Oggetto: Recepimento dell'Accordo del 1° agosto 2018 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministro della salute sulle linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate, ai sensi dell'articolo 1, comma 34 e 34-*bis* della legge 23 dicembre 1996, n. 662, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2018. Ripartizione della quota del fondo vincolato per l'anno 2018 e rendicontazione dell'esercizio 2017.

IL COMMISSARIO AD ACTA

VISTI, per quanto riguarda i poteri:

- lo Statuto della Regione Lazio;
- la Legge Costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3;
- la Legge Regionale 18 febbraio 2002, n. 6 e smi;
- il Regolamento Regionale n. 1 del 6 settembre 2002, concernente l'organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta Regionale e smi;
- la DGR n. 523 del 11 novembre 2011 avente ad oggetto: *"Adozione del regolamento regionale concernente: «Modifiche al regolamento regionale 6 settembre 2002, n. 1 (Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale)» e successive modifiche"*;
- la Deliberazione del Consiglio dei ministri del 10 aprile 2018 con la quale è stato conferito al Presidente pro-tempore della Giunta della Regione Lazio, dott. Nicola Zingaretti, l'incarico di Commissario *ad acta* per l'attuazione del vigente piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Lazio, secondo i Programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009. n. 191 e smi;
- la DGR n. 203 del 24 aprile 2018 concernente: *"Modifica al Regolamento regionale 6 settembre 2002, n. 1. Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale e successive modificazioni"* che ha istituito la Direzione regionale Salute e integrazione sociosanitaria;
- la DGR n. 271 del 5 giugno 2018 di conferimento di incarico al dott. Renato Botti della Direzione regionale Salute e integrazione sociosanitaria ai sensi del Regolamento di organizzazione del 6 settembre 2001 n. 1;
- la Determinazione della Direzione regionale Salute e integrazione sociosanitaria n. G07633 del 13 giugno 2018 di istituzione delle strutture organizzative di base denominate Aree e Uffici della medesima Direzione;
- la Determinazione della Direzione regionale Salute e integrazione sociosanitaria n. G12275 del 2 ottobre 2018 avente ad oggetto: *"Riorganizzazione delle strutture organizzative della Direzione regionale Salute e integrazione sociosanitaria – Recepimento della Direttiva del Segretario Generale del 3 agosto 2018, prot. n. 484710, come modificata dalla Direttiva del 27 settembre 2018, n. 590257"*;

VISTI, per quanto riguarda il piano di rientro:

- la DGR n. 66 del 12 febbraio 2007 concernente: "*Approvazione del piano di rientro per la sottoscrizione dell'Accordo tra Stato e Regione Lazio ai sensi dell'art.1, comma 180, della Legge 311/2004"*;

- la DGR n. 149 del 6 marzo 2007 avente ad oggetto: *"Presa d'atto dell'Accordo Stato Regione Lazio ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge n. 311/2004, sottoscritto il 28 febbraio 2007. Approvazione del piano di rientro"*;
- il nuovo Patto per la Salute sancito dalla Conferenza Stato, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano del 3 dicembre 2009 con il quale, all'art. 13, comma 14, è stato stabilito che, per le Regioni già sottoposte ai Piani di rientro e già commissariate all'entrata in vigore delle norme attuative del medesimo patto, restano fermi l'assetto commissariale previgente per la prosecuzione del Piano di rientro, secondo Programmi Operativi coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal Commissario *ad acta*, nonché le relative azioni di supporto contabile e gestionale;
- il DCA n. 52 del 22 febbraio 2017 recante: *"Adozione del Programma operativo 2016 – 2018 a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi della Regione Lazio nel settore sanitario denominato «Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale» e successive modifiche ed integrazioni"*;

VISTO il D.Lgs 23 giugno 2011, n. 118 e smi avente ad oggetto *"Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42"*, con particolare riferimento agli artt. 29 e 30;

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

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

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

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

VISTO l'accordo, ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281 tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano e gli Enti locali sul

documento *"Linee di indirizzo per l'assistenza alle persone in Stato Vegetativo e Stato di Minima Coscienza"* (Rep. n. 44/CU del 5 maggio 2011);

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

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

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

VISTA l'intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente la proroga del Piano nazionale per la prevenzione per gli anni 2014-2018 e la rimodulazione dei Piani regionali della prevenzione 2014-2018 (Rep. Atti n. 247/CSR del 21 dicembre 2017);

VISTA l'intesa Stato-Regione del 21 dicembre 2017 (rep. Atti 247/CSR) con il quale è stato prorogato il PRP 2014-2018 a tutto l'anno 2019;

VISTO l'accordo, ai sensi dell'art. 4, comma 1 del D.Lgs n. 281/1997 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente il *"Piano Nazionale*

della Prevenzione 2014-2018 – Documento per la valutazione" (Rep. Atti 56/CSR del 25/03/2015);

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

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

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

VISTO l'accordo, ai sensi dell'art. 1, comma 34 e 34-*bis*, della legge 23 dicembre 1996, n. 662 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, sulla proposta del Ministero della salute di linee progettuali per l'utilizzo da parte delle regioni delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2017 (Rep. Atti. n. 181/CSR del 26/10/2017);

VISTA l'intesa ai sensi dell'art. 1, comma 34-*bis*, della legge 23 dicembre 1996, n. 662 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, relativa all'assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate, ai sensi dell'art. 1 comma 34 della legge 23 dicembre 1996, n. 662, alla realizzazione degli obiettivi del piano sanitario nazionale per l'anno 2017 (Rep. Atti. n. 182/CSR del 26/10/2017);

VISTA l'intesa da cui repertorio atti n 149/CSR del 1 agosto 2018 sulla proposta del Ministero della Salute di deliberazione CIPE che, relativamente all'assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate, ai sensi dell'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662 - obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2018 -, prevede un finanziamento per la Regione Lazio pari ad Euro 120.592.363,00;

VISTO l'Accordo da cui repertorio atti n 150/CSR del 1 agosto 2018 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministro della salute sulle linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate, ai sensi dell'articolo 1, comma 34 e 34-*bis*, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2018;

CONSIDERATO che, in virtù dell'attuale assetto organizzativo della Direzione regionale Salute e integrazione sociosanitaria, le linee progettuali da implementare per l'anno 2018 possono essere suddivise tra le Aree come di seguito specificato:

Linee Progettuali Allegato A (Accordo del 1.08.2018)	**Aree/Uffici regionali competenti**
1 Percorso diagnostico terapeutico condiviso	Cure primarie intermedie, Rete ospedaliera e

Linee Progettuali Allegato A (Accordo del 1.08.2018)	Aree/Uffici regionali competenti
e personalizzato per pazienti con multicronicità	specialistica, Servizio Informativo socio sanitario
2 Promozione dell'equità in ambito sanitario	Cure primarie intermedie, Rete ospedaliera e specialistica, Servizio Informativo socio sanitario
3 Costituzione ed implementazione della rete della terapia del dolore e sviluppo delle cure palliative e della terapia del dolore in area pediatrica	Rete ospedaliera e specialistica, Servizio informativo socio sanitario
4 Piano nazionale prevenzione e supporto al Piano nazionale prevenzione	Prevenzione e promozione della salute
5 La Tecnologia sanitaria innovativa come strumento di integrazione ospedale-territorio	Cure primarie intermedie, Rete ospedaliera e specialistica, Servizio informativo socio sanitario

CONSIDERATO che, con provvedimento dirigenziale G13033 del 16 ottobre 2018, si è provveduto ad accertare l'importo di euro 120.592.363,00, per l'esercizio finanziario 2018, sul capitolo di entrata 227104, quale quota del FSN vincolata alla realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale;

CONSIDERATO che, con provvedimento dirigenziale n. G15719 del 5 dicembre 2018, si è provveduto ad impegnare l'importo di euro 120.592.363,00, per l'anno 2018, sul capitolo di spesa H11101, quale quota del FSN vincolata alla realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale, ripartita tra le aziende sanitarie e la GSA, secondo la tabella seguente:

AZIENDA	IMPORTO
ASL Roma 1	18.364.251,91
ASL Roma 2	21.627.348,82
ASL Roma 3	10.076.272,17
ASL Roma 4	5.442.517,55
ASL Roma 5	8.335.783,75
ASL Roma 6	9.515.071,15
ASL Viterbo	5.287.377,14
ASL Rieti	2.603.417,05
ASL Latina	9.554.514,72
ASL Frosinone	8.157.742,72
A.O. San Camillo Forlanini	4.896.281,22
A.O. S. Giovanni	3.154.349,54
Policlinico Umberto I	6.189.559,85
I.F.O.	1.078.901,31
INMI (Spallanzani)	1.017.230,88
A.O. S. Andrea	2.042.944,89
Policlinico Tor Vergata	2.987.551,33
Supporto regionale al PRP 2014-2019 (Programma 9)- Quota Regionale	130.000,00
Supporto regionale al PNP NETWORK (5	131.247,00

AZIENDA	IMPORTO
per 1000) Quota Regionale	
TOTALE	120.592.363,00

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

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

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

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

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

PRESO ATTO delle schede relative a ciascuna linea progettuale, che costituiscono il Piano regionale di utilizzo delle risorse vincolate anno 2018, allegato al presente provvedimento, che ne costituisce parte integrante e sostanziale (**ALLEGATO 1** – Piano regionale di utilizzo risorse vincolate anno 2018);

PRESO ATTO del riepilogo della ripartizione della quota di fondo vincolato per linea progettuale e per Azienda beneficiaria, relativo all'anno 2018, riportato nel prospetto allegato al presente provvedimento, che ne costituisce parte integrante e sostanziale (**ALLEGATO 2** – Prospetto riepilogativo riparto fondo anno 2018);

PRESO ATTO delle relazioni predisposte dalle Aree/Uffici regionali competenti con riferimento alle attività svolte per le linee progettuali previste per gli obiettivi di piano 2017, allegate al presente provvedimento, che ne costituiscono parte integrante e sostanziale (**ALLEGATO 3** – Relazioni 2017);

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

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

DECRETA

- di recepire l'Accordo del 1° agosto 2018 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministro della salute sulle linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate, ai sensi dell'articolo 1, comma 34 e 34 bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2018;

- di approvare il Piano regionale di utilizzo delle risorse vincolate per l'anno 2018, allegato al presente provvedimento, che ne costituisce parte integrante e sostanziale, composto dalle schede relative a ciascuna linea progettuale (**ALLEGATO 1** – Piano regionale di utilizzo delle risorse vincolate per l'anno 2018);

- di approvare il Prospetto riepilogativo del riparto delle risorse indicato in ciascuna scheda, allegato al presente provvedimento, che ne costituisce parte integrante e sostanziale, relativo al dettaglio del riparto fondi per linea progettuale e per azienda beneficiaria (**ALLEGATO 2** – Prospetto riepilogativo riparto fondo anno 2018);

- di approvare le relazioni predisposte dalle Aree regionali competenti con riferimento alle attività svolte per le linee progettuali previste per gli obiettivi di piano 2017, allegate al presente provvedimento, che ne costituiscono parte integrante e sostanziale (**ALLEGATO 3** – Relazioni 2017);

- di stabilire che i soggetti di cui all'**ALLEGATO 2** del presente provvedimento, destinatari della quota di fondo vincolato, trasmettano alle Aree regionali competenti, così come indicate nell'**ALLEGATO 1**, la rendicontazione dei costi sostenuti nell'anno 2018 per lo svolgimento delle attività relative alle linee progettuali e la relazione sull'attività svolta nel 2018;

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

NICOLA ZINGARETTI

ALLEGATO 1

Piano regionale di utilizzo delle risorse vincolate

ANNO 2018

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

REGIONE.LAZIO.REGISTRO UFFICIALE.Int.0721496.15-11-2018

REGIONE LAZIO

DIREZIONE REGIONALE SALUTE E INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA
Area Rete integrata del territorio

Al Dirigente Area Risorse finanziarie
del Servizio Sanitario Regionale
Dott. Marcello Giannico
SEDE

Oggetto: Trasmissione schede OBIETTIVI DI PIANO anno 2018

Si trasmettono le schede progettuali - Obiettivi di Piano anno 2018, relative alle linee di attività di competenza, complete delle tabelle di ripartizione del finanziamento.

- Linea 1: Percorso Diagnostico Terapeutico condiviso e personalizzato per pazienti con multicronicità;
- Linea 2: Promozione dell'equità in ambito sanitario;
- Linea 3.1: Costituzione ed implementazione della rete della terapia del dolore;
- Linea 3.2: Sviluppo delle cure palliative e della rete della terapia del dolore in Area pediatrica;
- Linea 5: La tecnologia sanitaria innovativa come strumento di integrazione Ospedale Territorio.

Le schede in allegato sostituiscono le schede precedentemente inviate con nota prot. 596653 del 1/10/2018.

