni suo nodo e, quindi, in grado di garantire una reale presa in carico della persona ed integrata con i servizi territoriali (cure primarie) e ospedalieri (cure specialistiche e riabilitative), è un compito che richiede la disponibilità di elevate competenze cliniche ed adeguate risorse organizzative e strutturali L'Accordo Stato-Regioni del 10 maggio 2007 ha sancito l'attivazione dei registri regionali entro il 31 marzo 2008; realizzato anche nella Regione Lazio. Complessivamente al 31 dicembre 2012, gli utenti in carico notificati a Malattie Rare Lazio erano 16.914 (utenti prevalenti). All'interno della Rete per le Malattie rare, l'IFO (Istituti Fisioterapici Ospitalieri), articolato in Istituto Tumori Regina Elena di Roma e Istituto Dermatologico San Gallicano di Roma, si occupa anche di tumori rari.
DESCRIZIONE	Il progetto, in continuità con le attività previste nel 2012, prevede le seguenti azioni: • Proseguimento dello sviluppo di PDTA per singole o gruppi di malattie rare a maggiore prevalenza e/o complessità; e monitoraggio dei PDTA implementati; • recepimento con provvedimento regionale di un sistema di classificazione delle malattie rare finalizzato alla programmazione della rete assistenziale; • mantenimento del Sistema Informativo Malattie Rare Lazio; • mantenimento di un sito WEB per il cittadino. Promozione di reti per tumori rari: ▪ Sarcomi e altri di pertinenza toracica, otorino, esofagea, tratto digestivo, apparato urologico, apparato neurologico e ginecologico; ▪ Neuroendocrini; ▪ Tumori rari della cute.

OBIETTIVI	▪ Riorganizzare la rete assistenziale regionale per le malattie rare sviluppando un sistema uniforme su tutto il territorio che garantisca la continuità assistenziale. ▪ Implementare i PDTA su singole o gruppi di malattie rare. ▪ Monitorare e valutare il funzionamento della rete. ▪ Descrivere le caratteristiche delle persone in carico ai C/P e valutarne l'impatto sui servizi sanitari. In particolare per i tumori rari: ▪ Consolidare la collaborazione permanente tra strutture sanitarie con lo scopo di migliorare la diagnosi precoce e il trattamento tempestivo; ▪ Uniformare i percorsi diagnostici e terapeutici secondo protocolli omogenei e conformi alla letteratura; ▪ Condividere l'approccio ai casi clinici, in modo da migliorare le capacità di cura degli specialisti aumentando il numero dei casi da trattare ed eventuali terapie innovative contribuendo alla ricerca clinica sui tumori rari; ▪ Promuovere un accesso razionale agli Istituti di diagnosi e cura, limitando al minimo inutili indagini e tentativi terapeutici non idonei; ▪ Implementare una modalità di collegamento informatico ed il teleconsulto nell'ambito della diagnostica istologica e standardizzare per ogni particolare tipologia di tumore raro il follow-up specifico.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	12 mesi
COSTI	I costi complessivi del progetto ammontano ad un totale stimato in € 5.728.244,82
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	- Numero di tavoli tecnici per lo sviluppo di PDTA - Avvio del processo di nuovo riconoscimento degli Istituti per la Malattie Rare - Rapporto annuale del Sistema Informativo Malattie Rare - Presenza di un sito WEB aggiornato per il

	cittadino In particolare per i tumori rari: - Numero di nuove diagnosi per tipologia neoplastica; - Numero pazienti presi incarico; - Numero di pazienti in follow-up.
RISULTATI ATTESI	- Creare una rete assistenziale efficiente - Garantire standard organizzativi di qualità ed omogenei per ciascun Istituto partecipante alla rete - Disporre di un set minimo di dati epidemiologici utili alla programmazione - Facilitare l'accesso ai servizi sia nella fase di approfondimento diagnostico che in quella della presa in carico

RM A	44.924,69
RM B	62.044,48
RM C	88.431,73
RM D	85.433,04
RM E	47.939,46
RM F	60.481,90
RM G	80.970,93
RM H	89.951,34
VT	42.802,52
RI	34.666,52
LT	71.205,35
FR	62.295,73
A.O. San Camillo Forlanini	604.400,49
Policlinico Umberto I	2.243.366,70
I.F.O.	2.020.798,61
Policlinico Tor Vergata	88.531,33
TOTALE	5.728.244,82

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

GENERALITÀ

REGIONE PROPONENTE	REGIONE LAZIO
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	TUTELA DELLA MATERNITÀ – PERCORSO NASCITA – PARTOANALGESIA
TITOLO DEL PROGETTO	Prevenzione dell'interruzione volontaria di gravidanza e qualificazione del percorso nascita
DURATA DEL PROGETTO	2013
REFERENTE	Dott. Domenico Di Lallo Dott. Valentino Mantini

**ASPETTI
FINANZIARI**

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	3.124.497,28
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2013	100%
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	Nel Lazio sono presenti 45 punti nascita, più un centri di sola assistenza neonatale intensiva. Nel Lazio nel 2012 risultano 54.225 nascite. La percentuale di nascite pretermine è del 7,7%, e di nascite estremamente pretermine dell'1%. Ogni anno circa 600 bambini con età gestazionale inferiore o uguale a 31 settimane e/o con peso alla nascita $\leq$ a 1499 grammi vengono ricoverati in terapia intensiva neonatale. Il tasso di mortalità neonatale è pari al 3 per 1000 e di mortalità materna a circa il 7-10 per 100.000. A seguito del documento approvato dalla conferenza stato regioni sul percorso nascita nel 2010, prosegue la rimodulazione su due livelli di assistenza ostetrico/neonatologica, a modifica del DCA 56/2010. La crisi economica presente in Europa e in Italia negli ultimi anni e la presenza numericamente sempre più rilevante di donne e uomini stranieri, provenienti prevalentemente dell'Est Europa, ha portato all'aumento
----------	---

	della presenza di gravidanze cosiddette vulnerabili: nuclei familiari socio-economicamente svantaggiati, gravidanze in donne straniere, più fragili se sole e/o rifugiate, gravidanze in età adolescenziale. Per quanto riguarda l'interruzione volontaria di gravidanza (IVG) i dati statistici mostrano una forte diminuzione negli ultimi trenta anni del numero assoluto di IVG, ma da un'analisi più approfondita, si evidenzia che la diminuzione del numero di IVG per le donne straniere è un fenomeno relativamente recente. Il supporto alle gravidanze in condizioni di “vulnerabilità” deve tenere presente, oltre alla provenienza da altre culture, anche la condizione economica di basso reddito e/o la giovane età delle donne. Infatti, dalla letteratura scientifica in materia emerge che tali fattori sono rilevanti nell’emergere di significative disuguaglianze di salute. Prendendo in esame i nati nel Lazio nel 2012 si evidenzia che per i figli di madri nate all’estero il basso peso alla nascita riguarda il 6,9% del totale, a fronte del 7,4% dei nati da madri italiane. Anche il primo controllo tardivo della gravidanza dopo le 12 settimane riguarda il 5,2% delle madri straniere rispetto all’1,4% delle italiane. Rilevanti disuguaglianze di salute (per il basso peso alla nascita ed il tardivo controllo della gravidanza) emergono anche per le madri con nessun titolo di studio o la licenza elementare. Nella Regione Lazio nel 2012 sono state effettuate 11.813 IVG, con un decremento del 2% rispetto al dato del 2011 (12.079 casi). L’analisi della provenienza delle donne che ricorrono all’IVG nella Regione Lazio (anno 2012) conferma che nel corso degli anni è andata crescendo la quota di IVG richiesta da donne con cittadinanza estera, raggiungendo nel 2012 il 41% del totale delle IVG. Dalle analisi presenti in letteratura emerge che per le donne straniere il ricorso all’aborto rappresenta nella maggioranza dei casi una <i>extrema ratio</i>, in seguito al fallimento dei metodi impiegati per la procreazione responsabile, anche a causa delle scarse conoscenze generali sulla fisiologia della riproduzione e quelle specifiche riguardo l’impiego corretto di tali metodi. Nella Regione Lazio si ravvisa la necessità di promuovere azioni di sostegno delle scelte riproduttive, volte a sviluppare una offerta attiva di <i>counselling</i> per la procreazione cosciente e responsabile e la rimozione delle barriere d’accesso organizzative, formative e culturali ai servizi, soprattutto per le donne in condizioni “vulnerabili”.
--	--

DESCRIZIONE	Il progetto, in continuità con le attività previste nel 2012, prevede le seguenti azioni: - monitoraggio delle morti e delle near- miss materne; - monitoraggio dell'attività delle Unità di Terapia Intensiva Neonatale - implementazione delle attività di informazione relative alle possibilità di sostegno della maternità, soprattutto per le famiglie in condizioni di disagio socio-economico, anche in collaborazione con le associazioni del privato sociale; - miglioramento dell'organizzazione dei consultori familiari riguardo a specifiche azioni nell'ambito materno-infantile e con approccio interculturale per la popolazione straniera; - promozione dell'integrazione socio-sanitaria con la collaborazione fra consultori familiari e strutture del privato sociale; - implementazione di attività di <i>counselling</i> per la promozione della procreazione cosciente e responsabile, in particolare: ➤ counselling sulla contraccezione a tutte le donne in età fertile e coppie italiane e straniere che si rivolgono ai consultori o agli ambulatori di ginecologia territoriali e ospedalieri per controlli di salute, controlli post <i>partum</i>, controlli post IVG, screening citologico e mammografico; ➤ counselling sulla contraccezione alla donna che richiede IVG seguito da un attento monitoraggio dell'avvenuto controllo post IVG; ➤ invito al controllo ginecologico per contraccezione a tutte le donne italiane e straniere in occasione della prima vaccinazione del bambino/a. Informazioni sul servizio consultoriale; - implementazione presso un'Azienda Ospedaliera di un servizio di assistenza perinatale e neonatale, comprensivo di attività di mediazione culturale, dedicato alle fasce di utenza fragile; - collaborazione con i reparti ospedalieri di pianificazione familiare, per inserimento dello IUD al momento dell'IVG, qualora accettato dalla donna; - implementazione di attività di educazione sanitaria e di cura perinatale e neonatale particolarmente focalizzate nei confronti dei soggetti disagiati.
OBIETTIVI	• Garantire gli standard strutturali, organizzativi e funzionali previsti dal DCA 56/2010 e dal Programma Obiettivo Materno-Infantile

	• Monitorare l'attuazione del Decreti riguardanti la rete perinatale • Miglioramento dell'offerta attiva di <i>counselling</i> rivolta alla promozione della procreazione cosciente e responsabile • Facilitazione dell'accesso ai servizi territoriali ed ospedalieri ed attenuazione delle barriere culturali ed organizzative
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	2013
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	- Numero di nati per unità perinatale (UP) - % di neonati assistiti per centro UTIN - Numero/% di donne che, pur in presenza di condizioni che richiederebbero il loro trasferimento in un centro di III livello, partoriscono in maternità di I o II livello - Tasso di taglio cesareo per classi di Robson per Istituto - Numero IVG per luogo di residenza e di effettuazione dell'intervento - Numero di IVG per caratteristiche sociodemografiche della donna - numero di contatti con i consultori familiari per la promozione della salute materno-infantile - Numero parti assistiti in partoanalgesia per Istituto e caratteristiche della donna -
RISULTATI ATTESI	• Almeno l'80% delle UP con guardia attiva ostetrica e neonatologica H24 • Almeno il 90% di neonati con età gestazionale o peso alla nascita molto bassi nati in UP di III livello • Riduzione delle IVG • Monitoraggio dei parti assistiti con partoanalgesia

DESTINATARI DEL FINANZIAMENTO E CRITERI DI RIPARTIZIONE
--

RM A	124.417,96
RM B	303.945,85
RM C	188.403,30
RM D	185.662,66
RM E	117.642,76
RM F	96.938,60
RM G	149.970,64
RM H	259.616,16
VT	159.696,38
RI	49.176,16
LT	282.933,07
FR	231.869,50
A.O. San Camillo Forlanini	500.593,08
A.O. S. Giovanni	124.789,44
A.O. S. Filippo Neri	57.371,33
Policlinico Umberto I	291.470,39
TOTALE	3.124.497,28

SCHEDA N. 11

ASSEGNAZIONE DELLE QUOTE VINCOLATE AGLI OBIETTIVI DI PIANO SANITARIO NAZIONALE	
SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI	
GENERALITA'	
REGIONE PROPONENTE	REGIONE LAZIO
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE 11	11 BIOBANCA DEL TESSUTO OVARICO E DELLE CELLULE GERMINALI
TITOLO DEL PROGETTO	TUTELA DELLA FERTILITA' E DELLA FUNZIONE ORMONALE NELLE GIOVANI DONNE AFFETTE DA NEOPLASIA O MALATTIE CRONICHE DEGENERATIVE. PERCORSO OPERATIVO CLINICO-ASSISTENZIALE ISTITUZIONE DI UN COMITATO TECNICO- SCIENTIFICO E DI UN COMITATO ETICO ANCHE IN RELAZIONE ALLA " <i>FIRST AND SECOND OPINION</i> ". TECNICA DI PRELIEVO, CONSERVAZIONE E REIMPIANTO. REALIZZAZIONE DI AREA DEDICATA PER LA RICERCA, DISTACCATA DAI LABORATORI ESISTENTI, PER LA SPECIFICITA' E LA MANCANZA DI SPAZI DEDICATI. RETE STRUTTURE GINECOLOGICHE REGIONALI E MEDICI DI BASE. MICROSCOPIA ELETTRONICA A SUPPORTO. APPROFONDIMENTI CLINICO-SCIENTIFICI.
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi
REFERENTE	
ASPETTI FINANZIARI	

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 4.165.996,72
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2013	100%
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	
DESTINATARIO DEL FINANZIAMENTO	IRCCS IFO
IL PROGETTO	
CONTESTO	Con Deliberazione IFO n. 274 dell' 8 aprile 2011, a seguito del recepimento della Mozione del 11/01/2011 n° 137, approvata dal Consiglio Regionale del Lazio il 09/03/2011, è stata autorizzata provvisoriamente dalla Regione Lazio con Determina n. B01700 del 26 marzo

	2012, la Banca del tessuto ovarico e delle cellule germinali per la realizzazione del progetto del trapianto di tessuto ovarico e delle cellule germinali, di seguito indicata BTO, inserita all'interno della Banca del Tessuto Muscolo-Scheletrico (BTMS). La realizzazione della Biobanca è stata possibile grazie ad un finanziamento di € 685.000 "In Conto Capitale 2010 Disposto Dal Ministero Della Salute N° 4.01.02.03.01 con delibera 906 del 16 Novembre 2011", che ha consentito di acquisire apparecchiature e strumenti necessari per le attività e alla collocazione della stessa all'interno della BTMS IFO. A seguito di adeguamenti strutturali effettuati nelle aree classificate della BTMS, la BTO dispone di ambienti di processazione GMP e crioconservazione del tessuto ovarico e delle cellule germinali ed è in grado di rispettare i requisiti normativi che ne disciplinano i processi. La crioconservazione del tessuto ovarico di pazienti affette da determinate patologie oncologiche, che non superino i 35 anni di età, ed il suo successivo reimpianto dopo scongelamento alla remissione completa della malattia, ha il vantaggio di non richiedere né un partner né una stimolazione ormonale, inoltre ad oggi, tale procedura costituisce l'unica strategia attuabile per le pazienti oncologiche in età pediatrica nell'intento di preservare la fertilità. Il congelamento dei frammenti di corticale ovarica consente di preservare sia la funzione steroidogenica che la funzione riproduttiva. Invece, la crioconservazione delle cellule germinali, di seguito indicati ovociti, praticabile solo nelle pazienti affette da patologie oncologiche in età postpuberale al di sotto dei 39 anni di età, costituisce un'altra valida procedura di preservazione della fertilità ad oggi riconosciuta non più sperimentale. La crioconservazione ovocitaria può essere attuata in modo preminente od offerta in associazione con la crioconservazione del tessuto ovarico. Il Protocollo di Crioconservevazione del tessuto ovarico e degli ovociti è estremamente articolato e complesso, e richiede presenza di professionalità altamente specialistiche coinvolte nel percorso clinico assistenziale delle pazienti che aderiscono al Progetto. Il prelievo del tessuto ovarico viene eseguito mediante laparoscopia nella sala operatoria dell'Istituto Regina Elena e delle altre Divisioni di Ginecologia e Ostetricia delle Aziende Ospedaliere, Policlinici, IRCCS della Regione Lazio. Il Prelievo degli ovociti viene eseguito per via vaginale sotto controllo ecoguidato in anestesia locale o in sedazione nella sala operatoria dell'Istituto Regina Elena.
--	---

	La processazione del tessuto ovarico e degli ovociti devono essere eseguiti in ambiente classificato ISO 5, ossia Classe A di cappa a flusso laminare con controllo e monitoraggio particellare e microbiologico, all'interno di un'area classificata D, come consentito dai DLgs vigenti, nel rispetto delle prescrizioni di processi in GMP. Lo stoccaggio dei tessuti e degli ovociti viene effettuato in contenitori criobiologici d'acciaio ad alta efficienza con all'interno vapori di azoto (Azoto Liquido MD-Medical Device). Tale impianto è rigorosamente controllato ed allarmato, gestito da un sistema collegato a figure professionali BTO reperibili h 24. Uno staff costituito da oncologi, ginecologi, endocrinologi, medici di laboratorio, biologi e psicologi, oltre al Direttore della Banca e al Responsabile della Qualità, compone il Comitato tecnico-scientifico che, insieme alla Direzione Scientifica ed Aziendale e ad un membro esterno esperto, definisce il Comitato Etico e della "second opinion". Le pazienti/donatrici autologhe individuate vengono sottoposte ad uno screening sierologico previsto dalle Linee Guida per i donatori, a specifici test tumorali ed ormonali ed ai test biomolecolari NAT. Il percorso viene affiancato da esperti psicologi che accompagnano la paziente (ed i suoi familiari), unitamente all'equipe medica, lungo tutto l'iter clinico-assistenziale sin dal primo contatto con la BTO, garantendo la loro presenza in tutti i momenti. Oltre al campionamento microbiologico ed all'esame istologico che vengono eseguiti su campioni del tessuto da crioconservare, al fine di escludere presenza alcuna di cellule neoplastiche e di contaminazione microbica e/o fungina, qualche biopsia dello stesso viene crioconservata a parte e scongelata dopo circa 15 gg per essere sottoposta ad esame e valutazione della vitalità cellulare con microscopia elettronica. La donna, a cui è stato reimpiantato la corticale ovarica, viene seguita con regolari follow up nel lungo termine a tutela e garanzia della stessa, a causa del precedente oncologico. La tecnica è sperimentale (ad oggi si annoverano circa 30 bambini sani nati nel mondo) ed è affiancata da un apparato di ricerca per ulteriori approfondimenti clinico-scientifici. I diretti Responsabili Medico e del Sistema Gestione Qualità della BTO IFO, disponendo del Laboratorio di Microbiologia BTMS, hanno previsto anche il monitoraggio aereo e microbiologico della Sala
--	---

	Operatoria in cui viene eseguito il prelievo, indispensabile per evitare biocontaminazioni dei tessuti, mediante il raggiungimento ed il mantenimento di classificazione ambientale di tipo D, secondo Tabella dell'Indice Annex 1 delle Good Manufacturing Practice, in correlazione al regime classificatorio normativo (A-B-C-D).
DESCRIZIONE	La BTO IFO ed il relativo Progetto di tutela della fertilità e della funzione ormonale nelle bambine e nelle giovani donne affette da neoplasia o malattie croniche degenerative rappresenta l'unica struttura regionale che persegue questo fine. Esistono altri sistemi e tecniche, come la crioconservazione degli embrioni; la crioconservazione degli ovociti immaturi; l'utilizzo degli analoghi LH-RH; ma, considerata la scelta della Regione Lazio, la comunicazione diventa lo strumento di maggiore efficacia per gli esperti BTO al fine di trasferire adeguata conoscenza e corretta informazione a: Medici di base, Associazioni di Volontariato che operano in ambito oncologico, Cittadinanza Attiva, Organizzazioni Rosa, Strumenti mediatici. La Formazione rivolta a Ginecologi, Oncologi, Psicologi operanti nelle Strutture Sanitarie Regionali rappresenta un elemento di fondamentale importanza per il reclutamento delle pazienti e per la realizzazione della tecnica al di fuori dell'IFO e per la costituzione di una "Rete" che preveda l'istituzione del modello Hub&Spoke con la BTO. La Formazione e l'addestramento delle figure professionali arruolate nella Biobanca prevede frequenti permanenze presso la sede delle Biobanche di Bruxelles e di Copenaghen mirate all'ottenimento della migliore definizione specialistica. Verranno organizzati eventi sia per l'informazione generale che per il trasferimento del know how agli addetti ai lavori. I Biologi rivestono una funzione di fondamentale importanza in questo Progetto in quanto devono essere già formati nelle seguenti specifiche competenze: 1. Consolidata esperienza nella pratica clinica delle tecniche di coltura in vitro delle cellule e tessuti germinali umane 2. Consolidata esperienza nella pratica clinica nelle criobanche di cellule e tessuti germinali, finalizzata alla preservazione della fertilità nei pazienti oncologici 3. Consolidata esperienza nelle tecniche di Riproduzione Assistita 4. Organizzazione delle varie attività 5. Scelta delle tecniche più appropriate 6. Interazione con lo staff clinico

	7. Redazione del manuale di laboratorio 8. Analisi dei risultati 9. Uso di database computerizzati per la raccolta dati follow-up pazienti per elaborazione statistica; Analisi dei risultati ottenuti; elaborazione di tabelle e grafici. 10. Elaborazione dei testi scientifici per la pubblicazione. Gli Psicologi rivestono una funzione importante in questo Progetto in quanto devono essere inseriti in una formazione specifica inerente: 1. Counseling multidisciplinare ambulatoriale di prima accoglienza 2. Assesement psicologico (parallelo alle altre valutazioni mediche di screening) 3. Counseling multidisciplinare di restituzione 4. Supporto psicologico alla candidata non selezionata 5. Supporto psicologico alla candidata giudicata idonea (sportello multidisciplinare ambulatoriale) 6. Supporto psicologico alla cancer-survivor desiderosa di gravidanza 7. Counseling multidisciplinare ambulatoriale di prima accoglienza per la minore candidata all'auto-trapianto e i suoi genitori. Verrà coinvolta la S.C. di Anatomia Patologica IRE per esame istologico e sarà necessario stipulare una convenzione con la Facoltà di Anatomia Umana dell'Università La Sapienza di Roma, dove ha sede il Servizio di Microscopia Elettronica, per la valutazione della vitalità cellulare. Il test di vitalità consente di validare il tessuto prelevato, corredato, ovviamente, da referti sierologici e microbiologici negativi. Verranno individuati i migliori sistemi per garantire la sicurezza dei tessuti conservati. Considerata la natura giuridica degli IFO, IRCCS storico d'eccellenza, si sta pianificando una ricerca mirata sulla scorta delle esperienze internazionali prese in esame.
OBIETTIVI	Organizzare e gestire il Protocollo clinico assistenziale delle donatrici autologhe, arruolando i profili professionali di riferimento. Organizzare eventi informativi/formativi, rivolti all'utenza e ai professionisti che aderiranno al Progetto. Organizzare e gestire le attività di banking tissutale, le procedure, le istruzioni operative, la documentazione, ivi incluso il Quality Agreement con il Servizio di Microscopia Elettronica per la determinazione della vitalità cellulare dei tessuti. Realizzazione di nuove aree per la ricerca, distaccate dai laboratori esistenti, per la specificità e la mancanza