Cordiali saluti.

IL DIRIGENTE
Ufficio Cure primarie e intermedie
Gianni Vicario

IL DIRIGENTE
Area Rete ospedaliera e specialistica
Luca Casertano

Silvia Scalmana
Tel. 0651683541
sscalmana@regione.lazio.it

ASSEGNAZIONE DELLE QUOTE VINCOLATE PER LA REALIZZAZIONE DEGLI OBIETTIVI DI CARATTERE PRIORITARIO E DI RILIEVO NAZIONALE	
REGIONE PROPONENTE	REGIONE LAZIO
DELIBERA REGIONALE	DCA U00052/2017 – Adozione del Programma Operativo 2016-2018
LINEA PROGETTUALE	1. PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO CONDIVISO E PERSONALIZZATO PER PAZIENTI CON MULTICRONICITÀ
TITOLO DEL PROGETTO	
DURATA DEL PROGETTO	2018
REFERENTI	Dr. Gianni Vicario – Area Cure Primarie Dr. Luca Casertano – Area Programmazione della Rete Ospedaliera e Risk Management Ing. Gianluca Ferrara – Area Servizio Informativo Socio Sanitario
ASPETTI FINANZIARI	
COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2018	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	
IL PROGETTO	
CONTESTO	In Italia i servizi sanitari si stanno confrontando con un fenomeno in continuo aumento, quello della multi-cronicità, definita come presenza di molteplici patologie croniche in uno stesso paziente. La prevalenza di multi-cronicità, principalmente a causa dell'invecchiamento della popolazione, è molto elevata e aumenta all'aumentare dell'età. La percentuale di anziani con due o più patologie croniche sale dal 40% negli ultrasessantacinquenni al 60% negli ultra-ottantacinquenni. Le combinazioni più frequenti sono quelle fra patologie relative alla sfera cardiovascolare (ipertensione, dislipidemia, diabete, scompenso cardiaco) o combinazioni di patologie cardiovascolari con malattie croniche respiratorie e neurologiche [1]. La presenza simultanea di più patologie croniche si associa a numerosi esiti negativi, sia per il paziente che per i servizi sanitari; tra questi, elevata mortalità, disabilità, ridotta qualità di vita ed un rilevante consumo di risorse. A causa dell'attuale approccio, ancora orientato alla

	cura della singola patologia, i soggetti multi-cronici ricevono un'assistenza molto frammentata, fornita da molteplici provider che non interagiscono tra loro. Pertanto, il meccanismo di presa in carico potrebbe rivelarsi incompleto e inefficiente, con interventi poco efficaci e, in alcuni casi, dannosi per il paziente stesso. Inoltre, se il paziente multi-cronico viene "de-strutturato" nelle singole patologie da cui è affetto, aumenta il rischio che venga esposto ad un numero eccessivo di trattamenti farmacologici. Questo fenomeno, da un lato, riduce l'aderenza ai trattamenti e, dall'altro, può generare interazioni nocive tra i diversi farmaci.
DESCRIZIONE	Il paziente multi-cronico è caratterizzato da un'elevata complessità assistenziale che non può prescindere dall'integrazione tra diverse figure professionali e diverse competenze in ambito socio-sanitario. Dopo una prima ricognizione delle realtà assistenziali già esistenti sul territorio, questo progetto pone le basi per la realizzazione di un nuovo modello di presa in carico del paziente multi-cronico, attraverso una rete di **team multidisciplinari** orientati alla valutazione globale del paziente e alla sua continuità assistenziale **[2]**. Attualmente, sono poche le evidenze sull'efficacia e sulla costo-efficacia dei sistemi integrati per la gestione del paziente complesso. Infatti, le poche sperimentazioni condotte non sono standardizzate e fanno riferimento a campioni di piccole dimensioni. Pertanto, emerge la necessità di definire, implementare e valutare nuovi modelli assistenziali per la gestione della multi-cronicità, basati su **Piani Assistenziali Individuali (PAI)** che tengano conto, in maniera globale, delle specifiche necessità socio-sanitarie del paziente complesso **[2]**.
OBIETTIVI	OBIETTIVI QUANTITATIVI 1) **Identificazione dei pazienti multi-cronici.** Sulla base dei sistemi informativi sanitari correnti, il Dipartimento di Epidemiologia della Regione Lazio identificherà i soggetti affetti da due o più patologie croniche, misurandone la prevalenza nelle ASL della regione Lazio. Contestualmente saranno analizzati i diversi *pattern* di multi-cronicità riscontrati nelle singole ASL, valutandone la variabilità geografica. 2) **Stratificazione del rischio nei pazienti multi-cronici.**

	Il Dipartimento di Epidemiologia della Regione Lazio provvederà alla stratificazione dei pazienti multi-cronici in funzione della loro probabilità di manifestare eventi avversi (decessi, ospedalizzazioni, accessi in pronto soccorso) o del loro consumo di risorse sanitarie. In questo modo, sarà possibile introdurre una logica di prioritarizzazione degli interventi. A tal fine sarà utilizzato il "*multisource comorbidity score*" **[3]**, un modello predittivo basato sui sistemi informativi correnti, già validato sulla popolazione generale della regione Lazio. Saranno predisposti degli elenchi di potenziali soggetti multi-cronici con la relativa classe di rischio da rendere disponibili ai Medici di Medicina Generale. OBIETTIVI QUALITATIVI 3) **Definizione del team multidisciplinare.** Saranno identificate le figure professionali che costituiranno i team multidisciplinari impegnati nell'attuazione dei PAI, nei *setting* ambulatoriale (ospedaliero e territoriale) e di degenza (Pronto Soccorso e ricovero). Saranno inoltre definite le linee di indirizzo per la presa in carico e la gestione dei pazienti multi-cronici, in coerenza con quanto previsto dal Piano Regionale per la Cronicità. 4) **Acquisizione di strumenti informatizzati per la Valutazione MultiDimensionale (VMD) del paziente.** La Centrale Acquisti Regionale effettuerà una gara centralizzata per l'acquisizione di strumenti informatizzati per la valutazione multidimensionale del paziente. Tali strumenti saranno messi a disposizione delle Aziende Sanitarie della Regione Lazio. 5) **Elaborazione di strumenti per la creazione di percorsi condivisi attraverso il fascicolo sanitario elettronico.** Il fascicolo sanitario elettronico è stato individuato quale strumento centrale per consentire il monitoraggio del percorso del paziente. Nel corso del 2018 sarà avviata una sperimentazione per l'utilizzo del fascicolo sanitario elettronico e di una piattaforma per la gestione dei percorsi assistenziali per la cronicità nell'ambito di un'Azienda Sanitaria Regionale. Si procederà alla valutazione di fattibilità di un sistema per l'analisi del rischio farmacologico che supporti il medico, ex-ante prescrizione, e le commissioni di appropriatezza, ex-post erogazione, nella valutazione della prescrizione di farmaci, fornendo informazioni sulle interazioni e gli

	effetti avversi nelle terapie dei pazienti. Il sistema, nel caso ex-ante prescrizione, attraverso la definizione di specifici servizi, potrebbe essere utilizzato direttamente dai gestionali dei medici, prima che la ricetta venga emessa, proponendo in tempo reale allert ed eventuali altri farmaci che potrebbero non generare effetti avversi. L'utilizzo delle tecnologie digitali in quest'ambito rappresenta, infatti, un'enorme opportunità per ottenere la piena attuazione del diritto alla salute dei cittadini. I bisogni dei cittadini costituiscono il punto di partenza per la ridefinizione di un sistema integrato di governo della sanità, che utilizzi le tecnologie digitali per fornire servizi innovativi e migliorare quelli esistenti, consentendo di usufruire dell'assistenza sanitaria in modo efficace e semplice. 6) **Definizione di una metodologia per la valutazione a lungo termine dei percorsi di gestione del paziente cronico.** La fase di valutazione fornirà evidenze relative all'impatto dei PAI sui seguenti outcome: aderenza ai trattamenti, reazioni avverse da farmaci, costi assistenziali, accessi in pronto soccorso e ricoveri ospedalieri nei reparti di medicina interna. Lo studio potrà avvalersi di una fase di sperimentazione in cui i PAI saranno attivati esclusivamente in determinate ASL della regione Lazio. Tutte le altre ASL saranno utilizzate come gruppo di controllo. 7) **Implementazione della continuità assistenziale ospedale/territorio.** Nel corso del 2018 verrà condivisa con alcune ASL e strutture Ospedaliere la procedura operativa per l'utilizzo del modulo informatico "*Dimissioni Concordate*" del Sistema Informativo per l'Assistenza Territoriale (SIAT). Il sistema informativo SIAT è lo strumento di supporto ai distretti sanitari territoriali, ai soggetti erogatori e alle strutture regionali, per la gestione del processo di definizione, erogazione e monitoraggio dei progetti assistenziali domiciliari nell'ambito dei servizi di assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale alla non autosufficienza, ed assistenza residenziale e domiciliare per le cure palliative. Il modulo "*Dimissioni Concordate*" permetterà di facilitare l'attivazione del percorso di valutazione e presa in carico da parte dei Centri di Assistenza Domiciliare in collaborazione con i servizi sociali durante il periodo di ricovero nei reparti per acuti ospedalieri, per i pazienti con multi-cronicità.

	Verrà inoltre attivata una sperimentazione organizzativa ed operativa in una Azienda Sanitaria Regionale e in alcune strutture ospedaliere per l'utilizzo del modulo al fine di facilitare la gestione, il percorso di dimissione dei pazienti con multi cronicità e la loro presa in carico da parte dei Centri di Assistenza Domiciliare. 8) **Potenziamento della presa in carico del paziente con multi-cronicità a livello territoriale e ospedaliero.**

TEMPI DI ATTUAZIONE / CRONOPROGRAMMA

Azioni	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11	M12
Consolidamento delle attività assistenziali a favore delle persone con multicronicità												
Approvazione di atti regionali di recepimento del Piano Nazionale Cronicità, di costituzione del gruppo di lavoro di coordinamento e monitoraggio attività												
Avvio studio progettuale in cui vengono definite le modalità tecnico-informatiche per l'implementazione dei fascicoli sanitari elettronici												
Avvio della gara per l'acquisizione degli strumenti informatizzati per la VMD												
Realizzazione di un atlante regionale che contenga una stima della prevalenza di pazienti multicronici per ASL, distinti anche in base al rischio di eventi avversi												
Realizzazione di un protocollo di studio di valutazione di impatto dei PAI												

INDICATORI DI VALUTAZIONE (Qualitativi e Quantitativi)	Disponibilità di stime di prevalenza dei pazienti multi-cronici nelle Aziende Sanitarie della Regione Lazio. Disponibilità di una classificazione "gerarchica" dei pazienti multi-cronici, sulla base del rischio di manifestare eventi avversi. Approvazione di atti regionali di recepimento del Piano Nazionale Cronicità e di costituzione del gruppo di lavoro regionale di coordinamento e monitoraggio. Costituzione di una cabina di regia regionale per il Piano regionale Cronicità. Istituzione del gruppo regionale di coordinamento e monitoraggio delle attività relative alla Cronicità. Disponibilità dei documenti inerenti alla gara per l'acquisizione degli strumenti informatizzati per la VMD e dei documenti che ne hanno determinato l'esito. Disponibilità di uno studio progettuale in cui vengano definite le modalità tecnico-informatiche per l'implementazione dei fascicoli sanitari elettronici. Disponibilità del disegno dello studio e del piano delle analisi statistiche per la valutazione del percorso di gestione del paziente cronico. Numero di persone seguite in ADI a media ed elevata complessità.
RISULTATI ATTESI	Realizzazione di un atlante regionale che contenga una stima della prevalenza di pazienti multi-cronici per ASL, distinti anche in base al rischio di eventi avversi. Approvazione di atti regionali di recepimento del Piano Nazionale Cronicità, di costituzione del gruppo di lavoro di coordinamento e monitoraggio attività. Avvio della gara per l'acquisizione degli strumenti informatizzati per la VMD. Avvio studio progettuale in cui vengono definite le modalità tecnico-informatiche per l'implementazione dei fascicoli sanitari elettronici. Realizzazione di un protocollo di studio di valutazione di impatto dei PAI. Consolidamento delle attività assistenziali a favore delle persone con multicronità.