	di spazi dedicati. Il Progetto richiede l'assoluta necessità di predisporre di locali dedicati alla ricerca per permettere al personale addetto di perseguire gli attuali temi di ricerca scientifica in ambito internazionale finalizzati alla tematica di oncofertilità quali: • Miglioramento delle procedure di Criopreservazione del tessuto ovarico; • Criopreservazione dell'intero Ovaio • Validazione delle procedure di vitrificazione della corticale ovarica; • Maturazione in vitro degli ovociti immaturi; • Diminuzione degli effetti legati al danno ischemico dopo reimpianto autologo; <u>Spesa per la realizzazione delle nuove aeree dedicate alla ricerca</u> € 2.427.399 Predisporre formazione per il personale dedicato, distinta per ruoli. In tale contesto è di fondamentale importanza l'identificazione del ruolo del Project Manager. Tale figura rappresenta il responsabile della valutazione, pianificazione, realizzazione e controllo del Progetto. <u>Spesa per la figura del Project Manager</u> € 60.000/anno Ottimizzare i criteri di sicurezza delle pazienti che ambiscono alla procreazione. Obiettivi generali A. Arruolamento di N°3 Ginecologi, N°1 Oncologo-Ginecologo, N°1 Anestesista, N°3 Biologi, N°1 Psicologo, N°2 Infermieri, N°1 Coordinatore Infermieristico, N°2 Segretarie. <u>Spesa per le risorse umane</u> • N° 3 Medici specialisti in Ostetricia e Ginecologia con competenze specifiche nelle tecniche di prelievo di tessuto ovarico e specifiche competenze riguardanti il campo della fisiopatologia della riproduzione. € 75.000/anno cadauno • N° 1 Medico specialista in Oncologia Medica con competenze specifiche in oncologia ginecologica e
--	--

	nel campo della fisiopatologia della riproduzione. <i>€ 75.000/anno cadauno</i> • N° 1 Medico specialista in Anestesiologia <i>€ 75.000/anno cadauno</i> • N° 1 Biologo responsabile delle attività del Progetto con competenze specifiche di Riproduzione Assistita e di organizzazione delle varie attività pratiche cliniche e di ricerca finalizzata alla preservazione della fertilità nei pazienti oncologici. <i>€ 90.000 /anno</i> • N° 2 Biologi con competenze specifiche di Riproduzione Assistita e delle varie attività pratiche cliniche e di ricerca per la preservazione della fertilità nei pazienti oncologici. <i>€ 70.000 /anno cadauno</i> • N° 1 Psicologo con formazione specifica al tipo di Progetto in essere. <i>€ 50.000 /anno</i> • N° 2 Infermieri <i>€ 35.000 /anno cadauno</i> • N° 1 Coordinatore infermieristico <i>€ 40.000 /anno</i> • N° 2 Segretarie <i>€ 30.000 /anno cadauno</i> <u>TOTALE A. RISORSE UMANE</u> € 825.000 B. Potenziamento della comunicazione di massa mediante l'organizzazione di eventi diretti al pubblico, in sede e fuori <u>Spesa prevista</u>
--	--

	N° 4 Eventi nell'anno da realizzarsi: a) In Sede; b) Itineranti; c) Regionali € 20.000 /cadauno <u>TOTALE B. POTENZIAMENTO RISORSE</u> € 80.000 C. Potenziamento della comunicazione ai sanitari di altre strutture ospedaliere <u>Spesa prevista</u> € 50.000 D. Formazione del personale addetto al banking tissutale E. Formazione del personale d'assistenza. F. Formazione del personale inserito nel modello Hub&Spoke • Costituzione di dieci unità ginecologiche in ambito regionale. Formazione di figure professionali dedicate: Ginecologi, Oncologi, Infermieri, Psicologi. <u>TOTALE F. FORMAZIONE PROFESSIONALE INSERITO NEL MODELLO HUB&SPOKE</u> € 400.000 G. Potenziamento della sicurezza delle donatrici e dei tessuti conservati. <i>Previsione di spesa per garantire la sicurezza delle donatrici e dei tessuti crioconservati:</i> • Test biomolecolari eseguiti su sangue per la diagnosi precoce di infezioni da virus (NAT). Costo previsto per paziente € 250 • Test Microbiologici da eseguire ad ogni trattamento di prelievo e crioconservazione di cellule e/o tessuti germinali. Costo previsto per paziente € 50 <u>TOTALE G. POTENZIAMENTO DELLA SICUREZZA (Previsione su 1.000 pazienti)</u>
--	---

	€ 30.000 H. Pianificazione di studi scientifici per la ricerca. <u>TOTALE H. RICERCA SCIENTIFICA</u> € 100.000 Obiettivi qualitativi e quantitativi Nell'ambito delle attività di reclutamento delle pazienti, prelievo, processazione e rilascio/impianto dei tessuti ovarici ed ovociti, dovranno essere monitorati scrupolosamente il rispetto degli standard di riferimento delle procedure e dei protocolli, per cui la Formazione del personale IFO ed esterno riveste un ruolo determinante per il successo del Progetto. Obiettivo I Promuovere un'ampia e diffusa comunicazione ed informazione a livello regionale che consenta un corretto e trasparente apprendimento della tecnica e dei contenuti del Progetto, progettata per i due livelli di interlocutori: il pubblico e gli addetti ai lavori. Obiettivo II Pianificare la formazione e l'addestramento inerenti tutti gli steps dell'articolato Protocollo del Progetto, nonché la valutazione delle figure a fine training formativo, inclusa la parte normativa (Leggi per la Procreazione, Linee guida correnti, Griglie per il counseling multidisciplinare, Standard come disposti dalle Norme ISO armonizzate GMP, etc.) Obiettivo III Programmare ogni percorso in sicurezza atto a garantire e tutelare paziente e nascituro
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	1. Eventi informativi: un anno ed oltre 2. Formazione e addestramento del personale IFO un anno ed oltre Formazione e addestramento del personale esterno per un anno ed oltre 3. Predisposizione del percorso di sicurezza (Sierologico, Microbiologico, Oncologico e Psicologico) : un anno ed oltre 4. Accordi con Enti Esterni: un anno ed oltre 5. Redazione, verifica ed approvazione del Manuale della Qualità, Procedure, Istruzioni Operative e Modulistica: un anno ed oltre durante le fasi operative 6. Pianificazione della ricerca scientifica: un anno ed oltre
COSTI	I costi per il personale, i beni, i servizi e le attività formative sono stimati in € 4.165.996,72 fino alla fine del Progetto
INDICATORI	Indicatori di struttura: a seguito dell'attuazione delle

(di struttura, di processo, di risultato)	linee contenute nel contesto, valutazione positiva del personale che verrà abilitato alla partecipazione al Progetto. Valutazione del CNT dell'adeguamento strutturale. Indicatori di processo: stima dell'apporto del know how derivante dall'analisi del bottom up comparato al top down dei professionisti BTO ed esterni (incluse le collaborazioni estere) Indicatori di risultato: adesione delle strutture di ginecologia all'hub&spoke, grado di interesse dell'utenza, valutazione della corretta comunicazione con conseguente indirizzo verso la tecnica ed il Progetto in toto.
RISULTATI ATTESI	A medio termine (9/12 mesi) • Visita ispettiva del CNT per valutazione della Banca. • Configurazione nei ruoli delle figure formate, contrattati economicamente e stipulati. • Presupposti per la creazione di una rete della ginecologia del Lazio • Ampia partecipazione e condivisione dell'utenza alle linee progettuali

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	IMPLEMENTAZIONE DI PERCORSI DIAGNOSTICO-ASSISTENZIALI DI SUPPORTO PER MIGLIORARE LA VITA DELLE DONNE AFFETTE DA MALATTIE CRONICHE-INVALIDANTI DELLA SFERA URO-GENITALE
TITOLO DEL PROGETTO	Interventi per la gestione delle malattie croniche della sfera uro-genitale femminile
DURATA DEL PROGETTO	2013
REFERENTE	Dott. Domenico Di Lallo

**ASPETTI
FINANZIARI**

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	1.562.249,19
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2013	100%
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	L'endometriosi è una malattia cronica, tipica dell'età fertile e che tende a recidivare, caratterizzata dalla presenza di tessuto endometriale al di fuori della cavità uterina, che risponde agli stimoli ormonali e determina una condizione infiammatoria cronica. E' una malattia che ha un grosso impatto sociale ed economico sia per gli elevati costi sanitari che per interferenza dei sintomi sulla qualità di vita e sulla capacità lavorativa della donna che ne è colpita. L'esatta prevalenza e incidenza delle forme croniche e invalidanti di 'endometriosi non è pienamente conosciuta. Pertanto, in assenza di precisi stime numeriche regionali e nazionali, è possibile far riferimento a dati internazionali, che mostrano una prevalenza dell'endometriosi pari a circa il 10% nella popolazione generale femminile; tra le pazienti con infertilità il 30-40% è affetta da endometriosi.
----------	---

	La malattia è frequentemente accompagnata ad una sintomatologia dolorosa, spesso invalidante, soprattutto in presenza di endometriosi profonda. Può esserci dismenorrea, dispareunia e dolore pelvico cronico. Non esistono dati epidemiologici certi sulla reale incidenza della malattia nelle donne affette da dolore pelvico cronico, né sulla prevalenza del dolore nell'endometriosi. Tali sintomi hanno un effetto negativo sul benessere generale, mentale e sociale, con gravi ripercussioni sulla vita familiare e sui rapporti di coppia. La dismenorrea varia dal 30 al 90% dei casi, il dolore pelvico non ciclico dal 26 al 60%, la dispareunia profonda dal 16 al 45%. E' certo che più della metà delle adolescenti sottoposte a laparoscopia per algie pelviche, è affetta da endometriosi. Per quanto riguarda il Lazio, stando alle stime di prevalenza, il fenomeno interesserebbe circa 130 mila donne in età riproduttiva. La diagnosi, la terapia e soprattutto il follow-up delle pazienti, spesso giovanissime, rimangono troppo spesso affidate a decisioni cliniche che appaiono poco aderenti alle indicazioni derivanti dall'analisi della letteratura e alla medicina dell'evidenza. Questo provoca importanti ricadute negative dal punto di vista clinico, in termini di futuro riproduttivo e determina spesso un inutile dispendio di risorse economiche. E' fondamentale in queste giovani donne una diagnosi corretta ed un trattamento che consenta di preservare la fertilità evitando trattamenti chirurgici troppo precoci e demolitivi. Per quanto riguarda la diagnosi, alcuni studi americani condotti dall'Endometriosis Association hanno rilevato che la diagnosi certa arriva tardivamente, in media dopo nove anni, a seguito di una ricerca diagnostica lunga e dispendiosa ed il consulto di molti specialisti. Il ritardo diagnostico è maggiore nelle donne con dolore rispetto a quelle con infertilità nonostante la sintomatologia dolorosa compaia prima dei 20 anni nel 70% dei casi e prima dei 15 anni in circa il 40 %. Il ritardo diagnostico nell'adolescente è spesso causato dalle scarse conoscenze anche dei medici di base sulla possibilità di un'insorgenza molto precoce della malattia e di conseguenza la rassicurazione sulla "normalità" di una sintomatologia dolorosa anche se molto intensa durante la mestruazione. Per tali motivi si evidenzia sempre di più la necessità che il Servizio Sanitario regionale attui interventi che favoriscano la diagnosi precoce e trattamenti appropriati presso un numero selezionato di Centri Specializzati.
--	---

DESCRIZIONE	L'endometriosi essendo una malattia invalidante e di difficile approccio diagnostico e terapeutico (sia chirurgico che medico) richiede una rete di servizi ben organizzata basata sul collegamento tra Centri Specializzati e servizi territoriali (MMG, ambulatori specialistici, consultori familiari, ecc) che assicurino la presenza di team multidisciplinari in grado di garantire un approccio integrato e globale alla patologia. Il MMG cui la donna si rivolge dovrebbero essere in grado di riconoscere tempestivamente o quantomeno sospettare la patologia e di indirizzare la paziente allo specialista ginecologo, avvalendosi anche dei Centri Specializzati. Sono altresì importanti campagne informative rivolte ai medici dei presidi consultoriali e dei MMG allo scopo di ridurre il periodo della diagnosi ed infine l'attivazione di sistemi di monitoraggio epidemiologico della malattia sul nostro territorio. Nel Lazio i centri specializzati sull'endometriosi sono 4, tutti collocati presso policlinici universitari (Policlinico Gemelli, Azienda Universitaria Sant'Andrea, Policlinico Tor Vergata e Policlinico Umberto I).
OBIETTIVI	• Informazione e formazione dei MMG e degli specialisti delle ASL • Elaborazione di percorsi diagnostici-terapeutici-assistenziali (PDTA) basati su di approccio multidisciplinare (MMG, ginecologo, radiologo, psicologo) finalizzati alla presa in carico. • Valutazione e selezione degli esami indispensabili per la diagnosi e di quelli più complessi e costosi che devono essere indirizzati solo a casi selezionati. • Creazione di una rete di supporto psicologico e riunioni di gruppi di autoaiuto anche negli ospedali e/o consultori • Organizzazione di eventi formativi • Incontri tra operatori e associazioni delle pazienti • Disegno di un piano di comunicazione per l'informazione rivolta agli Istituti scolastici
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	2013
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	- Creazione di una rete assistenziale - Redazione di materiale formativo - Realizzazione di eventi formativi - Monitoraggio epidemiologico

RISULTATI ATTESI	• Realizzazione di un coordinamento stabile fra i Centri Specializzati • Diffusione del PDTA ai MMG e specialisti ambulatoriali • Realizzazione di corsi di aggiornamento sulla malattia ed il suo management • Messa a regime di un sistema di monitoraggio epidemiologico basato sui dati dei Sistemi Informativi sanitari correnti (Schede Dimissione Ospedaliera, Sistema Informativo Assistenza Specialistica, Archivio della farmaceutica territoriale) • Programmazione di eventi per la giornata dell'endometriosi (13 marzo)
------------------	---

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.

RM A	61.805,29
RM B	206.463,04
RM C	115.029,69
RM D	109.065,33
RM E	47.620,79
RM F	67.477,16
RM G	88.738,89
RM H	67.087,18
VT	24.773,49
RI	13.545,33
LT	94.238,65
FR	143.465,79
Policlinico Umberto I	206.129,01
A.O. S. Andrea	231.896,36
Policlinico Tor Vergata	84.913,19
TOTALE	1.562.249,19

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	IMPLEMENTAZIONE DELLA RETE NAZIONALE DEI CENTRI TERRITORIALI PER LA PREVENZIONE PRIMARIA E LA DIAGNOSI PRECOCE DA INFEZIONI DA HPV
TITOLO DEL PROGETTO	MIGLIORAMENTO DELLE COPERTURA VACCINALI ANTI HPV E DIFFUSIONE DEL TEST HPV COME TEST DI SCREENING
DURATA DEL PROGETTO	2013
REFERENTE	Dr.ssa Amalia Vitagliano

**ASPETTI
FINANZIARI**

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 1.562.249,16
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2013	100%
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	Negli ultimi vent'anni la mortalità per tumore dell'utero (corpo e collo) è diminuita di oltre il 50%, soprattutto per quanto riguarda il cervicocarcinoma. Le stime per l'Italia indicano un totale di 2.200 nuovi casi, con il rischio cumulativo di ammalarsi di 1 donna su 163. La sopravvivenza relativa a 5 anni dopo una diagnosi di tumore della cervice uterina è passata dal 64% del periodo 90-94 al 70% del periodo 2000-2004. Nel Lazio si stima che ogni anno si verificano circa 300 nuovi casi e 30 decessi. È stato dimostrato che l'infezione persistente da tipi oncogeni di papilloma virus umano (Hpv) è la causa necessaria per lo sviluppo del tumore della cervice uterina. Ciò ha permesso di affiancare allo screening cervicale un ulteriore strumento di prevenzione: la vaccinazione contro l'Hpv. Ad oggi sono disponibili due vaccini preventivi indicati per la prevenzione delle infezioni e delle forme pre-invasive e invasive del carcinoma della cervice uterina correlate a Hpv 16 e 18,
----------	--

	responsabili di circa il 70% dei tumori della cervice. I dati disponibili per ambedue i vaccini indicano che l'efficacia clinica stimata per la prevenzione delle lesioni preneoplastiche Cin2+ prodotte da Hpv 16 e 18 è pari al 99-100% nelle donne che non sono state ancora infettate da questi tipi di Hpv. Un ulteriore strumento di prevenzione è il test HPV come test primario di screening, test più sensibile del Pap test ma meno specifico. Alcune realtà italiane stanno utilizzando questo test come test di screening. Nel Lazio le ASL RM/G e Latina utilizzano il test HPV nell'ambito degli screening organizzati.
DESCRIZIONE	In Italia, la vaccinazione contro l'Hpv viene offerta gratuitamente e attivamente alle ragazze nel dodicesimo anno di vita. Come raccomandato da l'OMS il target prioritario della vaccinazione è costituito dalle ragazze tra i 9 e i 13 anni di età: la vaccinazione delle pre-adolescenti consente, infatti, l'immunizzazione di ragazze che non hanno iniziato l'attività sessuale, garantendo la massima efficacia del vaccino. Dopo 4 anni dall'avvio della chiamata attiva, la copertura vaccinale non risulta ancora ottimale e le differenze regionali sono marcate. La copertura media della coorte di nascita 1997 (la prima coorte a essere stata invitata) per 3 dosi di vaccino è del 66% (con un range tra le Regioni del 25-82%). Nel Lazio, se si considera la coorte del 1998 per la quale la campagna è ancora in corso, si riscontra una copertura media su tre dosi pari al 71% con un range tra le ASL che va dal 55,9% all'82,6%. Al fine di migliorare tale copertura è indispensabile adottare strategie per coinvolgere la popolazione target garantendo l'accessibilità alla vaccinazione in tutto il territorio regionale, superando le criticità e le disuguaglianze che attualmente limitano l'efficacia dell'offerta vaccinale, valorizzando la capacità di coinvolgimento della popolazione ed il corretto utilizzo delle informazioni sanitarie di supporto.
OBIETTIVI	• Migliorare la chiamata attiva per la coorte delle dodicenni, aventi diritto • Monitorare a livello aziendale i dati di copertura • Formulare pacchetti informativi per i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta • Promuovere incontri formativi con gli operatori sanitari • Promuovere sessioni informative per sensibilizzare la popolazione target e le loro famiglie
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	2013

INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	- Report aziendale sul monitoraggio - Redazione e diffusione di materiale formativo - Realizzazione di eventi formativi - Realizzazione di incontri informativi
RISULTATI ATTESI	Aumentare la copertura vaccinale e uniformare le performance aziendali

DESTINATARI DEL FINANZIAMENTO E CRITERI DI RIPARTIZIONE
--

RM A	106.740,19
RM B	264.339,28
RM C	144.368,29
RM D	155.566,37
RM E	68.478,23
RM F	96.368,44
RM G	138.027,10
RM H	151.753,16
VT	36.290,64
RI	41.818,85
LT	164.938,35
FR	193.560,26
TOTALE	1.562.249,16

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	IMPLEMENTAZIONE DELLA RETE NAZIONALE DEI CENTRI TERRITORIALI PER LA PREVENZIONE PRIMARIA E LA DIAGNOSI PRECOCE DEI TUMORI DELL'APPARATO GENITALE MASCHILE
TITOLO DEL PROGETTO	Interventi per la gestione del tumore alla prostata
DURATA DEL PROGETTO	2013
REFERENTE	Dr.ssa Amalia Vitagliano

**ASPETTI
FINANZIARI**

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	Euro 1.562.249,16
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2013	100%
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	Nel contesto nazionale il tumore alla prostata risulta essere il tumore più frequente tra gli uomini (20% di tutti i tumori diagnosticati). La proporzione tra i casi prevalenti è più che raddoppiata rispetto agli anni '90, dal 3% al 10%. Si stima che nel 2013 ci siano stati 36.000 nuovi casi diagnosticati. Grazie alla diagnosi precoce e al miglioramento dei trattamenti oncologici la sopravvivenza a 5 anni è aumentata nel tempo (dal 66% al 88%) e si registra una diminuzione della mortalità. Nel Lazio si registrano circa 5000 nuovi casi e 800 decessi all'anno. Negli ultimi vent'anni è cresciuto il numero di nuovi casi di tumore alla prostata scoperti ogni anno, probabilmente anche a causa della diffusione del dosaggio del PSA (antigene prostatico specifico). Lo conferma il fatto che l'incremento è maggiore nel nord Italia, dove lo screening è più diffuso. Se questa procedura servisse davvero a cogliere i tumori in fase più precoce, quando sono ancora curabili, la curva della mortalità sarebbe in
----------	--

	netta discesa. Il calo del 13 per cento registrato in Italia dal 1994 al 2002 è invece spiegabile anche solo con il miglioramento delle terapie. Non vi è dubbio che l'eziologia del tumore alla prostata sia multifattoriale. I fattori di rischio meglio documentati sono l'età (oltre i 50 anni l'incidenza aumenta esponenzialmente), l'etnia (l'incidenza è più alta tra gli afro-americani) e la familiarità (rischio proporzionale al grado di parentela, alla precocità della malattia e al numero di parenti affetti). Inoltre una dieta ricca di grassi, soprattutto di origine animale può aumentare il rischio di ammalarsi di tale patologia, così come la presenza di ormoni androgeni liberamente circolanti nel sangue e nel tessuto prostatico. Al momento non è possibile ridurre l'incidenza del carcinoma della prostata attraverso una prevenzione primaria efficace e neppure i risultati di trials sull'uso di sostanze chemiopreventive hanno dato risultati inequivocabili. Pertanto la diagnosi precoce rappresenta, assieme alla terapia lo strumento per incidere sulla storia naturale della malattia. Poiché una caratteristica della neoplasia prostatica è quella di produrre in maniera esagerata una sostanza chiamata PSA facilmente dosabile attraverso un prelievo del sangue, tale test è utilizzato come test di screening. Recentemente, due studi randomizzati condotti in Europa (ERSPC) e negli USA (PLCO) hanno prodotto i primi dati sull'uso del PSA come test di screening e il suo impatto sulla mortalità per il cancro alla prostata. In sintesi emerge che a fronte di una riduzione di mortalità (20%) vi è una importante sovra diagnosi (50%) di tumori "latenti", del tutto asintomatici che non sarebbero apparsi nel corso della vita. Questo determina un sovra trattamento dei tumori sovra diagnosticati, dal momento che i tumori latenti non sono distinguibili dagli altri tumori, con pesanti conseguenze sulla qualità della vita dei soggetti trattati.
DESCRIZIONE	Il carcinoma alla prostata rappresenta un problema oncologico e di sanità pubblica importante. L'aumento dell'incidenza è principalmente dovuto ad una maggiore diffusione della pratica di screening opportunistico in assenza di studi che ne abbiano chiaramente dimostrato l'efficacia. La scelta di organizzare programmi di screening di popolazione è sconsigliata per il rapporto che allo stato attuale delle conoscenze esiste tra benefici ed effetti negativi dell'esito del test. Inoltre poiché nella pratica clinica l'uso del test PSA nei singoli individui è comunque diffuso, occorre adottare a livello regionale misure per regolamentarne l'uso spontaneo. Il PSA è un valido presidio utilizzabile in occasione di consultazione medica, per la diagnosi differenziale di carcinoma