Azienda Sanitaria	Finanziamento
ASL Roma 1	**5.796.994,23**
Dipartimento di Epidemiologia SSR - ASL Roma 1	**625.542,86**
ASL Roma 2	**7.268.214,07**
ASL Roma 3	**3.388.474,61**
ASL Roma 4	**1.827.408,02**
ASL Roma 5	**2.797.426,48**
ASL Roma 6	**3.195.628,98**
ASL Viterbo	**1.773.333,89**
ASL Rieti	**872.464,33**
ASL Latina	**3.207.649,78**
ASL Frosinone	**2.734.257,32**
AO San Camillo Forlanini	**1.858.018,09**
AO San Giovanni Addolorata	**1.369.551,03**
AOU Policlinico Umberto I	**2.276.440,82**
AOU Policlinico Tor Vergata	**1.026.702,46**
AOU S. Andrea	**825.785,82**
IRCCS INMI L. Spallanzani	**335.475,49**
IRCCS Istituti Fisioterapici Ospitalieri	**523.489,22**
TOTALE	**41.702.857,50**

Bibliografia

1. Forti P, Fabbri E, Zoli M. Comorbidity in the elderly. Journal of Gerontology and Geriatrics 2014; 62: 74-77.
2. Palmer K, Marengoni A, Forjaz MJ, Jureviciene E, Laatikainen T, Mammarella F, Muth C, Navickas R, Prados-Torres A, Rijken M, Rothe U, Souchet L, Valderas J, Vontetsianos T, Zaletel J, Onder G; Joint Action on Chronic Diseases and Promoting Healthy Ageing Across the Life Cycle (JA-CHRODIS). Multimorbidity care model: Recommendations from the consensus meeting of the Joint Action on Chronic Diseases and Promoting Healthy Ageing across the Life Cycle (JA-CHRODIS). Health Policy 2018; 122(1): 4-11.
3. Corrao G, Rea F, Di Martino M, De Palma R, Scondotto S, Fusco D, Lallo A, Belotti LMB, Ferrante M, Pollina Addario S, Merlino L, Mancia G, Carle F. Developing and validating a novel multisource comorbidity score from administrative data: a large population-based cohort study from Italy. BMJ Open 2017; 7(12): e019503.

ASSEGNAZIONE DELLE QUOTE VINCOLATE PER LA REALIZZAZIONE DEGLI OBIETTIVI DI CARATTERE PRIORITARIO E DI RILIEVO NAZIONALE	
REGIONE PROPONENTE	REGIONE LAZIO
DELIBERA REGIONALE	DCA U00052/2017 – Adozione del Programma Operativo 2016-2018
LINEA PROGETTUALE	2. PROMOZIONE DELL'EQUITA' IN AMBITO SANITARIO
TITOLO DEL PROGETTO	Monitoraggio dell'assistenza sanitaria ed interventi clinico-organizzativi volti a favorire equità nell'accesso e nella qualità delle cure nelle strutture della Regione Lazio
DURATA DEL PROGETTO	2018
REFERENTI	Dr. Gianni Vicario – Area Cure Primarie Dr. Luca Casertano – Area Programmazione della Rete Ospedaliera e Risk Management Ing. Gianluca Ferrara – Area Servizio Informativo Socio Sanitario
ASPETTI FINANZIARI	
COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2018	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	
IL PROGETTO	
CONTESTO	I progressi nelle cure e la continua evoluzione delle tecnologie sanitarie hanno modificato significativamente il decorso di numerose patologie e la progressiva crescita dell'aspettativa di vita della popolazione. Anche la Regione Lazio, così come il resto d'Italia, beneficia di un progressivo incremento dell'aspettativa di vita della popolazione che, negli ultimi vent'anni, ha potuto conseguire un guadagno medio di 5 anni tra gli uomini e di oltre 3 anni tra le donne. La valutazione dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), attraverso il punteggio attribuito dalla Griglia LEA, si attesta per il 2015 su un valore complessivo regionale di 176, collocando la Regione Lazio nella fascia di adempienza (punteggio pari o superiore a 160) e segnalando un ulteriore miglioramento nel 2016. Tale risultato dà conto di un progressivo e consistente incremento del punteggio nell'arco di un quinquennio, frutto di importanti provvedimenti strutturali di razionalizzazione e riqualificazione del Servizio Sanitario Regionale adottati in attuazione del Piano di rientro. Il valore regionale dei singoli indicatori che compongono la suddetta

	griglia di valutazione nasconde, tuttavia, il permanere di forti eterogeneità nella garanzia dei LEA tra differenti punti di erogazione e differenti ambiti territoriali sub-regionali (si vedano, ad esempio, i valori elevati degli indici MOR di eterogeneità tra strutture ospedaliere o tra aree di residenza nella quota di pazienti con frattura del collo del femore sottoposti ad intervento chirurgico entro 2 giorni, come documentato per la Regione Lazio nell'ambito del PNE), eterogeneità che alimentano significative iniquità orizzontali, ossia differenze tra territori o punti di erogazione nell'appropriatezza clinico-organizzativa di processi assistenziali. I più recenti sviluppi nei sistemi nazionali correnti di monitoraggio e valutazione dei LEA indirizzano, sempre più, l'attenzione alle differenze intra-regionali, nell'ottica di fornire una migliore rappresentazione della realtà sanitaria e nell'intento di promuovere interventi che favoriscano l'omogenea erogazione delle prestazioni efficaci e appropriate agli assistiti. E' ormai ben noto come, tra i complessi meccanismi che generano diseguaglianze sociali nella salute e nel benessere nel nostro paese, alcune barriere nell'accesso alle cure continuino ad alimentare iniquità anche di tipo verticale (differenze tra gruppi di popolazione) che, al di là delle caratteristiche di universalità del SSN, frequentemente riguardano le persone con svantaggio sociale (Mirisola C et al., 2017). Ponendo l'attenzione a specifici percorsi assistenziali, emergono, ad esempio, differenze sociali nell'accesso a prestazioni appropriate anche nello specifico setting ospedaliero. A Roma, all'inizio degli anni 2000 solo il 53,9% dei pazienti con infarto acuto del miocardio veniva ricoverato in UTIC e l'accesso alle cure ottimali era più frequentemente offerto ai pazienti più giovani, meno gravi e socialmente avvantaggiati (Ancona C et al., 2004). Nel biennio 2006-2007, tra i pazienti anziani con frattura dell'anca, il livello socioeconomico basso si associava ad un incremento del 50% del rischio di mortalità a 30 giorni e ad una minor probabilità di intervento tempestivo (Barone AP et al., 2009). Analoghe differenze si riscontrano su dati più recenti: nel 2012, le fratture dell'anca nell'anziano operate entro 2 giorni, così come i casi di infarto STEMI trattati con angioplastica primaria, sono risultati più frequenti tra i pazienti con alta istruzione, rispetto a chi possiede minore scolarità; viceversa, un livello di istruzione superiore è associato ad un maggior ricorso al taglio cesareo (Ventura M et al., 2018). Da alcuni anni il presidio della qualità e dell'appropriatezza di molti processi assistenziali, attraverso la condivisione di procedure tecniche (protocolli, linee guida e percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali), verificate con il supporto di sistemi informativi e promosse con l'educazione continua, è andato estendendosi; diversi studi hanno evidenziato come la trasparenza e la pubblicizzazione dei dati di aderenza degli erogatori a tali procedure possano costituire un efficace stimolo per il miglioramento della qualità dell'assistenza ed alcuni

	importanti strumenti di monitoraggio, sia a livello nazionale che regionale, sono stati potenziati e resi pubblici, contribuendo in questo modo ad incrementare l'equità orizzontale nell'accesso e negli esiti di alcune prestazioni monitorate, in particolar modo quelle erogate nel contesto ospedaliero. Interventi volti, invece, a monitorare l'equità verticale dei processi assistenziali, ossia per posizione sociale dell'assistito, e a guidarne le azioni conseguenti sono stati maggiormente episodici, anche per le limitazioni di completezza e affidabilità delle variabili di stratificazione sociale all'interno dei flussi correnti.
DESCRIZIONE	Nella Regione Lazio, da oltre 10 anni è attivo P.Re.Val.E. - Programma Regionale di Valutazione degli Esiti degli interventi sanitari- sistema di indicatori curato dal Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale del Lazio, relativi alla qualità delle cure erogate da tutte le strutture sanitarie regionali. Tale sistema include anche una specifica sezione dedicata all'equità, volta ad analizzare l'associazione tra i risultati di salute, espressi attraverso gli indicatori più consolidati di aderenza alle raccomandazioni cliniche, ed il livello di istruzione dei pazienti. Dal 2013 inoltre, la sua pubblicazione è stata accompagnata dall'introduzione di alcuni indicatori per il monitoraggio degli obiettivi di budget o di mandato dei Direttori Generali, oltre ad un programma attivo per il controllo della qualità dei dati. Questi interventi hanno generato un miglioramento generale degli esiti clinici ed una riduzione dell'accesso differenziale anche per livello di istruzione, esaminato in tre aree cliniche rilevanti. Tra il 2012 e il 2015, ad esempio, la frequenza di angioplastica primaria tra i pazienti con infarto STEMI, la probabilità di intervento entro due giorni per frattura d'anca e il ricorso al taglio cesareo primario tra le donne hanno registrato un consistente miglioramento e ridotto le differenze per istruzione, che tuttavia persistono nel caso dell'intervento per frattura dell'anca: nella più recente annualità, i pazienti anziani più istruiti presentano comunque una probabilità del 35% maggiore, rispetto a quella dei meno istruiti, di essere operati entro due giorni, al netto della complessità della casistica confrontata. Tale indicatore presenta, infatti, un persistente grado di eterogeneità tra strutture ospedaliere e rende dunque opportuna l'attivazione di interventi di audit clinico-organizzativo per comprendere le cause e mettere in atto opportuni correttivi; la persistenza di un significativo gradiente per istruzione dei pazienti rende inoltre necessaria l'attivazione di uno specifico focus sull'equità delle prestazioni erogate da parte delle strutture, in particolare quelle che si discostano significativamente dagli standard di riferimento, verificando la qualità delle informazioni riportate, analizzando l'omogeneità nei comportamenti professionali e facendo emergere eventuali criticità nell'organizzazione dei processi analizzati, nelle sue diverse componenti anche al di fuori dell'ambito ospedaliero. E' verosimile, infatti, che molti

	di questi processi riguardino anche la componente territoriale e, nell'ambito dei meccanismi di generazione delle diseguaglianze legati a barriere di accesso all'assistenza, un ruolo non secondario è quello riconducibile all'assetto organizzativo dell'offerta ed in particolar modo all'insieme dei servizi che facilitano la presa in carico pro-attiva e la gestione integrata della cronicità, tenuto conto che questa è destinata a riguardare una quota sempre più consistente della popolazione e, in misura maggiore, le fasce socialmente più svantaggiate. Il progetto si propone, dunque, di realizzare i seguenti macro-obiettivi: 1. Monitoraggio sistematico delle differenze nell'efficacia e nell'appropriatezza dei processi di cura tra i diversi punti di erogazione e misura delle iniquità orizzontali attraverso indici sintetici di eterogeneità intra-regionale, da pubblicizzare nell'ambito di P.Re.Val.E.; tali indici, da sviluppare anche in raccordo con i più recenti sviluppi nei sistemi correnti di monitoraggio e valutazione dei LEA (si veda a riguardo la progettazione del Nuovo Sistema di Garanzia dei LEA), saranno volti a fornire una misura sintetica delle differenze nella qualità delle cure tra strutture ospedaliere o ASL di residenza, a seconda della natura dell'indicatore esaminato. Saranno dunque valutati i differenziali osservati ed individuate le strutture o le Aziende che si discostano significativamente dai risultati attesi nell'accesso alle cure appropriate e nei relativi esiti di salute. 2. Condizionatamente alla disponibilità di informazioni sociali affidabili sui pazienti nei flussi correnti, estensione, nell'ambito di P.Re.Val.E., del set di indicatori di monitoraggio delle differenze per istruzione nei processi di cura (iniquità verticali), al momento implementati per un limitato numero di prestazioni nelle aree cliniche e con particolare riferimento al setting ospedaliero. 3. Valutazione dei gradienti sociali nell'accesso alle cure e negli esiti di salute monitorati dal P.Re.Val.E. e analisi della loro distribuzione nei diversi punti di erogazione, facendo emergere le situazioni in cui i valori si discostano dall'atteso. 4. Promozione di interventi di audit clinico-organizzativo, oltre alle opportune verifiche di qualità delle informazioni rilevate, nei contesti di erogazione che presentano scostamenti dall'atteso nell'efficacia e nell'appropriatezza delle prestazioni, alimentando iniquità orizzontali. Promozione di interventi di equity-audit nei contesti di erogazione che presentano gradienti sociali pronunciati nei processi misurati, alimentando iniquità verticali, al fine di rendere più attenti all'equità i comportamenti professionali e di identificare gli snodi nell'organizzazione sanitaria e nei percorsi che generano eventuali casi critici, estendendo l'analisi anche al di fuori del setting assistenziale oggetto di valutazione. 5. Interventi sull'organizzazione dell'assistenza volti a favorire l'accessibilità dei servizi ai pazienti, con particolare riferimento a quelli ad elevata complessità assistenziale in cura presso le

<table>
<tr><td></td><td>Aziende Ospedaliere/Universitarie e a quelli distrettuali, in accordo con gli indirizzi programmatici nazionali, tali da facilitare la presa in carico e la gestione integrata e multidisciplinare di patologie croniche.

6. Interventi di prevenzione primaria e di promozione della salute mirati alle popolazioni svantaggiate e con difficoltà di accesso ai servizi</td></tr>
<tr><td>OBIETTIVI</td><td>1. Pubblicazione di indici sintetici di eterogeneità sub-regionale;
2. estensione del set di indicatori di monitoraggio delle differenze per istruzione nei processi di cura;
3. valutazione dei gradienti sociali nell'accesso alle cure e negli esiti di salute all'interno di specifici punti di erogazione; identificazione dei punti di erogazione con gradienti sociali significativamente più pronunciati e promozione di interventi di analisi degli snodi nell'organizzazione sanitaria e nei percorsi che generano eventuali casi critici;
4. promozione di interventi di verifica della qualità dei dati e di audit clinico-organizzativo nei contesti di erogazione che presentano scostamenti elevati negli indicatori di efficacia e appropriatezza delle prestazioni e focus sull'equità dei processi;
5. potenziamento delle tecnologie in dotazione per la gestione dei pazienti complessi e della rete territoriale di offerta delle cure primarie, quest'ultima tramite servizi multiprofessionali volti ad incrementare l'accessibilità e l'integrazione sociosanitaria, a beneficio, soprattutto dei percorsi assistenziali dei pazienti cronici e con la collaborazione delle associazioni di pazienti e di volontariato presenti nel territorio;
6. interventi di prevenzione primaria e di promozione della salute mirati alle fasce vulnerabili della popolazione, ed in particolar modo alle popolazioni migranti, prevedendo strumenti di orientamento e informazione sanitaria sensibili alle barriere linguistiche e culturali dei beneficiari.</td></tr>
<tr><td>TEMPI DI ATTUAZIONE / CRONOPROGRAMMA</td><td>Tutti gli obiettivi si intendono realizzabili entro la fine del 2018

<table>
<tr><th>Obiettivi</th><th>M 1</th><th>M 2</th><th>M 3</th><th>M 4</th><th>M 5</th><th>M 6</th><th>M 7</th><th>M 8</th><th>M 9</th><th>M 10</th><th>M 11</th><th>M 12</th></tr>
<tr><td>1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>X</td><td>X</td></tr>
<tr><td>2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>X</td><td>X</td></tr>
<tr><td>3</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>X</td><td>X</td></tr>
<tr><td>4</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>X</td><td>X</td></tr>
<tr><td>5</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td></tr>
<tr><td>6</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

INDICATORI DI VALUTAZIONE (Qualitativi e Quantitativi)	1. n. di indicatori con sezione presente, nell'ambito di P.Re.Val.E., dedicata all'analisi della variabilità intra-regionale, con riferimento a dati 2017; 2. n. di aree cliniche, nell'ambito di P.Re.Val.E., con monitoraggio delle differenze per istruzione nei processi di cura, con riferimento a dati 2017; 3. n. di aree cliniche con analisi della distribuzione dei gradienti sociali nei punti di erogazione, con riferimento a dati 2017; 4. % di aziende che hanno migliorato, nell'ultimo triennio disponibile, almeno un indicatore di efficacia e appropriatezza delle prestazioni per i propri residenti in ciascuna delle seguenti aree cliniche: cardiovascolare, muscoloscheletrica, digerente e perinatale. 5. % di aziende dotate di servizi di cure primarie e continuità assistenziale organizzati presso punti di erogazione unitari (sul modello, ad es., delle Case della Salute e delle Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale). 6. % di aziende che, nell'ambito delle proprie iniziative di promozione della salute, hanno adottato strumenti di orientamento e informazione sanitaria sensibili alle barriere linguistiche e culturali di accesso all'assistenza.
RISULTATI ATTESI	1. almeno 3 2. almeno 5 aree cliniche 3. almeno 1 4. 100% delle aziende. 5. almeno il 70% delle Aziende 6. almeno il 70% delle Aziende

Azienda Sanitaria	**Finanziamento**
ASL Roma 1	**2.039.247,21**
Dipartimento di Epidemiologia SSR – ASL Roma 1	**166.811,43**
ASL Roma 2	**2.556.787,99**
ASL Roma 3	**1.191.986,25**
ASL Roma 4	**642.839,48**
ASL Roma 5	**984.069,32**
ASL Roma 6	**1.124.147,65**
ASL Viterbo	**623.817,45**
ASL Rieti	**306.912,58**
ASL Latina	**1.128.376,29**
ASL Frosinone	**961.847,88**
AO San Camillo Forlanini	**1.120.469,79**
AO San Giovanni Addolorata	**825.901,84**

AOU Policlinico Umberto I	**1.372.797,81**
AOU Policlinico Tor Vergata	**619.148,49**
AOU Sant'Andrea	**497.986,57**
IRCCS INMI Lazzaro Spallanzani	**202.307,05**
IRCCS Istituti Fisioterapici Ospitalieri	**315.687,92**
TOTALE	**16.681.143,00**

Bibliografia

1. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2650_allegato.pdf
2. Mirisola C, Ricciardi G, Bevere F, Melazzini. L'Italia per l'equità nella Salute. Roma INMP 2017
3. Ancona C, Arcà M, Saitto C, Agabiti N, Fusco D, Tancioni V, Perucci CA. Differences in access to coronary care unit among patients with acute myocardial infarction in Rome: old, ill, and poor people hold the burden of inefficiency BMC Health Serv Res. 2004 ;4(1):34.
4. Barone AP, Fusco D, Colais P, D'Ovidio, Belleudi V, Agabiti N, Sorge C, Davoli M, Perucci CA. Effects of socioeconomic position on 30-day mortality and wait for surgery after hip fracture. International Journal for Quality in Health Care, 2009;21(6): 379–386.
5. Ventura M, Fusco D, Bontempi K, Colais P, Davoli M. Regional Outcome Evaluation Program (P.Re.Val.E.): Reduction of inequality in access to effective health care in the Lazio region of Italy (2012-2015). PLoS One. 2018 Mar 27;13(3):e0194972. doi: 10.1371/journal.pone.0194972. eCollection 2018.

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 U00052/2017 – Adozione del Programma Operativo 2016-2018
LINEA PROGETTUALE	3. COSTITUZIONE E IMPLEMENTAZIONE DELLA RETE DELLA TERAPIA DEL DOLORE E SVILUPPO DELLE CURE PALLIATIVE E DELLA TERAPIA DEL DOLORE IN AREA PEDIATRICA. 3.1 COSTITUZIONE ED IMPLEMENTAZIONE DELLA RETE DELLA TERAPIA DEL DOLORE
DURATA DEL PROGETTO	2018
REFERENTE	Dr. Luca Casertano – Area Programmazione della Rete Ospedaliera e Risk Management Ing. Gianluca Ferrara – Area Servizio Informativo Socio Sanitario
ASPETTI FINANZIARI	
COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2018	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	
IL PROGETTO	
CONTESTO	Il DCA 83/2010 ha istituito la Rete integrata ospedale territorio per il trattamento del dolore cronico. Il DCA. 88/2015 ha modificato il DCA 83/2010 prevedendo l'accesso alle cure per la terapia del dolore anche ai pazienti con diagnosi oncologica. Il DCA 568/2015 ha individuato l'organizzazione in rete per la terapia del dolore che prevede 2 Hub (Policlinico Umberto I e Policlinico Tor Vergata) e relativi Spoke (ambulatori territoriali/ospedalieri).
DESCRIZIONE	Il progetto proposto è in continuità ed è coerente con quanto previsto dai seguenti riferimenti normativi: - Legge 38/2010;

	- Intesa del 25 luglio 2012 in sede di Conferenza per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, di definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati terminali e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore (Rep atti n. 151/CSR del 25.7.2012); - Intesa del 19 febbraio 2015 in sede di Conferenza per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, in materia di adempimenti relativi all'accreditamento (Rep atti n.32/CSR del 19.2.2015).
OBIETTIVI	Rinnovo dei componenti del Coordinamento regionale della rete della Terapia del Dolore della Regione Lazio, con il coinvolgimento del Dipartimento di Epidemiologia della Regione Lazio e dei MMG per l'implementazione del rapporto integrato tra Ospedale e Territorio e l'attivazione dei nodi territoriali; Predisposizione di due APA finalizzati alla promozione dell'appropriatezza delle prestazioni; Attività di formazione a cura dei due *Hub*, rivolta al personale dedicato alla terapia del dolore; Consolidamento delle attività e delle funzioni delle Reti, con particolare riferimento all'implementazione del rapporto con le altre Reti.
TEMPI DI ATTUAZIONE / CRONOPROGRAMMA	*ottobre 2018* - Rinnovo dei componenti del Coordinamento; *ottobre 2018* - Predisposizione di due APA; *dicembre 2018* – Formazione rivolta al personale dedicato alla terapia del dolore; *dicembre 2018* – Consolidamento delle attività e implementazione del rapporto con le altre Reti.
INDICATORI	• Numero dei pazienti complessi in carico alla rete per la terapia del dolore e numero di interventi eseguiti in regime di ricovero e ambulatoriale; • Tempo di attesa per l'accesso alle prestazioni ambulatoriali complesse; • Numero di prestazioni complesse in ambito pediatrico.
RISULTATI ATTESI	Consolidamento delle attività e delle funzioni delle Reti, con particolare riferimento all'implementazione del rapporto con le altre Reti.

Il finanziamento della presente linea progettuale è ricompreso nella tabella allegata alla linea progettuale 3.2

ASSEGNAZIONE DELLE QUOTE VINCOLATE PER LA REALIZZAZIONE DEGLI OBIETTIVI DI CARATTERE PRIORITARIO E DI RILIEVO NAZIONALE	
REGIONE PROPONENTE	REGIONE LAZIO
DELIBERA REGIONALE	DGR 87/2010; DCA U00169/2014 Individuazione del Centro di Riferimento di Cure Palliative e Terapia del Dolore Pediatrico e relativo Hospice Pediatrico
LINEA PROGETTUALE	3. COSTITUZIONE E IMPLEMENTAZIONE DELLA RETE DELLA TERAPIA DEL DOLORE E SVILUPPO DELLE CURE PALLIATIVE E DELLA TERAPIA DEL DOLORE IN AREA PEDIATRICA. 3.2 SVILUPPO DELLE CURE PALLIATIVE E DELLA TERAPIA DEL DOLORE IN AREA PEDIATRICA
DURATA DEL PROGETTO	2018
REFERENTI	Dr. Gianni Vicario – Area Cure Primarie Dr. Luca Casertano – Area Programmazione della Rete Ospedaliera e Risk Management Ing. Gianluca Ferrara – Area Servizio Informativo Socio Sanitario
ASPETTI FINANZIARI	
COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2018	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	
IL PROGETTO	
CONTESTO	A partire dalla DGR 87/2010, che individua il modello assistenziale delle cure palliative pediatriche, la Regione ha successivamente definito, con il DCA U0084/2010, la rete assistenziale delle cure palliative della Regione Lazio. Con il DCA U00169/2014 è stato individuato l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù quale Centro di Riferimento di Cure Palliative e Terapia del Dolore Pediatrico e il relativo Hospice Pediatrico.