	prostatico quando esista un fondato sospetto clinico ma non dovrebbe essere inserito nei protocolli ematologici di routine senza prima aver discusso con il paziente rischi e benefici di tale indagine senza sospetto diagnostico. E' indispensabile quindi favorire alcuni cambiamenti nella gestione corrente, ossia: - Agire sull'appropriatezza prescrittiva del test PSA - diffondere informazioni corrette tra i Medici di Medicina Generale e i cittadini sulle incertezze relative all'utilità del test PSA usato a fini di screening e sugli aspetti clinici, psicologici conseguenti al riscontro di valori alterati del test; - ridurre la variabilità non giustificata di percorsi diagnostici-terapeutici attenendosi alle più recenti linee guida - creare una rete di servizi (MMG, urologi, radioterapisti, oncologi, patologi) per una precoce presa in carico dei soggetti con diagnosi confermata e un appropriato percorso terapeutico. - migliorare la comunicazione tra gli attori coinvolti nel processo assistenziale attraverso la condivisione di strumenti e soluzioni organizzative che migliorino il percorso.
OBIETTIVI	• Individuare misure per monitorare l'uso dei test spontanei • Formulare pacchetti informativi per i professionisti e gli utenti • Adottare protocolli per un'adeguata gestione dei casi con PSA positivo: cut off, frequenza dei test, approfondimenti • Adottare protocolli per una adeguata gestione del trattamento e del non trattamento (watchful waiting, active surveillance)
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	2013
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	- Redazione e diffusione di materiale formativo - Realizzazione di eventi formativi - Monitoraggio prescrizione del test
	• Attuazione di percorsi diagnostici-terapeutici • Realizzazione di corsi di aggiornamento sulla

RISULTATI ATTESI	malattia ed il suo management • Messa a regime di un sistema di monitoraggio epidemiologico basato sui dati dei Sistemi Informativi sanitari correnti (Schede Dimissione Ospedaliera, Sistema Informativo Assistenza Specialistica, Archivio della farmaceutica territoriale)
------------------	--

DESTINATARI DEL FINANZIAMENTO E CRITERI DI RIPARTIZIONE
--

RM A	88.913,55
RM B	247.066,13
RM C	169.230,26
RM D	88.913,46
RM E	88.913,46
RM F	88.913,46
RM G	88.913,46
RM H	88.913,46
VT	88.913,46
RI	88.913,46
LT	250.462,82
FR	184.182,18
TOTALE	1.562.249,16

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	15 - Definizione di modelli di assistenza a bambini e adolescenti affetti da malattie croniche, disturbi del comportamento, dell'apprendimento e del linguaggio, da autismo, da disturbi del deficit da attenzione/iperattività (ADHD) e da psicosi affettive e non affettive dell'infanzia e dell'adolescenza mediante l'organizzazione dei Centri di riferimento a valenza regionale e/o interregionale e la realizzazione di reti assistenziali
TITOLO DEL PROGETTO	Miglioramento dell'accessibilità alla rete assistenziale per soggetti affetti da disturbi neuropsicologici in età evolutiva
DURATA DEL PROGETTO	2013
REFERENTE	Dott. Valentino Mantini Dott.ssa Simonetta Fratini

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 4.165.997,33
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2013	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	Negli ultimi anni la domanda ed i bisogni di salute mentale e riabilitazione in età evolutiva si sono modificati in modo rilevante e più rapido della capacità di adattamento dei servizi dedicati. In particolare, nell'ambito dei disturbi che esordiscono in età evolutiva, si è ridotta la componente di grave disabilità neuromotoria e sensoriale mentre è diventata più evidente la quota di soggetti affetti da disturbi specifici o pervasivi dello sviluppo. Pertanto, sempre più soggetti in età evolutiva con tali disturbi neuropsicologici si rivolgono ai servizi territoriali di <i>Tutela della salute mentale e riabilitazione in età evolutiva</i> per effettuare un approfondimento diagnostico, per eseguire un trattamento riabilitativo specifico o per richiedere una certificazione finalizzata all'avvio dell'iter per l'acquisizione dei benefici previsti dalla vigente normativa. Si è evidenziata, altresì, la necessità di predisporre interventi tempestivi e coordinati tra servizi per la salute mentale in età evolutiva e per la salute mentale in età adulta in particolare prevedendo, per la fase di transizione della presa in carico dai servizi per l'infanzia a quelli per gli adulti, strumenti (come scale di valutazione) e procedure condivisi. In particolare è utile un aumento della conoscenza nei servizi per effettuare diagnosi ed intervento per soggetti adulti con autismo lieve e Sindrome di Asperger, con particolare riferimento alla distinzione con forme di psicosi e la prevenzione delle stesse, nonché alla gestione di persone nello Spettro Autistico in setting psichiatrico di emergenza. Inoltre, con riferimento specifico alla presa in carico della persona con disturbo pervasivo dello sviluppo, si rendono sempre più necessarie sia la multiprofessionalità che modalità di intervento in grado di interagire con le dimensioni sociali e combinare gli interventi sanitari con la più ampia inclusione e partecipazione sociale possibile (rete integrata di servizi sanitari-sociali-educativi). In questo modo il Servizio TSMREE si connota come “<i>..interfaccia propria e privilegiata tra gli interventi sanitari e le attività di riabilitazione sociale per l'ottimizzazione degli interventi ed il raggiungimento dei risultati... ”</i>”.
DESCRIZIONE	Le Aziende Sanitarie Locali attraverso i Servizi TSMREE presenti in ogni distretto, provvedono: (a) alla valutazione del bisogno del minore e alla sua presa in carico diretta o indiretta; (b) al coordinamento delle azioni messe in atto da altri servizi sanitari (ospedalieri e strutture territoriali accreditate), dagli Enti Locali e dalle Agenzie educative; (c) alla informazione/formazione/sensibilizzazione alle problematiche inerenti le disabilità più gravi e complesse (es.: autismo), anche in collaborazione con le Associazioni dei familiari.
OBIETTIVI	1) Governo clinico delle azioni riferite alla popolazione in età evolutiva affetta da disturbi dello sviluppo neuropsicologico

	2) Miglioramento dell'appropriatezza degli interventi 3) Miglioramento dei processi di collaborazione e raccordo con gli altri servizi sanitari sanitarie e non, nonché con le Associazioni dei familiari, finalizzati anche all'inclusione sociale. 4) Identificazione di indicatori di ingresso che permettano di prevedere quale dovrà essere il percorso del paziente 5) Identificazione di percorsi integrati di cura per la presa in carico della disabilità
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	2013
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	- Eventi informativi/formativi sulle problematiche dei soggetti in età evolutiva con disturbo dello sviluppo neuropsicologico; - Protocolli d'intesa/Accordi adottati dalle ASL con Enti Locali e/o Istituzioni scolastiche; - Miglioramento della collaborazione con i PLS per l'invio mirato ai servizi specialistici - Numero di percorsi assistenziali integrati sviluppati
RISULTATI ATTESI	Riqualficazione dell'attività assistenziale rivolta ai minori con disturbi dello sviluppo neuropsicologico Miglioramento nella gestione della presa in carico nella fase di passaggio dall'età evolutiva all'età adulta Miglioramento nell'appropriatezza degli invii da parte dei PLS

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.

RM A	332.162,67
RM B	573.512,18
RM C	439.864,35
RM D	415.480,29
RM E	359.017,12
RM F	219.947,06
RM G	322.968,17
RM H	360.738,64
VT	196.109,75
RI	129.924,09
LT	389.068,41
FR	427.203,60
TOTALE	4.165.996,33

SCHEDA N. 16

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)	DCA n. U00480 del 6 Dicembre 2013
LINEA PROGETTUALE	n.16 Risk Management
TITOLO DEL PROGETTO	SICUREZZA E RISCHIO CLINICO
DURATA DEL PROGETTO	2013
REFERENTE	Cristina Matranga

ASPETTI FINANZIARI

IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2013	€ 10.414.991,27
--	------------------------

IL PROGETTO

CONTESTO	Aziende del SSR
DESCRIZIONE	Gli obiettivi collegati al Governo clinico riguardano essenzialmente la promozione dell'appropriatezza in termini di modalità erogate da parte delle strutture sanitarie relativamente ai bisogni di salute e all'utilizzo efficace delle risorse, e la responsabilizzazione dei professionisti sanitari al fine di garantire funzionalità dei servizi e miglioramento della qualità delle prestazioni. Le attività che ne conseguono agiscono sia sul versante organizzativo che su quello culturale, inteso come gestione della conoscenza per l'assunzione di decisioni cliniche al fine di orientarle verso una maggiore efficacia e appropriatezza, facendo leva su un maggior coinvolgimento e responsabilizzazione degli operatori, una corretta gestione della sicurezza del paziente ed una migliore comunicazione e relazione fra professionisti amministratori e cittadini. L'impegno continuo per la Sicurezza dei Pazienti e la gestione del Rischio clinico sono infatti fondamentali vettori per la realizzazione delle politiche di governo clinico e più in generale della qualità nei servizi sanitari. L'analisi critica degli eventi avversi, degli eventi sentinella e dei c.d. <i>near miss</i> ha come naturale conseguenza l'individuazione delle misure correttive volte a prevenire la reiterazione dell'evento.

	L'istituzionalizzazione di un tavolo permanente dei risk manager faciliterà la condivisione delle esperienze ed accentuerà la riflessione critica sui piani di miglioramento proposti dai singoli risk manager La chirurgia, per l'elevata complessità che la contraddistingue, è uno dei contesti ambientali nei quali è necessario assicurare elevati livelli di sicurezza. In ambito internazionale viene data sempre più attenzione alle problematiche relative alla sicurezza in sala operatoria, in quanto gli eventi avversi in chirurgia costituiscono una percentuale rilevante sia nel nostro Paese che negli altri paesi europei ed extra-europei. In questo senso, l'impiego delle checklist di sala operatoria è uno degli strumenti introdotti nei diversi sistemi sanitari con l'intento di garantire adeguati livelli di qualità e di sicurezza. Anche in Italia sono state promosse attività per la diffusione dell'uso della checklist di sala operatoria, e nel 2010 il Ministero ha prodotto il Manuale con le 16 Raccomandazioni, corredato da una checklist adattata al contesto del nostro Paese ed è stata condotta una prima indagine (anno 2010) per verificare lo stato di implementazione della checklist. Le Aziende del SSR sono state invitate ad adottare opportune misure per garantire l'uso della check list in Sala Operatoria con il successivo monitoraggio in ordine all'adozione.
OBIETTIVI	1. l'Adozione ed attuazione di un piano annuale per la gestione del rischio clinico, orientato alla sicurezza di pazienti, operatori e ambiente, che comprenda anche la prevenzione ed il controllo delle ICA e contempli ruoli, responsabilità, risorse impiegate, monitoraggio, verifiche e formazione; 2. la partecipazione al flusso di segnalazione eventi avversi/sentinella SIMES previsto dalla normativa nazionale;
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	2013
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	Indicatori di risultato 1. Diminuzione del 15% degli eventi segnalati; 2. Riduzione dei risarcimenti da responsabilità degli operatori sanitari 3. Uso della check list in Sala Operatoria.

RISULTATI ATTESI	Risultati Programmati 1. Il potenziamento degli uffici di risk management all'interno delle Aziende del SSR; 2. L'istituzione di un tavolo permanente dei risk manager delle varie Aziende del SSR per agevolare lo scambio di informazioni e di esperienze ed il coordinamento delle strategie; 3. L'introduzione di nuovi obiettivi da assegnare ai Direttori Generali delle Aziende del SSR per assicurare l'adempimento dei debiti informativi in materia di rischio clinico e diminuire l'ammontare dei risarcimenti legati a casi di responsabilità medica; 4. L'istituzione di un organo tecnico (composto da tre risk manager delle Aziende del SSR, designati annualmente a rotazione, senza maggiori oneri a carico del SSR), a supporto dell'Area Giuridico Normativa, Istituzionale e Interfaccia con l'Avvocatura regionale per la validazione degli eventi avversi da trasmettere al Ministero della Salute Istituito con DCA U0075/2013; 5. L'istituzione di gruppi di lavoro (composti dai risk manager delle Aziende del SSR) per l'adozione di linee guida regionali in materia di implementazione delle raccomandazioni ministeriali al fine di assicurare un'uniforme applicazione delle stesse; 6. L'introduzione di una procedura aziendale e regionale per la valutazione critica degli eventi occorsi finalizzata alla necessaria individuazione di misure idonee a prevenire la reiterazione dell'evento stesso, attraverso la responsabilizzazione dei risk manager 7. Coordinamento regionale delle strategie di gestione del rischio assicurativo; 8. Adozione di linee guida comuni per la istituzione e funzionamento dei Comitati Valutazione Sinistri;
-------------------------	--

DESTINATARI DEL FINANZIAMENTO E CRITERI DI RIPARTIZIONE

La ripartizione per ASL è stata effettuata tenendo conto dei seguenti criteri e pesi.

Il Finanziamento è stato diviso in tre fasce in base ai punti:

prima fascia fino a 18 punti = € 300.000,00

seconda fascia fino a 25 punti = € 430.000,00

terza fascia oltre 25 punti = € 580.000,00

CRITERI	PESO	PUNTI
POSTI LETTO	> 800	3
	< 800	2
	<400	1
DEA	II LIVELLO	3
	I LIVELLO	2
	PS	1
N° ACCESSI	< 30.000	1
	<50.000	4
	>50.000	6
N° PARTI	1000	1
	<2000	2
	>2000	3
SINT	SI	2
	NO	0
ADI	SI	2
	NO	0
ONCOLOGIA	DH/REP	3
	DH	2
	NO	0
N°INTERV.CHIR	<4000	1
	<10000	4
	>10000	6
PLTI	CARDIOch/NEUROch	3

	UTIC/UTN/UTIN	2
	RIANIMAZIONE	1
TRAPIANTI	ORGANO	3
	TESSUTO	2
	ESPIANTO	1

RM A	300.000,00
RM B	580.000,00
RM C	580.000,00
RM D	430.000,00
RM E	430.000,00
RM F	300.000,00
RM G	580.000,00
RM H	580.000,00
VT	580.000,00
RI	430.000,00
LT	580.000,00
FR	580.000,00
A.O. San Camillo Forlanini	580.000,00
A.O. S. Giovanni	580.000,00
A.O. S. Filippo Neri	430.000,00
Policlinico Umberto I	580.000,00
I.F.O.	300.000,00
INMI (Spallanzani)	300.000,00
A.O. S. Andrea	430.000,00
Policlinico Tor Vergata	430.000,00
Ares 118	225.127,01
G.S.A.	609.864,26
TOTALE	10.414.991,27

SCHEDA N. 17

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	17 – Implementazione del “Codice etico” nella Aziende Sanitarie
TITOLO DEL PROGETTO	Miglioramento del rapporto con i cittadini attraverso la promozione e condivisione di comportamenti etici all’interno delle Aziende Sanitarie
DURATA DEL PROGETTO	2013
REFERENTE	Dott.ssa Marinella D’Innocenzo – Dirigente Area Formazione

ASPETTI FINANZIARI

IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2013	€1.044.962,37
--	----------------------

IL PROGETTO

CONTESTO	La relazione con il cittadino/utente deve essere in misura sempre crescente parte integrante dell'offerta di salute che ogni singola Azienda rivolge alla sua utenza. È fondamentale quindi identificare, promuovere e diffondere "Principi etici" presenti negli operatori che operano nei diversi settori della sanità e trasformarli in "valori condivisi" della struttura. È necessaria quindi la creazione di una sempre maggiore connessione tra i valori e principi etici individuati e le competenze professionali osservabili nella struttura sanitaria. La redazione e l'attuazione di un codice etico come "Patto" tra cittadini e operatori devono essere garanzia di accedere a prestazioni che si basino su un'etica condivisa, trasformando le competenze acquisite in comportamenti concreti e osservabili nelle diverse attività delle Aziende, sottoscritti dagli operatori e comunicati ai cittadini.
DESCRIZIONE	La promozione e condivisione di comportamenti etici all'interno delle Aziende Sanitarie deve riguardare un forte investimento nella valorizzazione delle competenze professionali individuali con un riconoscimento del "curriculum" come strumento di valutazione e riconoscimento professionale. Allo stesso modo le linee strategiche di indirizzo aziendale devono volgere verso una piena collaborazione dei diversi contesti professionali ed una sempre maggiore apertura verso il coinvolgimento dei cittadini come partner strategici. Queste linee di indirizzo verranno valutate in particolare nelle diverse fasi di organizzazione del lavoro nella relazione con i cittadini ed nello specifico nella: - Modalità di accoglienza dei cittadini nelle strutture aziendali; - Erogazione delle prestazioni; - Gestione e trattamento del corpo; - Aspetti relativi all'alimentazione; - Modalità di relazione con i familiari.
OBIETTIVI	1. Costituzione gruppi di lavoro aziendali per l'individuazione e la soluzione delle principali criticità all'interno dell'organizzazione del lavoro; 2. Formazione del personale nell'ambito dell'umanizzazione delle cure; 3. Miglioramento dell'accoglienza dei cittadini; 4. Miglioramento della qualità percepita relativamente all'alimentazione; 5. Definizione di un codice etico da parte dell'Azienda o struttura sanitaria, sia nei rapporti verso l'utenza, sia nelle relazioni interpersonali fra operatori, con l'obiettivo della redazione e pubblicizzazione verso i cittadini della "Carta Etica".

TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	2013
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	- Provvedimento di costituzione gruppi di lavoro aziendali per la soluzione delle principali criticità all'interno dell'organizzazione del lavoro; - Realizzazione corsi di formazione operatori nell'ambito dell'umanizzazione delle cure; - Realizzazione progetti di miglioramento accoglienza cittadini; - Adozione di strumenti di comunicazione per la rendicontazione – come ad es. il “Bilancio Sociale” - delle diverse azioni implementate dall'azienda relativamente agli obiettivi di questa linea progettuale (risultati conseguiti in relazione a quelli dichiarati) e diffusione a tutti i portatori d'interesse pubblici e privati; - Redazione e pubblicizzazione della “Carta Etica” come strumento di divulgazione dei principi etici e delle regole professionali condivise.
RISULTATI ATTESI	Promozione di comportamenti etici all'interno delle Aziende attraverso la crescita di una cultura diffusa del personale e l'adozione di comportamenti conseguenti nei confronti dei cittadini anche attraverso l'adozione di strumenti di comunicazione dedicati.

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.

RM A	56.032,31
RM B	203.666,54
RM C	118.017,09
RM D	105.243,27
RM E	49.513,54
RM F	57.050,93
RM G	79.943,02
RM H	82.077,13
VT	15.370,67
RI	33.431,08
LT	100.869,01
FR	143.747,78
TOTALE	1.044.962,37

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

SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI

SCHEDA 18

GENERALITÀ

REGIONE PROPONENTE	<i>Regione Lazio</i>
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	DGR 577 del 17.12.2010 DGR 613 del 29.12.2010 DCA n.U00224 del 31.05.2013
LINEA PROGETTUALE	Piano Nazionale della Prevenzione
TITOLO DEL PROGETTO	Piano regionale della Prevenzione – proroga anno 2013
DURATA DEL PROGETTO	
REFERENTE	Dott.ssa Vitagliano

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	Euro 24.995.978,20
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2013	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	La Regione Lazio ha approvato con DGR 577 del 17.12.2010 e DGR 613 del 29.12.2010 il Piano Regionale della Prevenzione 2010 -12 (PRP). Il Piano Regionale della Prevenzione 2010 – 2012 della Regione Lazio è stato elaborato in base alle indicazioni programmatiche del Piano Nazionale della Prevenzione 2010 – 2012 (Intesa del 29 aprile 2010 in sede di Conferenza Stato-Regioni), che prevede quattro macro aree di intervento: la medicina predittiva, i programmi di prevenzione collettiva, i programmi di prevenzione rivolti a gruppi di popolazione a rischio e i programmi volti a prevenire complicanze e recidive di malattia. Ciascuna macro area include una serie di linee progettuali. Il Piano Regionale della Prevenzione 2010 – 2012 (PRP) della Regione Lazio, si articola in n. 22 linee di intervento. Con riferimento all’anno 2013, tenuto conto delle indicazioni delle competenti sedi istituzionali (Ministero della Salute, CIP, Conferenza Stato-Regioni), il PRP sarà oggetto di apposita proroga. Pertanto, nel quadro della Linea progettuale 13. Piano Nazionale della Prevenzione, la Regione Lazio intende procedere alla riprogrammazione del Piano Regionale della Prevenzione, proroga anno 2013. In particolare, in considerazione dei risultati conseguiti nel periodo 2010-2012 e delle indicazioni in sede di Conferenza Stato-Regioni, la rimodulazione del PRP, proroga anno 2013, terrà conto dei seguenti punti: - Conferma, nel complesso, del Quadro Operativo del PRP 2010 – 2012 e quindi delle n. 22 linee progettuali (tranne alcune eventuali eccezioni); - Aggiornamento dei risultati previsti al 31 dicembre 2013 e dei relativi indicatori; - Sostituzione e/o ridefinizione degli indicatori i cui valori attesi risultino non raggiungibili e riduzione del numero degli indicatori laddove ritenuto
----------	--

	eccessivo.
DESCRIZIONE	Il quadro operativo del PRP proroga anno 2013 terrà conto di n. 21 linee progettuali Prospetto del Quadro Operativo del PRP - Proroga anno 2013 N. progetto Linea di intervento Codice Titolo del programma/progetto 1 Valutazione del rischio individuale di malattia 1.1.1 Malattie metaboliche e screening neonatale allargato 2 Valutazione del rischio individuale di malattia 1.1.2 Implementare la promozione dello screening opportunistico per l'identificazione precoce di intolleranza alimentare al glutine 3 Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito stradale 2.1.1 Comunicazione dei dati delle Sorveglianze e collaborazione con stakeholder esterni al SSR 4 Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito stradale 2.1.2 Promozione della salute verso i neo genitori 5 Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito lavorativo e delle patologie lavoro correlate 2.2.1 È possibile rendere sicure le sostanze pericolose 6 Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito lavorativo e delle patologie lavoro correlate 2.2.2 "Siamo sicuri che si può lavorare sicuri" 7 Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito domestico 2.3.1 Promozione di interventi mirati ad incidere sui rischi infortunistici tra gli anziani e bambini di 0-4 anni 8 Prevenzione delle malattie suscettibili di vaccinazione 2.4.1 Implementazione delle anagrafi vaccinali aziendali 9 Prevenzione delle malattie suscettibili di vaccinazione 2.4.2 Progetto per il miglioramento delle coperture vaccinali con particolare riferimento alla prevenzione del morbillo, della rosolia e delle meningiti batteriche nella Regione Lazio 10 progetto 10_2.6.1: CONCLUSO 11 Prevenzione e sorveglianza do abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate 2.9.1 Comunicazione integrata dei dati PASSI e delle altre sorveglianze di popolazione a sostegno degli