	Inoltre, con il DCA U00360/2016, sono stati definiti gli Indirizzi per l'implementazione della Rete Locale di Cure Palliative.
DESCRIZIONE	Il Progetto è in continuità ed è coerente con quanto già previsto dai seguenti riferimenti normativi nazionali: – Accordo Stato-Regioni n. 138 del 27.6.2007 in materia di cure palliative pediatriche; – Legge 38 del 15.3.2010 Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore; – Accordo Stato-Regioni n. 239 del 16.12.2010 sulle linee guida per la promozione, lo sviluppo e il coordinamento degli interventi regionali nell'ambito della rete di cure palliative e della rete di terapia del dolore; – Intesa Stato-Regioni n. 151 del 25.7.2012 Documento di definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati terminali e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore; – Intesa Stato-Regioni n. 32 del 19.2.2015 in materia di adempimenti relativi all'accreditamento. Per la realizzazione del Progetto previsto dal DCA U00169/2014, si è affidato all'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù (OPBG) la progettazione dell'Hospice Pediatrico della Regione Lazio, con una dotazione di 10 posti residenziali per pazienti pediatrici, anche non oncologici. L'OPBG è stato riconosciuto quale Centro di Riferimento di Cure Palliative e Terapia del Dolore Pediatrico con funzione di riferimento clinico, organizzativo, di formazione e ricerca per il funzionamento e il sostegno della Rete Regionale di Terapia del Dolore e Cure Palliative Pediatriche, anche al fine di garantire la continuità assistenziale specialistica ai pazienti in età compresa fra 0-18 anni. L'attivazione del Centro di Riferimento della Rete prevede l'integrazione dei "nodi" della Rete e ne supporterà l'attività attraverso un servizio di assistenza telefonica h 24 e di consulenze a domicilio o, se necessario, in ospedale. Lo sviluppo della Rete prevede l'organizzazione e l'integrazione con i componenti funzionali operanti nell'ambito

	territoriale quali i Distretti sanitari (Pediatra di libera scelta/MMG, Assistenza Domiciliare Integrata, Reti di assistenza territoriale.), i Servizi sociali, il Servizio di emergenza/urgenza (118), i Servizi Educativi e le Associazioni di Volontariato.
OBIETTIVI	OBIETTIVI QUALITATIVI **Predisposizione di un Provvedimento** di definizione dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi dell'hospice pediatrico; **Elaborazione di una proposta di tariffa** per le prestazioni erogate in regime residenziale; **Elaborazione dei requisiti** di accreditamento per gli Enti/erogatori dell'assistenza domiciliare in cure palliative e di terapia del dolore pediatriche; **Valutazione di eventuali integrazioni al Sistema Informativo Assistenza Territoriale** (SIAT) per l'erogazione di prestazioni di CPP e TD con lo sviluppo della parte pediatrica del Modulo informatizzato di "Richiesta di attivazione della rete locale di cure palliative" per la presa in carico dei pazienti da parte dei MMG/PLS o del Medico Ospedaliero, rilascio per le Aziende sanitarie e le strutture erogatrici; **Condivisione del progetto con i referenti delle ASL**, esperti in CPP e TD, per meglio definire il raccordo funzionale tra le diverse strutture della rete e dei percorsi in continuità assistenziale, anche in integrazione con l'ambito domiciliare; **Predisposizione di un Provvedimento** di rinnovo e aggiornamento del Coordinamento regionale della rete assistenziale in cure palliative che prevede tra l'altro la partecipazione di rappresentanti delle cure palliative pediatriche dell'OPBG, delle Aziende Sanitarie e dei Pediatri di Libera Scelta; **Sviluppo dell'assistenza** ai pazienti pediatrici in cure palliative, attraverso la presa in carico da parte delle Reti palliative pediatriche.

TEMPI DI ATTUAZIONE / CRONOPROGRAMMA

Azioni	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11	M12
Sviluppo dell'assistenza ai pazienti pediatrici in cure palliative, attraverso la presa in carico da parte delle Reti palliative pediatriche												
Disponibilità di un Provvedimento di definizione dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi dell'hospice pediatrico												
Elaborazione di una proposta di tariffa per le prestazioni erogate in regime residenziale												
Disponibilità di un Provvedimento di rinnovo e aggiornamento del Coordinamento regionale della rete assistenziale in cure palliative che prevede tra l'altro la partecipazione di rappresentanti delle cure palliative pediatriche dell'OPBG, delle Aziende Sanitarie e dei Pediatri di Libera Scelta.												
Elaborazione dei requisiti di accreditamento per gli Enti/erogatori dell'assistenza domiciliare in cure palliative e di terapia del dolore pediatriche;												

INDICATORI DI VALUTAZIONE (qualitativi e quantitativi)	- Numero di pazienti in cure palliative e terapia del dolore pediatrico assistiti nel territorio (CAD, ASL) durante 1 anno di riferimento; - Numero dei pazienti in cure palliative e terapia del dolore pediatrico assistiti in ricovero ospedaliero durante l'anno di riferimento.
RISULTATI ATTESI	Disponibilità di un Provvedimento di definizione dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi dell'hospice pediatrico; Elaborazione di una proposta di tariffa per le prestazioni erogate in regime residenziale; Elaborazione dei requisiti di accreditamento per gli Enti/erogatori dell'assistenza domiciliare in cure palliative e di terapia del dolore pediatriche; Disponibilità di un Provvedimento di rinnovo e aggiornamento del Coordinamento regionale della rete assistenziale in cure palliative che prevede tra l'altro la partecipazione di rappresentanti delle cure palliative pediatriche dell'OPBG, delle Aziende Sanitarie e dei Pediatri di Libera Scelta.

Azienda Sanitaria	**Finanziamento**
ASL Roma 1	**1.794.328,21**
ASL Roma 2	**2.249.710,97**
ASL Roma 3	**1.048.825,54**
ASL Roma 4	565.632,74
ASL Roma 5	**865.879,98**
ASL Roma 6	**989.134,54**
ASL Viterbo	**548.895,32**
ASL Rieti	**270.051,57**
ASL Latina	**992.855,31**
ASL Frosinone	**846.327,40**
AOU Policlinico Umberto I	**382.803,71**
AOU Policlinico Tor Vergata	**382.803,71**
TOTALE	**10.937.249,00**

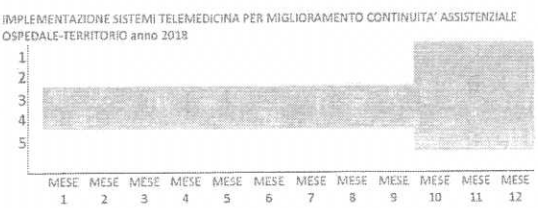
ASSEGNAZIONE DELLE QUOTE VINCOLATE PER LA REALIZZAZIONE DEGLI OBIETTIVI DI CARATTERE PRIORITARIO E DI RILIEVO NAZIONALE	
REGIONE PROPONENTE	REGIONE LAZIO
DELIBERA REGIONALE	- Delibera di Giunta Regionale del 16/06/2015, n. 284 "*Agenda Digitale della Regione Lazio. Linee guida per lo sviluppo del Lazio Digitale*"; - DCA U00458 del 1 ottobre 2015, Recepimento dell'Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome sul documento recante "*Telemedicina-Linee di indirizzo nazionali*"; - DCA U000474 del 7 ottobre 2015. PDTA relativo allo Scompenso Cardiaco; - DCA U00052 del 22 febbraio 2017 "Adozione del Programma Operativo 2016-2018 a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi della Regione Lazio nel settore sanitario denominato "*piano di riorganizzazione, riqualificazione, e sviluppo del Servizio Sanitario Nazionale*"; - DCA U00283 del 07/07/2017. Requisiti di accreditamento per le attività di cure domiciliari ex art. 22 DPCM 12 gennaio 2017".
LINEA PROGETTUALE	5. LA TECNOLOGIA SANITARIA INNOVATIVA COME STRUMENTO DI INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO
TITOLO DEL PROGETTO	Implementazione dei sistemi di Teleconsulto e Teleassistenza Domiciliare per migliorare la continuità assistenziale ospedale - territorio.
DURATA DEL PROGETTO	2018
REFERENTI	Dr. Gianni Vicario – Area Cure Primarie Dr. Luca Casertano – Area Programmazione della Rete Ospedaliera e Risk Management Ing. Gianluca Ferrara – Area Servizio Informativo Socio Sanitario
ASPETTI FINANZIARI	
COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2018	

QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	
IL PROGETTO	
CONTESTO	La rilevanza della Telemedicina ed il suo impatto sul sistema sanitario sono riconosciuti a livello internazionale. L'implementazione della Telemedicina consente sia di trovare nuove risposte ai bisogni assistenziali della popolazione, sia di creare nuove opportunità per il miglioramento del servizio sanitario tramite una maggiore collaborazione tra i vari professionisti sanitari coinvolti ed i pazienti. La Telemedicina applicata ai sistemi sanitari permette di migliorare la qualità e la tempestività dei servizi erogati, facilitare la fruibilità e l'accesso ai servizi, garantire maggiore efficacia ed efficienza complessiva del sistema sanitario. La Regione ha recepito, con Decreto del Commissario ad acta n. U00458 del 1 ottobre 2015, il documento "Telemedicina - Linee di indirizzo nazionali" sancito dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Provincie Autonome di Trento e Bolzano in data 2 febbraio 2014. Inoltre, ha definito la strategia di crescita digitale con la Delibera di Giunta Regionale del 16/06/2015, n. 284 "Agenda Digitale della Regione Lazio. Linee guida per lo sviluppo del Lazio Digitale" ed ha inserito l'adozione di un piano regionale di Telemedicina all'interno del Programma Operativo 2016 – 2018. Nella Regione Lazio è stato avviato per l'anno in corso il Programma di Miglioramento e Riqualificazione (art. 1, c. 385 e ss. Legge 11 dicembre 2016 n.232) comprendente l'area di Intervento "Qualità delle cure attraverso l'implementazione della Telemedicina" (Determina n. G17606 del 19 dicembre 2017) finalizzata all'attivazione di alcuni servizi di Telemedicina sia a livello territoriale che ospedaliero. In ambito ospedaliero, il Programma permetterà l'attivazione della piattaforma ADVICE per le Reti dell'Emergenza, Tempo-dipendenti e delle Malattie Infettive. Tale sistema si integrerà con il Sistema Applicativo del Pronto Soccorso (GIPSE) e permetterà la trasmissione in lettura dei dati di laboratorio e radiologici ed il teleconsulto. I dati di letteratura confermano un vantaggio dell'applicazione di servizi di Telemedicina sia per gli operatori che per i pazienti, con particolare riferimento alla possibilità di trasferimento dei dati

	strumentali e di Teleconsulto. Ad esempio, la Telemedicina si è rivelata utile nella gestione di ictus o trauma: – per l'avvio del trattamento nella "*golden hour*"; – per la riduzione dei trasferimenti non necessari; – per la predisposizione del team e del materiale necessario all'arrivo al centro "*Hub*" del paziente trasferito per continuità di soccorso, determinando un miglioramento della prognosi sia a breve che a lungo termine ed un risparmio di risorse per i centri "*Hub*" e "*Spoke*". Nella Regione Lazio sono state avviate, nell'area dell'emergenza, diverse reti assistenziali che prevedono l'uso dei sistemi di Telemedicina per la trasmissione dei referti ed il Teleconsulto fra i vari centri "*Hub*" e "*Spoke*". Riguardo l'area territoriale, in coerenza con il D.M. 70/2015 e con il Programma Operativo 2016- 2018 (DCA 52/2017), il Programma di Miglioramento permetterà l'attivazione di alcuni servizi di Telemedicina (monitoraggio di parametri clinici e Teleconsulto) da parte dei Centri accreditati per la gestione domiciliare di: – pazienti in altissima intensità; – pazienti affetti da insufficienza cardiaca e dimessi dagli ospedali dopo impianto di Defibrillatore Automatico con funzioni di Resincronizzazione Cardiaca (CRT-D). L'attivazione dei servizi, la programmazione del piano di interventi ed il monitoraggio delle attività avverrà da parte dei Centri Ospedalieri e delle Unità Valutative Multidimensionali Distrettuali (UVMD) di riferimento del paziente, in modo da garantire una gestione integrata ospedale-territorio. Le attività di Telemedicina sono state inserite sia nei "Requisiti di accreditamento per le attività di cure domiciliari ex art. 22 DPCM 12 gennaio 2017", sia nel PDTA relativo allo Scompenso Cardiaco (DCA U000474 del 7 ottobre 2015). Inoltre, i servizi di Telemedicina applicati all'Assistenza domiciliare si sono rivelati particolarmente utili nel caso di soggetti affetti da malattie che necessitano di interventi assistenziali di elevata intensità, di monitoraggio frequente di numerosi parametri clinici ed il conseguente contatto con il personale medico per controllo ed eventuale modifica della terapia. In letteratura ci sono esempi di applicazione di servizi di Telemedicina per la gestione a domicilio di pazienti con diverse malattie croniche evolutive neurologiche, cardiologiche, metaboliche,

	respiratorie. Un'esperienza italiana pilota ha applicato i servizi di Telemedicina nella gestione dei pazienti a domicilio affetti da Sclerosi Laterale Amiotrofica dimostrando un sensibile miglioramento della qualità della vita ed un minor numero di re-ospedalizzazioni. Nel caso di pazienti con Insufficienza Cardiaca, il Telemonitoraggio è associato ad una significativa riduzione della mortalità rispetto alle cure tradizionali. Nel 2015, inoltre, è stato pubblicato un documento di consenso da parte delle Società scientifiche di aritmologia internazionali, con l'indicazione di dati di numerosi studi in cui il controllo remoto dei dispositivi cardiaci impiantabili ha permesso sia la riduzione del numero di visite di follow-up di routine, sia la diagnosi precoce di eventi clinicamente significativi. Il Programma di Miglioramento e Riqualificazione avrà termine il 1/10/2018.
DESCRIZIONE	Al termine del Programma verranno implementati i servizi di Telemedicina attivati al fine di una loro estensione sia a livello ospedaliero che territoriale. Il progetto si propone i seguenti obiettivi: 1. Esecuzione di uno studio di valutazione per l'integrazione della piattaforma ADVICE ai sistemi in uso di cartella clinica informatizzata, al fine di estendere il Teleconsulto anche ad altre reti cliniche mediante il suo utilizzo da parte dei reparti di degenza per acuti, rispettando le indicazioni dei riferimenti normativi in merito di sicurezza e protezione dei dati sanitari. 2. Valutazione dell'impatto dell'estensione dei servizi di Telemonitoraggio domiciliare da parte dei Centri ADI per i pazienti affetti da patologie croniche in media intensità assistenziale e per i pazienti cronici inseriti nei PDTA regionali DIABETE e BPCO. territoriali attivi a livello regionale. Tale intervento si pone in linea con le attività progettuali della Linea progettuale 1. "Percorso diagnostico-terapeutico condiviso e personalizzato per pazienti con multicronicità". 3. Estensione della piattaforma ADVICE a tutti i PS/DEA delle Reti dell'Emergenza, Tempo-dipendenti e delle Malattie Infettive. 4. Estensione dei servizi di Telemonitoraggio domiciliare per i pazienti in carico in ADI dei Distretti Sanitari Regionali.