	interventi di promozione della salute e dell'empowerment dei cittadini 12 Prevenzione e sorveglianza do abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate 2.9.2 Formazione nelle scuole e verso i neo genitori 13 Prevenzione e sorveglianza do abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate 2.9.3 Promozione del rispetto del divieto di assunzione di bevande alcoliche sul lavoro 14 Prevenzione e sorveglianza do abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate 2.9.4 Promozione all'interno di aziende pubbliche e private di modelli d'intervento atti ad eliminare l'esposizione al fumo passivo e favorire la disassuefazione dell'abitudine al fumo 15 Prevenzione e sorveglianza 2.9.5 Prevenzione dell'iniziazione al consumo di tabacco comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate e sostanze 16 Tumori e screening 3.1.1 Consolidamento e qualificazione dei programmi di screening organizzati 17 Tumori e screening 3.1.2 Innovazione tecnologica PS su mammella, cervice uterina e colon-retto 18 Malattie cardiovascolari 3.2.1 Promozione degli strumenti per la valutazione e riduzione del rischio cardiovascolare individuale 19 Diabete 3.3.1 Promozione delle misure di prevenzione individuale delle complicanze 20 Malattie osteoarticolari 3.5.1 Prevenzione della progressione dell'artrite reumatoide mediante diagnosi e terapia nelle fasi precoci di malattia 21 Disturbi psichiatrici 3.7.1 Prevenzione della popolazione a rischio 22 Prevenzione e sorveglianza della disabilità e della non autosufficienza 4.2.1 Monitoraggio della copertura e della qualità percepita degli interventi sociosanitari nella popolazione degli anziani Ciascuna linea progettuale del PRP anno 2013 formerà oggetto di attenzione da parte della Regione ai fini della implementazione e attuazione nel territorio regionale.
OBIETTIVI	Agevolare e porre in essere gli interventi necessari a favorire il raggiungimento degli obiettivi qualitativi e quantitativi previsti nel Piano Regionale della Prevenzione 2010 – 2012 (PRP) proroga anno 2013.

Linea progettuale 18

TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	
RISULTATI ATTESI	Ottimizzazione del livello di raggiungimento dei risultati attesi del PRP.

RM A	2.190.721,92
RM B	2.991.868,91
RM C	2.447.366,37
RM D	2.413.483,82
RM E	2.248.017,35
RM F	1.317.299,67
RM G	2.129.630,53
RM H	2.143.430,98
VT	1.487.110,36
RI	850.230,19
LT	2.296.507,34
FR	2.480.310,76
TOTALE	24.995.978,20

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

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	<i>Regione Lazio</i>
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	19) superamento OPG e salute mentale
TITOLO DEL PROGETTO	“Identificazione e intervento precoce dei disturbi psichici gravi in fase di esordio e programmi integrati”
DURATA DEL PROGETTO	annuale
REFERENTE	Simonetta Fratini

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 8.331.992,35
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2013	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	I disturbi nella sfera della salute mentale dell’infanzia e dell’adolescenza costituiscono un fenomeno complesso e di dimensioni rilevanti. Inoltre esiste una rilevante probabilità di incorrere in un comportamento penalmente rilevante da parte di adolescenti che soffrono di disturbi mentali e che abusano di sostanze tra i giovani che entrano nel circuito penale. In particolare l’area degli esordi – intervento precoce si colloca tra le aree di intervento fondamentali previste dal Piano di azioni nazionale per la salute mentale. “Vi è l’esigenza di una migliore e più funzionale organizzazione dell’integrazione tra i servizi di salute mentale dell’età evolutiva e dell’età adulta, specie riguardo ai disturbi psichici adolescenziali e giovanili (fascia d’età 15-21 anni), con l’elaborazione di progetti sperimentali che prevedano la creazione di équipe integrate dedicate alla prevenzione e all’intervento precoce nei disturbi gravi ed emergenti” (Piano di Azioni Nazionale per la salute mentale (2012).
----------	---

	Le evidenze scientifiche presenti nella più recente letteratura sottolineano che l'incidenza dei disturbi mentali è più alta nella fascia di età suddetta; paradossalmente questa specifica popolazione è la meno seguita dai Dipartimenti di salute mentale in una fase della nostra società che vede pericolosamente aumentare il disagio giovanile, l'emarginazione sociale, l'abuso di sostanze, la dispersione scolastica e la comparsa di franchi disturbi mentali. Una vastissima letteratura scientifica e l'esperienza clinica di molti Servizi dimostrano che un intervento tempestivo ed appropriato possono realmente modificare la storia clinica dei giovani pazienti, portando ad un sensibile miglioramento non solo della stabilizzazione del quadro clinico ma specialmente del funzionamento sociale e della qualità della vita. Si tratta di rispondere all'evoluzione della domanda assistenziale collegata ai bisogni di salute mentale emergenti nella popolazione e di definire metodologie e strumenti terapeutici e riabilitativi che configurano un approccio integrato a livello clinico e organizzativo tra i diversi servizi coinvolti (DSM, TSMREE; SERT, ecc.). L'organizzazione del lavoro dei servizi interessati si deve fondare sul principio del governo clinico in base alla quale le organizzazioni sanitarie devono impegnarsi per il miglioramento continuo della qualità dei servizi e per il raggiungimento di standard assistenziali elevati.
DESCRIZIONE	L'esordio dei disturbi psicotici avviene per lo più durante l'adolescenza o nel periodo di transizione all'età adulta (17-35 anni), con importanti effetti negativi sul processo di maturazione personale e professionale dell'individuo. L'effetto devastante su tutto il sistema familiare e sociale determinato dall'emersione della patologia richiede un intervento tempestivo che in un'ottica preventiva impedisca il cronicizzarsi della patologia. La creazione a livello regionale di una <i>“Rete integrata dedicata alla prevenzione e all'intervento precoce nei disturbi gravi ed emergenti in età 18-21 anni”</i>, permetterà di svolgere quel lavoro integrato tra i diversi servizi coinvolti – primo fra tutti il DSM – ma anche i TSMREE, i SERT, Consultori, Ares 118, ecc., che garantisce una presa in carico precoce e integrata. In questa età infatti l'esordio psicotico può assumere diverse “funzioni” per le quali è fondamentale una presa in carico specifica che da una parte mantenga il giovane adulto in una dimensione il più possibile lontana dallo stigma, dall'altra che attivi specifici e fondati interventi sul giovane stesso. In questa ottica si dovrebbe arrivare a creare in ogni ASL una equipe specializzata di intervento sugli esordi che svolga anche una funzione di prevenzione con le agenzie del territorio e gli altri settori della sanità, consentendo un miglioramento della salute dei giovani e un inutile dispendio di risorse economiche.
OBIETTIVI	○ Intervento tempestivo e integrato nei disturbi psichici gravi all'esordio e nelle acuzie psichiatriche nell'età 18-24 anni ○ Integrazione e coordinamento con altre aree di intervento (TSMREE, SERT, ecc.) per un intervento appropriato ○ Convergenza di interventi nello stesso nucleo familiare sul minore e su un genitore con disturbi psicopatologici e/o psichiatrici

	○ Definizione dei percorsi di presa in carico per la transizione tra i servizi dell'adolescenza e dell'età adulta
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	12 mesi
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	• Stesura accordi e/o protocollo d'intesa tra Servizi DSM-TSMREE • Numero eventi formativi destinati agli operatori dei servizi di salute mentale • Numero utenti valutati attraverso l'uso di strumenti standardizzati (almeno l'80% dei presi in carico) • Definizione di almeno un percorso assistenziale integrato per la presa in carico del paziente
RISULTATI ATTESI	• Miglioramento del valore degli indicatori di benessere per la fascia presa in esame • Miglioramento dell'appropriatezza delle attività svolte e delle prestazioni erogate verificabile con la raccolta campionaria di dati e l'utilizzo di indicatori specifici da utilizzare periodicamente; • Miglioramento della qualità tecnico-professionale delle prestazioni erogate, grazie all'utilizzo di strumenti operativi adeguati (linee guida, protocolli, standard, etc.) • Incremento dell'attività di formazione specifica; • Miglioramento della qualità dei servizi erogati incentrati su percorsi terapeutici che garantiscano la tempestività degli interventi, la continuità e l'intensità assistenziale, l'appropriatezza e la qualità delle prestazioni, la verifica dei risultati;

La ripartizione per ASL è stata effettuata tenendo conto della popolazione residente classe di età 18 – 24 anni nell'anno 2012

RM A	589.088,30
RM B	1.114.390,87
RM C	691.201,53
RM D	727.534,39
RM E	627.806,56
RM F	469.994,68
RM G	777.894,03
RM H	822.996,56
VT	427.102,54
RI	239.777,46
LT	927.067,46
FR	917.137,97
TOTALE	8.331.992,35

SCHEDA N. 20

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

GENERALITÀ

REGIONE PROPONENTE	<i>Regione Lazio</i>
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	Sicurezza nei luoghi di lavoro
TITOLO DEL PROGETTO	Miglioramento delle conoscenze e delle capacità di intervento per la prevenzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali
DURATA DEL PROGETTO	Annuale
REFERENTE	Maurizio Di Giorgio

ASPETTI FINANZIARI

IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2013	€ 2.082.997,53
--	----------------

IL PROGETTO

CONTESTO	L'andamento degli indici infortunistici e delle malattie professionali, raffrontato anche con l'attuale crisi economica e del mercato del lavoro, pur se in calo negli ultimi anni, rappresenta comunque un fenomeno rilevante sia per quanto attiene la salute dei lavoratori, sia per i conseguenti costi economici, sociali e assicurativi. Tale scenario impone una sempre maggiore attenzione rispetto: - al miglioramento delle conoscenze dei fenomeni di salute legati all'attività lavorativa, attraverso l'utilizzo delle informazioni delle fonti correnti ufficiali disponibili per una compiuta ed efficace programmazione e valutazione dell'attività - miglioramento delle attività di prevenzione, definendo interventi prioritariamente rivolti ai comparti a maggior rischio. Pertanto si ritiene necessario potenziare i seguenti aspetti fondamentali per un corretto approccio a tale problema di salute: a) implementare l'analisi statistica e la sorveglianza epidemiologica degli infortuni e malattie professionali b) migliorare l'efficacia degli interventi sul territorio definendo e realizzando piani di prevenzione e interventi di vigilanza, in coerenza con quanto definito a livello nazionale
----------	--

DESCRIZIONE	Il progetto si propone di migliorare, implementandole, le attività già in essere o in fase di avvio, dei centri di riferimento regionale e delle strutture delle AUSL operanti sul territorio Saranno coinvolte nelle attività progettuali: Il Centro Regionale Amianto (CRA) che opera presso la AUL di Viterbo, è la struttura tecnico scientifica di riferimento regionale, e svolge l'attività di supporto, anche analitico, alle strutture centrali e territoriali Il Centro Operativo Regionale (COR), che opera presso il Dipartimento di epidemiologia della AUSL RME e gestisce il Registro regionale dei mesoteliomi maligni I Servizi Presal delle 12 AUSL della Regione Lazio, che operano all'interno dei Dipartimenti di Prevenzione Si definiranno con le varie strutture interessate le metodologie, gli strumenti di intervento e si programmeranno le attività da realizzare. Sarà assicurato il monitoraggio delle attività e, i risultati delle stesse saranno oggetto di diffusione ai soggetti che si occupano della tematica.
OBIETTIVI	1) Implementare le attività di utilizzo dei flussi informativi INAIL-Regioni-AUSL, dei flussi legati ai sistemi di sorveglianza INFORMO e MAL.PROF. 2) Monitorare la presenza e le attività di bonifica dei materiali contenenti amianto attraverso il potenziamento della mappatura regionale e la gestione delle notifiche ex art. 9 L.257/92 3) Implementare le attività di sorveglianza epidemiologica del COR attraverso la raccolta sistematica dei casi di mesotelioma maligno e il record linkage delle informazioni provenienti da varie fonti informative e la redazione di un rapporto epidemiologico di stima dei rischi 4) Attuare piani di vigilanza mirata nei comparti edilizia ed agricoltura 5) Attuare programmi di promozione della salute nei riguardi di lavoratori e aziende del territorio
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	Annuale
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	1) report aziendale contenente i risultati dell'utilizzo dei sistemi informativi 2) n. di siti mappati 3) report epidemiologico di stima dei rischi sul territorio regionale 4) n. aziende del territorio oggetto delle attività di vigilanza mirata 5) n. di aziende oggetto delle attività di promozione della salute
RISULTATI ATTESI	1) report aziendale 2) incremento % del n. dei siti mappati 3) report contenente i dati regionali oggetto della sorveglianza epidemiologica su esposti ed ex esposti ad amianto 4) n. aziende = / > a quanto definito dalla programmazione regionale 5) n. aziende = / > a quanto definito dalla programmazione regionale

DESTINATARI DEL FINANZIAMENTO E CRITERI DI RIPARTIZIONE

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

RM A	132.812,86
RM B	132.812,82
RM C	132.812,82
RM D	132.812,82
RM E	332.811,87
RM F	132.812,82
RM G	132.812,82
RM H	132.812,82
VT	422.057,42
RI	132.812,82
LT	132.812,82
FR	132.812,82
TOTALE	2.082.997,53

PROSPETTO RIEPILOGATIVO RIPARTO FONDO ANNO 2013 - ALLEGATO 2 - SCHEDA 1

AZIENDE/LINEE PROGETTUALI	Interventi per il riassetto organizzativo e strutturale della rete dei servizi di assistenza ospedaliera e territoriale - Farmacia dei servizi	Modelli avanzati di gestione delle malattie croniche	Implementazione del Piano di indirizzo per la riabilitazione di cui all'Accordo stato Regioni del 10 febbraio 2011	Assistenza ai pazienti in condizioni di Stato Vegetativo e Stato Minima Coscienza nella fase degli esiti (di cui all'accordo Stato regioni del 5 maggio 2011)	Assistenza agli anziani in condizioni di fragilità e di non autosufficienza	Contrasto alle disuguaglianze in sanità
Linea progettuale	1	2	3	4	5	6
RM A	2.215.222,97	1.806.492,13	56.052,62	279.521,03	424.308,18	613.483,10
RM B	3.103.044,01	2.537.455,78	204.103,81	506.480,04	706.930,83	428.338,51
RM C	2.643.799,97	2.158.287,95	105.385,68	369.447,19	557.265,80	313.531,26
RM D	2.540.657,99	2.071.913,84	110.395,39	357.601,35	508.251,92	293.704,49
RM E	2.479.219,52	2.011.534,64	86.208,62	301.250,81	462.299,43	562.883,28
RM F	1.345.640,28	1.089.690,49	63.809,29	184.693,08	274.306,00	156.006,25
RM G	2.075.930,42	1.688.722,36	124.670,69	284.513,89	418.411,04	234.108,40
RM H	2.271.724,33	1.848.582,65	101.505,23	307.708,29	453.728,86	445.075,41
VT	1.442.840,33	1.161.121,19	22.755,85	158.115,90	236.422,94	375.532,29
RI	805.172,66	645.124,55	33.021,93	104.866,66	162.124,11	92.048,17
LT	2.364.754,28	1.927.837,56	149.009,10	334.573,47	485.241,45	245.942,93
FR	2.297.751,87	1.883.219,39	201.564,65	375.088,62	518.204,55	290.161,89
A.O. San Camillo Forlanini	-	-	206.128,74	1.122.885,06	-	-
A.O. S. Giovanni	-	-	206.128,74	-	-	-
A.O. S. Filippo Neri	-	-	206.128,74	-	-	-
Policlinico Umberto I	-	-	206.128,74	-	-	-
I.F.O.	-	-	-	-	-	-
INMI (Spallanzani)	-	-	-	-	-	-
A.O. S. Andrea	-	-	-	-	-	-
Policlinico Tor Vergata	-	-	-	-	-	-
Ares 118	451.719,01	-	-	-	-	-
G.S.A.	-	-	-	-	-	635.930,46
TOTALE	26.037.477,64	20.829.982,53	2.082.997,82	4.686.745,39	5.207.495,11	4.686.746,44

PROSPETTO RIEPILOGATIVO RIPARTO FONDO ANNO 2013 - ALLEGATO 2 - SCHEDA 2

AZIENDE/LINEE PROGETTUALI	Cure Palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa	Sviluppo dei processi di umanizzazione all'interno dei percorsi assistenziali	Interventi per l'implementazione della Rete per le malattie rare e per la promozione della rete nazionale dei tumori rari	Tutela della maternità – percorso nascita – partoanalgesia	Tutela della fertilità e della funzione ormonale nelle giovani donne affette da neoplasia o malattie croniche degenerative mediante l'istituzione di biobanche del tessuto ovarico e cellule germinali	Implementazione dei percorsi diagnostico-assistenziali e di supporto per migliorare la vita delle donne affette da malattie croniche invalidanti della sfera uro-genitale (endometriosi infiltrante, vulvodinia, cistite interstiziale)	Implementazione della rete nazionale dei centri territoriali per la prevenzione primaria e la diagnosi precoce delle infezioni da HPV
Linea progettuale	7	8	9	10	11	12	13
RM A	795.073,40	181.064,48	44.924,69	124.417,96	-	61.805,29	106.740,19
RM B	1.322.677,69	422.414,03	62.044,48	303.945,85	-	206.463,04	264.339,28
RM C	984.238,59	288.766,21	88.431,73	188.403,30	-	115.029,69	144.368,29
RM D	944.182,15	264.382,13	85.433,04	185.662,66	-	109.065,33	155.566,37
RM E	828.239,83	207.918,96	47.939,46	117.642,76	-	47.620,79	68.478,23
RM F	469.757,61	68.848,88	60.481,90	96.938,60	-	67.477,16	96.368,44
RM G	645.489,14	254.108,45	80.970,93	149.970,64	-	88.738,89	138.027,10
RM H	704.231,05	259.640,48	89.951,34	259.616,16	-	67.087,18	151.753,16
VT	380.761,41	45.011,57	42.802,52	159.696,38	-	24.773,49	36.290,64
RI	190.098,99	100.075,81	34.666,52	49.176,16	-	13.545,33	41.818,85
LT	805.620,85	237.970,24	71.205,35	282.933,07	-	94.238,65	164.938,35
FR	885.991,26	376.105,43	62.295,73	231.869,50	-	143.465,79	193.560,26
A.O. San Camillo Forlanini	156.000,00	-	604.400,49	500.593,08	-	-	-
A.O. S. Giovanni	156.000,00	-	-	124.789,44	-	-	-
A.O. S. Filippo Neri	156.000,00	-	-	57.371,33	-	-	-
Policlinico Umberto I	231.890,81	-	2.243.366,70	291.470,39	-	206.129,01	-
I.F.O.	156.000,00	-	2.020.798,61	-	4.165.996,72	-	-
INMI (Spallanzani)	156.000,00	1.459.690,05	-	-	-	-	-
A.O. S. Andrea	156.000,00	-	-	-	-	231.896,36	-
Policlinico Tor Vergata	231.890,80	-	88.531,33	-	-	84.913,19	-
Ares 118	-	-	-	-	-	-	-
G.S.A.	58.847,70	-	-	-	-	-	-
TOTALE	10.414.991,28	4.165.996,72	5.728.244,82	3.124.497,28	4.165.996,72	1.562.249,19	1.562.249,16

PROSPETTO RIEPILOGATIVO RIPARTO FONDO ANNO 2013 - ALLEGATO 2 - SCHEDA 3

AZIENDE/LINEE PROGETTUALI	Implementazione della rete nazionale dei centri territoriali per la prevenzione primaria e la diagnosi precoce dei tumori dell'apparato genitale maschile	Definizione dei modelli di assistenza ai bambini e adolescenti affetti da patologie croniche, disturbi del comportamento, dell'apprendimento e del linguaggio, da autismo, l'organizzazione di Centri di riferimento a valenza regionale e /o interregionale e la realizzazione di reti assistenziali	Sviluppo degli strumenti del governo clinico e della valutazione della qualità e della sicurezza delle prestazioni – Risk Management	Implementazione del codice etico nelle Aziende Sanitarie	Piano nazionale prevenzione	Superamento OPG e salute mentale	Sicurezza nei luoghi di lavoro	Totale Linee progettuali per Azienda
Linea progettuale	14	15	16	17	18	19	20	
RM A	88.913,55	332.162,67	300.000,00	56.032,31	2.190.721,92	589.088,30	132.812,86	10.398.837,65
RM B	247.066,13	573.512,18	580.000,00	203.666,54	2.991.868,91	1.114.390,87	132.812,82	15.911.554,80
RM C	169.230,26	439.864,35	580.000,00	118.017,09	2.447.366,37	691.201,53	132.812,82	12.535.448,08
RM D	88.913,46	415.480,29	430.000,00	105.243,27	2.413.483,82	727.534,39	132.812,82	11.940.284,71
RM E	88.913,46	359.017,12	430.000,00	49.513,54	2.248.017,35	627.806,56	332.811,87	11.357.316,23
RM F	88.913,46	219.947,06	300.000,00	57.050,93	1.317.299,67	469.994,68	132.812,82	6.560.036,60
RM G	88.913,46	322.968,17	580.000,00	79.943,02	2.129.630,53	777.894,03	132.812,82	10.295.823,98
RM H	88.913,46	360.738,64	580.000,00	82.077,13	2.143.430,98	822.996,56	132.812,82	11.171.573,73
VT	88.913,46	196.109,75	580.000,00	15.370,67	1.487.110,36	427.102,54	422.057,42	7.302.788,71
RI	88.913,46	129.924,09	430.000,00	33.431,08	850.230,19	239.777,46	132.812,82	4.176.828,84
LT	250.462,82	389.068,41	580.000,00	100.869,01	2.296.507,34	927.067,46	132.812,82	11.841.053,16
FR	184.182,18	427.203,60	580.000,00	143.747,78	2.480.310,76	917.137,97	132.812,82	12.324.674,05
A.O. San Camillo Forlanini	-	-	580.000,00	-	-	-	-	3.170.007,37
A.O. S. Giovanni	-	-	580.000,00	-	-	-	-	1.066.918,18
A.O. S. Filippo Neri	-	-	430.000,00	-	-	-	-	849.500,07
Policlinico Umberto I	-	-	580.000,00	-	-	-	-	3.758.985,65
I.F.O.	-	-	300.000,00	-	-	-	-	6.642.795,33
INMI (Spallanzani)	-	-	300.000,00	-	-	-	-	1.915.690,05
A.O. S. Andrea	-	-	430.000,00	-	-	-	-	817.896,36
Policlinico Tor Vergata	-	-	430.000,00	-	-	-	-	835.335,32
Ares 118	-	-	225.127,01	-	-	-	-	676.846,02
G.S.A.	-	-	609.864,26	-	-	-	-	1.304.642,42
TOTALE	1.562.249,16	4.165.996,33	10.414.991,27	1.044.962,37	24.995.978,20	8.331.992,35	2.082.997,53	146.854.837,31