	5. Monitoraggio delle attività di Telemedicina attivate nel corso dell'anno, al fine di individuare indicatori di performance, anche attraverso il confronto con la letteratura disponibile, utili per la programmazione, sviluppo, monitoraggio e valutazione degli servizi di Telemedicina attivati e da implementare, e l'impatto sui percorsi di cura i sia a livello ospedaliero che territoriale.
OBIETTIVI	**Obiettivi qualitativi:** 1) Definizione di uno studio di valutazione per l'estensione di ADVICE sulle altre reti cliniche: la fase di valutazione fornirà evidenze relative alla implementazione informatica, e all'impatto dell'utilizzo del Teleconsulto sugli indicatori in uso per la valutazione di performance delle reti cliniche (per es. oncologica). Lo studio potrà avvalersi di una fase di sperimentazione in cui la piattaforma verrà attivata esclusivamente in una determinata area di rete clinica. Tutte le altre aree saranno utilizzate come gruppo di controllo. 2) Definizione di uno studio di valutazione dell'estensione dei servizi di Telemonitoraggio per i pazienti cronici in carico ADI a media intensità ed i pazienti inseriti nei PDTA attualmente attivi a livello regionale (BPCO e DIABETE). Lo studio potrà avvalersi di una fase di sperimentazione nell'ambito di una Azienda Sanitaria Locale. **Obiettivi quantitativi:** 3) Implementazione dell'attivazione della piattaforma ADVICE a tutti i PS/DEA regionali 4) Estensione dell'attivazione dei servizi di Telemonitoraggio per i pazienti in carico in ADI nei Centri Distrettuali 5) Definizione di uno studio di valutazione delle attività di Telemedicina attivati e da implementare, e l'impatto sui percorsi di cura i sia a livello ospedaliero che territoriale

TEMPI DI ATTUAZIONE E CRONOPROGRAMMA	 Tutte le azioni saranno effettuate entro la fine del 2018.
INDICATORI DI VALUTAZIONE (qualitativi e quantitativi)	1) Definizione di uno studio di valutazione per l'estensione di ADVICE; 2) Definizione di uno studio di valutazione dell'estensione dei servizi di Telemonitoraggio per i pazienti cronici in carico ADI a media intensità ed i pazienti inseriti nei PDTA attualmente attivi a livello regionale (BPCO e DIABETE); 3) % PS/DEA con Telemedicina; 4) % Centri di ADI distrettuali con servizi di Telemedicina; 5) Definizione di uno studio di valutazione delle attività di Telemedicina attivati e da implementare, e l'impatto sui percorsi di cura i sia a livello ospedaliero che territoriale
RISULTATI ATTESI	1) Definizione dello studio di valutazione per l'estensione di ADVICE; 2) Disponibilità di uno studio di fattibilità per l'attivazione del Telemonitoraggio in almeno in una Azienda Sanitaria Locale per i pazienti inseriti nei PDTA BPCO e DIABETE 3) 100% PS/DEA con Telemedicina; 4) 75% Centri di ADI distrettuali con servizi di Telemedicina; 5) Definizione di uno studio di valutazione dei servizi di Telemedicina attivati e da implementare, e l'impatto sui percorsi di cura i sia a livello ospedaliero che territoriale

Azienda Sanitaria	Finanziamento
ASL Roma 1	**3.058.870,82**
Dipartimento di Epidemiologia SSR – ASL Roma 1	**250.217,15**
ASL Roma 2	**3.835.181,99**
ASL Roma 3	**1.787.979,37**
ASL Roma 4	**964.259,21**
ASL Roma 5	**1.476.103,97**
ASL Roma 6	**1.686.221,48**
ASL Viterbo	**935.726,18**
ASL Rieti	**460.368,87**
ASL Latina	**1.692.564,44**
ASL Frosinone	**1.442.771,82**
AO San Camillo/Forlanini	**1.917.793,34**
AO San Giovanni/Addolorata	**958.896,67**
AOU Policlinico Umberto I	**2.157.517,51**
AOU Policlinico Tor Vergata	**958.896,67**
AOU Sant'Andrea	**719.172,50**
IRCCS INMI Lazzaro Spallanzani	**479.448,34**
IRCCS Istituti Fisioterapici Ospitalieri	**239.724,17**
TOTALE	**25.021.714,50**

REGIONE.LAZIO.REGISTRO UFFICIALE.Int.0724275.16-11-2018

REGIONE LAZIO

DIREZIONE REGIONALE SALUTE E INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA
AREA PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE

Al Dirigente
Area Risorse Finanziarie del Servizio Sanitario Regionale
Dott. Marcello Giannico

SEDE

OGGETTO: Trasmissione linea progettuale 4. Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione

Si trasmettono le schede della Linea progettuale 4 del Piano Regionale della Prevenzione complete di cronogramma.

Cordiali saluti

IL DIRIGENTE DELL'AREA
(Alessandra Barca)

PB

VIA R. R. GARIBALDI, 7
00145 ROMA
TEL. + 39 06 51681
FAX + 39 06 51684815
WWW.REGIONE.LAZIO.IT
prevenzionepromozionesalute@regione.lazio.legalmail.it

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

SCHEDA 4

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

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	LAZIO
DECRETO COMMISSARIO AD ACTA (DATA E NUMERO)	Decreto del Commissario ad Acta (DCA). n.U00017 del 16/01/2015 DCA n.U00309 del 06/07/2015 DCA n.U00593 del 16/12/2015 DCA n.U00209 del 25/05/2018
LINEA PROGETTUALE	Linea 4. Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione
TITOLO DEL PROGETTO	Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2014-2019
DURATA DEL PROGETTO	anni 2014-2019
REFERENTE	Area Prevenzione e Promozione della Salute

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	26.249.399,00
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	€ 130.000

IL PROGETTO

CONTESTO	Con Intesa Stato-Regioni n.156 del 13 novembre 2014 è stato approvato il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2014-2018. Esso individua 10 Macro-obiettivi di salute ad elevata valenza strategica, perseguibili contemporaneamente da tutte le Regioni attraverso la messa a punto di Piani regionali che, pur essendo tarati sulle esigenze dei contesti specifici, utilizzano un comune approccio il più possibile intersettoriale e sistematico. La Regione Lazio, con DCA n. U00017 del 16/01/2015 e ss.mm.ii ha recepito *vision* e principi del PNP 2014-2018, definendo il quadro di contesto e individuando nove Programmi regionali con i quali si intende dare attuazione a tutti i Macro-obiettivi del PNP. Il PRP 2014-2018, prorogato al 2019 ai sensi dell'Intesa Stato-Regioni del 21 dicembre 2017 (rep. atti 247/CSR), rappresenta un importante strumento di programmazione degli interventi di prevenzione e promozione della salute a livello regionale. In linea con le indicazioni nazionali, il PRP si orienta verso l'adozione di interventi supportati da prove di efficacia o indicazioni di buone pratiche, monitorati nel tempo e valutati secondo l'impianto valutativo definito a livello nazionale con l'Accordo Stato-Regioni n. 56 del 25/03/2015.
DESCRIZIONE	Il PRP 2014-2019 è articolato nei seguenti 9 Programmi: 1. Promozione di stili di vita salutari nella popolazione generale per guadagnare salute nel Lazio

	2. Prevenzione e controllo delle MCNT a maggior rilevanza quali malattie cardiovascolari, tumori, diabete e conseguenze dei disturbi neurosensoriali congeniti 3. Promozione della salute e del benessere nelle scuole 4. Prevenzione degli incidenti domestici e stradali 5. Prevenzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali 6. Ambiente e salute 7. Prevenzione e controllo delle malattie infettive 8. Sicurezza alimentare e Sanità pubblica veterinaria 9. Supporto regionale allo sviluppo del PRP 2014-2019. Per il monitoraggio e la valutazione dei Programmi sono stati definiti indicatori regionali sulla base delle indicazioni contenute nell'Allegato A dell'Accordo Stato-Regioni n. 56 del 25/03/2015. In particolare, per tutti gli indicatori è stata definita la formula di calcolo e i valori attesi annuali. Inoltre, sono stati individuati i cosiddetti "indicatori sentinella" e relativi standard, funzionali alla certificazione del PRP. Si tratta di indicatori utili a valutare e documentare l'avanzamento dei programmi verso il raggiungimento degli obiettivi regionali. L'utilizzo di metodi e strumenti di monitoraggio e valutazione in linea con le indicazioni nazionali, e comuni con le altre Regioni, permetterà di utilizzare i risultati del processo valutativo per il miglioramento e la riprogrammazione degli interventi. Per favorire il monitoraggio e la rendicontazione del Piano a livello regionale ed aziendale, sarà sviluppata una piattaforma informatica dove saranno inserite le informazioni relative a ciascun progetto e azione regionale. La piattaforma potrà fornire ai responsabili del PRP a livello regionale ed aziendale le tabelle di monitoraggio per la valutazione dello stato di avanzamento delle attività. Il programma 9 "Supporto regionale allo sviluppo del PRP 2014-2019" intende favorire la messa in atto degli interventi e azioni del PRP, attraverso la chiara definizione dei risultati attesi a livello regionale. Concorrono alla realizzazione del programma 20 azioni regionali, di cui 5 azioni sono legate alla definizione di interventi di comunicazione a supporto dei Programmi del PRP. In particolare, l'Azione 9.16 prevede all'obiettivo 9.16.1 la realizzazione di iniziative di comunicazione rivolte alla popolazione generale sugli stili di vita salutari; l'obiettivo 9.16.2 prevede la promozione di scelte consapevoli e salutari da parte dei genitori attraverso una piattaforma web contenente le informazioni per la corretta alimentazione e l'adozione di uno stile di vita non sedentario (promozione dell'attività fisica e riduzione delle attività sedentarie come TV e videogiochi). Il sito web "piccolipiuinforma" (www.piccolipiuinforma.it), sviluppato dal Dipartimento di Epidemiologia della Regione Lazio (DEP Lazio) nell'ambito del Progetto CCM 2014 avente come capofila la Regione Lazio, contiene materiali video, materiali da scaricare e da visionare sul web (brochure, video di ricette culinarie, attività motorie ecc.) destinati ai genitori di bambini di 3-4 anni. Per favorire il raggiungimento degli obiettivi regionali, la piattaforma web "piccolipiuinforma" sarà promossa dalla Regione Lazio in collaborazione con tutte le ASL. I contenuti dei materiali saranno aggiornati da parte degli esperti del DEP Lazio e dei referenti regionali del PRP identificati per gli aspetti nutrizionali. Le ASL saranno coinvolte attivamente nell'attività di promozione e utilizzo del sito per la realizzazione di interventi sul territorio. L'Azione 9.19 prevede all'obiettivo 9.19.1 la realizzazione di iniziative di comunicazione sull'utilizzo consapevole degli antibiotici in linea con le indicazioni del Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico resistenza (PNCAR) 2017-2020 approvato il 02/11/2017. La Regione Lazio, in raccordo con tutte le ASL, si farà promotrice di interventi di comunicazione sul tema basati su evidenze di efficacia o buone pratiche rivolti in particolare ai soggetti prescrittori e alla popolazione generale (pazienti, genitori, consumatori).

OBIETTIVI	1. Raggiungere gli obiettivi specifici regionali contenuti nei Programmi del PRP 2014-2019. 2. Realizzare una piattaforma web per il monitoraggio e la rendicontazione del PRP 3. Promuovere scelte consapevoli e salutari da parte dei genitori 4. Realizzare iniziative di comunicazione sull'utilizzo consapevole degli antibiotici in linea con le indicazioni del PNCAR 2017-2020
TEMPI DI ATTUAZIONE	Per gli obiettivi 1, 3 e 4 si rimanda ai cronogrammi presenti nell'allegato al DCA n.U00209 del 25/05/2018. Per l'obiettivo 2 vedere "cronogramma obiettivo 2".
INDICATORI (quantitativi e qualitativi)	1. Ottenere la certificazione del PRP per l'anno 2018 ovvero almeno l'80% di tutti gli indicatori sentinella di tutti i programmi presenta uno scostamento tra valore osservato e standard non superiore al 20% 2. Realizzazione di una piattaforma web per il monitoraggio e la rendicontazione del PRP 3. Diffusione e aggiornamento periodico del sito regionale "piccolipiuinforma" in collaborazione con il DEP Lazio e con i referenti regionali del PRP identificati sui temi nutrizionali. 4. Realizzazione, in collaborazione con le ASL, di almeno due interventi di comunicazione basati su evidenze di efficacia o buone pratiche finalizzati ad aumentare la consapevolezza nell'uso degli antibiotici.
RISULTATI ATTESI	Realizzazione e consolidamento degli interventi di prevenzione e promozione della salute previsti nei Programmi del PRP 2014-2019. Miglioramento e consolidamento del sistema di monitoraggio del PRP Realizzazione di interventi di comunicazione basati sull'evidenza di efficacia o sulle buone pratiche a sostegno dei Programmi del PRP.

DESTINATARI DEL FINANZIAMENTO E CRITERI DI RIPARTIZIONE

ASL Roma 1	4.632.240,0
ASL Roma 2	5.717.453,8
ASL Roma 3	2.659.006,4
ASL Roma 4	1.442.378,2
ASL Roma 5	2.212.304,0
ASL Roma 6	2.519.938,5
ASL Viterbo	1.405.604,3
ASL Rieti	693.619,7
ASL Latina	2.533.068,9
ASL Frosinone	2.172.538,3
Regione Lazio	130.000,00
TOTALE	**26.118.152,0**

CRONOGRAMMA OBIETTIVO 2: REALIZZARE UNA PIATTAFORMA WEB PER IL MONITORAGGIO E LA RENDICONTAZIONE DEL PRP

Attività	Mesi											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Analisi delle schede di monitoraggio dei Progetti del PRP												
Messa a punto di uno studio di fattibilità (da adottare con Determinazione regionale)												
Realizzazione della piattaforma												

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

SCHEDA 4.1

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

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	LAZIO
DECRETO COMMISSARIO AD ACTA	DCA n. U00017 del 16/01/2015 DCA n. U00309 del 06/07/2015 DCA n. U00593 del 16/12/2015 DCA n.U00209 del 25/05/2018
LINEA PROGETTUALE	Linea N. 4 Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018
TITOLO DEL PROGETTO	Attività dei Network Nazionali Osservatorio Nazionale Screening (ONS), Associazione Italiana dei Registri Tumori (AIRTUM), Network Italiano di Evidence-based Prevention (NIEBP) a supporto del Piano Regionale della Prevenzione 2014 – 2019
DURATA DEL PROGETTO	2017-2019
REFERENTE	Area Prevenzione e Promozione della Salute

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 131.247,00 di cui: - € 43.749,00 all'AIRTUM - € 43.749,00 all'ONS - € 43.749,00 all'NIEBP
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

Contesto:
Il Piano Nazionale Prevenzione per la sua realizzazione e valutazione necessita di attività di supporto relative a programmazione e pianificazione regionale, definizione di modalità operative, monitoraggio e valutazione per i programmi di screening, identificazione di interventi preventivi efficaci, costituzione di banche dati omogenee e qualitativamente elevate utili all'epidemiologia descrittiva, clinica ed ambientale al fine di realizzare una pertinente ed efficace programmazione sanitaria. Sono necessari, inoltre, interventi di quality assurance, promozione della ricerca, stesura di linee guida, diffusione dei risultati, formazione e miglioramento della comunicazione. Tale attività di supporto al Piano Nazionale Prevenzione viene assicurata da tre reti nazionali costituite nello specifico dall'Osservatorio nazionale Screening (ONS), dall'Evidence-based prevention (NIEBP) e dall'Associazione italiana registri Tumori (AIRTUM), a cui con l'articolo 17, comma 2, del Patto per la salute 2014-2016, approvato il 10/7/2014, le Regioni e le Provincie autonome "convengono che il 5 per mille della quota vincolata per il Piano nazionale di Prevenzione ... venga destinato alla linea progettuale per le attività di supporto al PNP medesimo da parte dei tre network" sopra citati.
L'Osservatorio Nazionale Screening (ONS) è attivo da circa 15 anni come network dei centri regionali di eccellenza nel campo degli screening oncologici. Il coordinamento del network ha sede presso l'ISPO di Firenze. Già il decreto del Ministro della Salute del 25 novembre 2004 (articolo 2 bis della legge 138 del 2004) individuava l'ONS come strumento tecnico a supporto sia delle Regioni, per l'attuazione dei programmi di screening, che del Ministero della Salute, per la definizione delle modalità operative, il monitoraggio e la valutazione dei programmi.
L'Associazione Italiana Registri Tumori (AIRTUM) è l'Associazione che coordina i 49 RT generali di popolazione e i 7 RT specializzati, accreditati in AIRTUM. I dati prodotti dai RT servono per l'epidemiologia descrittiva (costituzione di banche dati e divulgazione dati), valutazione di impatto degli screening oncologici, programmazione sanitaria (pianificazione di interventi), supporto della ricerca e valutazione del rischio. La sede legale dell'Associazione è Milano, Via Ricciarelli, 29. La Banca dati dei RT è collocata presso ISPO, Firenze.
Il Network per l'Evidence-based Prevention (NIEBP) è costituito da una rete di ricercatori e collaboratori dell'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, dell'Università del Piemonte Orientale e dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma. Sviluppa metodologie per promuovere l'identificazione degli interventi preventivi efficaci a supporto della pianificazione regionale per la prevenzione.

Obiettivi:
Gli obiettivi di questa linea progettuale specifici per i tre Network sono i seguenti:
Osservatorio Nazionale Screening
- Realizzazione della survey nazionale delle attività dei programmi di screening effettuate nell'anno 2018; produzione di indicatori per il monitoraggio delle attività svolte dalle Regioni; calcolo degli indicatori per la valutazione dell'adempimento dei LEA per il Ministero della Salute.
- Formazione a livello regionale e nazionale
- attività di quality assurance

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

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

Descrizione del Progetto:

Gli obiettivi del progetto verranno perseguiti attraverso le seguenti attività.

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

1. *Realizzazione della Survey annuale per il monitoraggio dell'attività di screening oncologico (valutazione LEA).*
   Raccolta, elaborazione e produzione della survey annuale sull'andamento dei programmi di screening, elaborazioni degli indicatori, produzione di rapporti regionali in cui i risultati dei principali indicatori. Questa attività sfrutta il network esistente di tre centri (CPO Piemonte, Direzione Prevenzione – Coordinamento Screening - Regione Veneto, ISPO Toscana, per cui ognuno esegue rispettivamente le survey cervicale e quella SQTM; quella colo rettale; e la survey per il tumore della mammella). Produzione di articoli scientifici di valutazione più approfondita dei risultati.
2. *Introduzione della raccolta di dati individuali tramite la DWH nazionale di screening.*
   Supporto alle Regioni che richiederanno assistenza di carattere clinico-informatico per la predisposizione all'invio e la successiva spedizione dei dati individuali al sistema. Analisi periodica tramite cruscotto NSIS dei dati inviati e trasformazione di questi negli indicatori per valutare la qualità dei programmi di screening.
3. *Attività di formazione di alto livello in ambito regionale e nazionale*
   Per formazione intendiamo tutti i mezzi in grado di migliorare la qualità tecnico professionale dei professionisti coinvolti nello screening, sia la qualità organizzativa/gestionale dei singoli programmi. Realizzazione in accordo con le società scientifiche multi disciplinari sia di corsi a livello nazionale, sia l'apertura a professionisti di altre Regioni dei corsi che si tengono in una Regione per i propri operatori di screening, sia a corsi FAD, sia all'utilizzo di piattaforme già esistenti in una data regione etc. In particolare saranno da privilegiare la possibilità di stage formativi presso centri di eccellenza per lo screening di professionisti provenienti da altre Regioni. Sia i centri formativi che i corsi dovranno essere definiti a livello nazionale da parte dell'ONS.
4. *Attività di Quality Assurance (QA)*
   Site-visit/audit (visite di verifica della qualità dell'erogazione a livello aziendale e Regionale) da parte di gruppi di professionisti individuati dall'ONS che, con metodiche standardizzate, analizzino a fondo le performance di un singolo programma aziendale regionale ovverosia di un intero sistema regionale, e successivamente in visite sul posto siano capaci di individuare le cause organizzative o tecniche professionali che le determinano. La struttura centrale di ONS si incaricherà di organizzare le singole site visit, scegliere i professionisti, curare gli aspetti logistici. I professionisti devono ricevere un mandato formale da parte dell'ONS, riconosciuto dall'ente di appartenenza del professionista.
   Saranno sperimentate e messe in atto modalità di Quality Assurance sulla base degli standard degli indicatori di qualità e di attività prodotti dalle survey generalizzate all'insieme delle Regioni e dei programmi. Tali modalità comprenderanno l'esame da parte dei professionisti incaricati dei dati delle survey, la segnalazione ai responsabili delle criticità e la richiesta di una relazione sulle azioni intraprese e l'analisi dei dati before / after.
5. *Promozione della ricerca in ambito di screening*
   Creazione di gruppi di lavoro e/o creazione di database di dati da analizzare al fine di approfondire tematiche conoscitive utili alla programmazione e al monitoraggio Regionale. Ovviamente l'interesse di tali ricerche dovrà essere definito dall'ONS. A tal fine ONS (in accordo con le società scientifiche multi disciplinari) finanzierà quanto necessario all'attività.
6. *Produzione di linee guida/procedure in ambito di screening*
7. *Sviluppo della qualità dell'informazione e della comunicazione e rendicontazione dei risultati*
   Attività svolta in collaborazione con le Società scientifiche multidisciplinari. Produzione di materiale informativo per gli utenti e per la comunità sanitaria: lettere di invito e sollecito, informazione digitale e utilizzo di nuove tecnologie (siti internet sms-social). Il gruppo di lavoro realizzerà materiale utilizzabile e personalizzabile (inserendo i riferimenti locali, loghi etc) a disposizione di tutte le Regioni. Valutazione del materiale informativo prodotto dai singoli centri.

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

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

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

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

2. *Risposta a quesiti specifici provenienti dalle Regioni, riguardo all'efficacia di specifici interventi*
   Sviluppo di una rete regionale di "antenne" del NIEBP con funzione di interfaccia con i centri di ricerca, di gestione della domanda, ovvero dei quesiti sulla efficacia di interventi posti a livello regionale o locale, di disseminazione dell'uso delle prove di efficacia elaborate.
   Formazione dei collaboratori dei centri di ricerca e delle "antenne" regionali del NIEBP.
   Risposta a quesiti specifici delle regioni rispetto alla eventuale efficacia di interventi di prevenzione non inclusi nel PNP (ad esempio screening per l'autismo, sigillatura dentale per la prevenzione della carie). Verrà effettuata una Rapid Review della letteratura al fine di sintetizzare i risultati di studi di valutazione.
3. *Horizon scanning, ovvero ricerca attiva di interventi e programmi innovativi.*
   Tale attività si attiva per interventi prodotti dalle regioni e ancora da valutare, oppure presenti in letteratura e ancora da trasferire. Nel primo caso verrà dato supporto per la valutazione dell'intervento (come avvenuto ad esempio per Luoghi di Prevenzione o Paesaggi di Prevenzione), nel secondo verranno intrapresi percorsi di adattamento e disseminazione.
4. *Formazione e disseminazione delle evidenze*
   Completamento e aggiornamento della matrice NIEBP delle evidenze.
   Organizzazione di eventi di formazione e di aggiornamento rivolti a professionisti impegnati nell'attuazione o rimodulazione dei PRP.
   Costituzione di un sito internet che raccolga tutte le risorse di EBP dei siti del CCM, dell'ISS e delle società scientifiche.

Indicatori
Gli indicatori quantitativi e qualitativi specifici per Network sono i seguenti:

Osservatorio Nazionale Screening
- avvenuta predisposizione delle schede per la raccolta dei dati per la survey nazionale delle attività di screening del 2018
- avvenuta predisposizione del Rapporto annuale per le Regioni ed invio del medesimo
- produzione dei risultati delle due survey e presentazione al convegno nazionale dell'ONS
- pubblicazione dei risultati nel sito dell'ONS

Associazione Italiana Registri Tumori
- Corsi di formazione frontali per operatori di registri tumori.
- Numero di operatori formati
- Numero di ore di formazione
- Precorso di accreditamento e valutazione qualità dei dati per nuovi registri tumori.
- Aggiornamento della Banca Dati AIRTUM con la casistica dei registri tumori Italiani (nuovi registri accreditati e nuovi anni di incidenza per i registri storici).
- Aggiornamento del sito internet ITACAN con la casistica dei registri tumori Italiani (inclusi nuovi registri accreditati e nuovi anni di incidenza per i registri storici).

- Pubblicazione annuale del Volume "I numeri del cancro in Italia".
- Pubblicazione del Volume "Rapporto AIRTUM sui trend temporali".

Network per l'Evidence Based Prevention

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

Cronogramma

Osservatorio Nazionale Screening

Anno	2017												2018												2019			
Mese	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4
Predisposizione schede* per la raccolta dei dati		X	X	X																								
Invio schede alle regioni				X												X												X
Ricezione dati prima parte della survey, verifica dati					X	X	X										X	X	X									
Analisi dei risultati prima parte e produzione indicatori									X	X	X										X	X	X					
Ricezione dati seconda parte della survey, verifica dati									X	X	X										X	X	X					
Analisi dei risultati seconda parte e produzione indicatori									X	X	X	X	X	X	X	X	X	X										
Produzione rapporto per ciascuna regione													X												X			
Presentazione risultati convegno ONS													X												X			
Diffusione dei risultati (sito ONS), pubblicazioni, …															X	X	X	X								X	X	X

* schede relative alla survey nazionale.

Associazione Italiana Registri Tumori

Anno	2017												2018												2019			
Mese	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4
Formazione	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X	X		X	X	X			X	X	X	X				
Accreditamento		X	X						X	X	X	X	X	X			X	X					X	X	X	X		
Aggiornamento Banca Dati AIRTUM	X	X							X	X			X	X			X	X				X	X	X				
Aggiornamento del sito internet ITACAN									X	X	X	X	X	X											X	X	X	X
Pubblicazione de "I numeri del cancro in Italia".	X	X	X	X	X	X			X				X	X	X	X	X	X			X				X	X	X	X
Pubblicazione del "Rapporto AIRTUM sui trend temporali".									X	X	X	X	X	X	X	X	X	X										

Network per l'Evidence Based Prevention

Anno	2017												2018												2019			
Mese	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4
completamento e aggiornamento della Matrice		X	X	X					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
identificazione delle "Antenna" del NIEBP														X	X	X	X											X
formazione delle "antenne"																	X	X	X									
3 eventi formativi interregionali																X					X				X			
supporto alla programmazione																	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X
risposta ad almeno 5 quesiti di efficacia																	X	X	X				X	X	X	X	X	X
inizializzazione dell'horizon scanning			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
supporto alla valutazione																	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X
diffusione risultati																					X	X	X	X	X	X	X	X

ALLEGATO 2

Azienda/linea progettuale	1	2	3	4	5	impegno 2018
	percorso diagnostico terapeutico condiviso e personalizzato per pazienti con multicronicità	promozione dell'equità in ambito sanitario	costituzione ed implementazione della rete della terapia del dolore e sviluppo delle cure palliative e della terapia del dolore in area pediatrica	Piano nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione	la tecnologia sanitaria innovativa come strumento di integrazione ospedale territorio	
ASL Roma 1	6.422.537,09	2.206.058,64	1.794.328,21	4.632.240,00	3.309.087,97	18.364.251,91
ASL Roma 2	7.268.214,07	2.556.787,99	2.249.710,97	5.717.453,80	3.835.181,99	21.627.348,82
ASL Roma 3	3.388.474,61	1.191.986,25	1.048.825,54	2.659.006,40	1.787.979,37	10.076.272,17
ASL Roma 4	1.827.408,02	642.839,48	565.632,74	1.442.378,10	964.259,21	5.442.517,55
ASL Roma 5	2.797.426,48	984.069,32	865.879,98	2.212.304,00	1.476.103,97	8.335.783,75
ASL Roma 6	3.195.628,98	1.124.147,65	989.134,54	2.519.938,50	1.686.221,48	9.515.071,15
ASL Viterbo	1.773.333,89	623.817,45	548.895,32	1.405.604,30	935.726,18	5.287.377,14
ASL Rieti	872.464,33	306.912,58	270.051,57	693.619,70	460.368,87	2.603.417,05
ASL Latina	3.207.649,78	1.128.376,29	992.855,31	2.533.068,90	1.692.564,44	9.554.514,72
ASL Frosinone	2.734.257,32	961.847,88	846.327,40	2.172.538,30	1.442.771,82	8.157.742,72
A.O. San Camillo Forlanini	1.858.018,09	1.120.469,79	-		1.917.793,34	4.896.281,22
A.O. S. Giovanni	1.369.551,03	825.901,84	-		958.896,67	3.154.349,54
Policlinico Umberto I	2.276.440,82	1.372.797,81	382.803,71		2.157.517,51	6.189.559,85
Policlinico Tor Vergata	1.026.702,46	619.148,49	382.803,71		958.896,67	2.987.551,33
A.O. S. Andrea	825.785,82	497.986,57	-		719.172,50	2.042.944,89
INMI (Spallanzani)	335.475,49	202.307,05	-		479.448,34	1.017.230,88
I.F.O.	523.489,22	315.687,92	-		239.724,17	1.078.901,31
Supporto al PRP -quota regionale-	-	-	-	130.000,00	-	130.000,00
Network -supporto al PNP quota regionale 5x1000				131.247,00		131.247,00
TOTALE	**41.702.857,50**	**16.681.143,00**	**10.937.249,00**	**26.249.399,00**	**25.021.714,50**	**120.592.363,00**

ALLEGATO 3

RELAZIONI OBIETTIVI DI PIANO SANITARIO NAZIONALE

ANNO 2017

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

REGIONE.LAZIO.REGISTRO UFFICIALE.Int.0763588.30-11-2018

REGIONE LAZIO

DIREZIONE REGIONALE SALUTE E INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA
Area Rete integrata del territorio

Al Dirigente Area Risorse finanziarie
del Servizio Sanitario Regionale
Dott. Marcello Giannico
SEDE

Oggetto: Trasmissione Relazioni delle attività relative agli Obiettivi di Piano 2017 – DCA U00330/2018

Si trasmettono le Relazioni riguardanti le attività svolte dalle Aziende Sanitarie nell'anno 2017 relative alle linee progettuali n. 1, 2, 3, 5, contenute nel DCA n. U00330/2018.

Cordiali saluti.

IL DIRIGENTE DELL'UFFICIO
Cure primarie e intermedie
dell'Area Rete integrata del territorio
Gianni Vicario

IL DIRIGENTE
Area Rete Ospedaliera e Specialistica
Luca Casertano

IL DIRIGENTE
Area Risorse Umane
Barbara Solinas

Silvia Scalmana
Tel. 0651685341
sscalmana@regione.lazio.it

Linea Progettuale 1 – Attività di Assistenza Primaria

Le attività della linea progettuale riguardanti le Case della Salute sono sintetizzate nelle seguenti azioni:

- monitoraggio dell'attività delle Case della Salute tramite gli indicatori per la valutazione delle attività assistenziali. Ciò è stato realizzato tramite un incontro di approfondimento con le ASL del Lazio relativamente allo stato di progressiva implementazione delle Case della Salute per le tematiche di:
  - assistenza primaria, rapporti con i medici di medicina generale e supporto informatico/informativo alle UCP;
  - Percorsi Diagnostici Terapeutico Assistenziali (PDTA);
  - volontariato ed integrazione socio sanitaria, con particolare riferimento al Punto Unico di Accesso (PUA).

  Tale incontro, tenutosi presso la Regione Lazio il 12 aprile 2017, ha esitato in un verbale condiviso con le ASL.

- Consolidamento delle funzioni territoriali svolte dalle Case della Salute: si è proceduto nel percorso di implementazione delle Case della salute, attraverso la progressiva attivazione di funzioni e servizi a favore degli utenti.

- Emanazione di un Decreto volto alla revisione, sulla scorta delle esperienze in itinere, di alcuni aspetti organizzativi e funzioni della Casa della Salute, nonché dei requisiti minimi autorizzativi e degli schemi di Intesa per l'attivazione. Il Decreto del Commissario ad Acta 22 giugno 2017, n. U00228 *"Casa della Salute: aspetti organizzativi e funzioni, requisiti minimi autorizzativi e schemi di Intesa per l'attivazione"* introduce alcune modifiche rispetto alle normative precedenti ed approva i seguenti documenti:
  - "Percorso attuativo delle Case della Salute – DCA 428/2013", che definisce le indicazioni attuative per l'attivazione delle Case della Salute;
  - "Schema di Intesa Attivazione della Casa della Salute";
  - "Requisiti minimi autorizzativi – Casa della Salute";
  - "Schema di Intesa Attivazione della Casa della Salute in strutture aziendali diverse da quelle in riconversione".

- Emanazione di un Decreto volto alla individuazione della stima del fabbisogno di Case della Salute nella Regione Lazio. Il Decreto del Commissario ad Acta n. U00467 del 7.11.2017 *"Assistenza sanitaria e socio-sanitaria territoriale nel Lazio. Documento tecnico di programmazione"* definisce, tra i diversi setting assistenziali, la stima del fabbisogno di Case della Salute nella Regione Lazio, specificando che *"Negli ambiti distrettuali di maggior dimensione o nei territori particolarmente ampi e dispersi, è possibile attivare ulteriori Case della Salute rispetto a quelle previste, su richiesta motivata da parte della Azienda Sanitaria Locale."*.

Nel corso del 2017, in attuazione del DCA 376/2014, può considerarsi conclusa in tutte le Aziende la fase di trasformazione delle Unità di Cure Primarie - UCP in un'unica forma, che prevede una sede unica in cui tutti i medici aderenti svolgono le attività. Inoltre, come previsto dal citato Accordo, in alcune ASL le UCP sono state inserite all'interno delle Case della Salute o in sedi aziendali.

Nel corso dell'anno 2017 è proseguita l'attività degli Ambulatori di Cure Primarie (ACP) per la copertura assistenziale nei giorni: sabato, domenica e festivi, nonché l'implementazione con l'attivazione di nuovi ambulatori.
L'attività degli stessi viene monitorata attraverso dati registrati direttamente sul sistema SISMED, ove attivo, o trasmessi con file excell, consentendo la predisposizione dei report mensili.
Con nota n. 216883 del 2 maggio 2017 e con successiva nota n. 523952 del 18 ottobre 2017, atteso che in alcuni degli ACP attivi è stato riscontrato un accesso medio di oltre 90 pazienti ogni week-end, che comporta tempi di attesa piuttosto lunghi, è stata prevista la possibilità per le Aziende di provvedere alla istituzione di una seconda postazione.
A dicembre 2017 risultano attivi in totale n. 29 Ambulatori.

Al fine di consolidare il percorso già avviato con il Decreto sopra citato, in data 21 dicembre 2017 è stato sottoscritto un nuovo Accordo tra la Regione Lazio e le OOSS della medicina generale avente ad oggetto "La nuova sanità nel Lazio: Obiettivi di Salute e Medicina d'Iniziativa" recepito con Decreto del Commissario ad Acta 22 dicembre 2017, n. U00565.
Con detto Accordo vengono regolamentati alcuni aspetti relativi alle attività delle UCP prevedendo la possibilità per tutti i medici di aderire alle suddette forme associative al fine di garantire un miglioramento dell'assistenza territoriale e una maggiore estensione del servizio. Nell'Accordo continuano ad essere previsti gli Ambulatori di Cure Primarie per la copertura assistenziale nei giorni di sabato, domenica, prefestivi e festivi, pertanto si può ritenere che sia conclusa la fase sperimentale.

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

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

Nella consapevolezza di dover efficacemente presidiare questa dimensione, con focus prioritario sulla componente psicologico-relazionale del prendersi cura, gli interventi attivati sono stati finalizzati ad accordare strategie informative e di accoglienza con percorsi di cura condivisi e partecipati.
Secondo quanto stabilito a livello di indirizzo normativo ed in linea con i programmi di azione in tema di empowerment ed alfabetizzazione sanitaria, diverse iniziative hanno privilegiato tematiche atte a rafforzare la capacità dei sistemi di migliorare le competenze dei cittadini in materia di salute e di potenziare le abilità relazionali degli operatori.

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

Molte iniziative progettuali hanno avuto come finalità l'implementazione di percorsi multidisciplinari e multiprofessionali. Le iniziative aziendali di valutazione della qualità percepita rappresentano una modalità diffusa nell'intero territorio regionale, con un alto grado di adesione delle strutture al progetto di ricerca autofinanziata promossa da Agenas in materia.

A livello di singola azienda sono stati realizzati progetti in diverse aree assistenziali, con focus anche su riorganizzazioni strutturali e di miglioramento della segnaletica.
Al fine di rendere partecipata la gestione dei percorsi di prevenzione, cura e riabilitazione sono stati strutturati, inoltre, progetti formativi in tema di continuità dell'assistenza, comunicazione, accessibilità, cura della relazione.

Le aree assistenziali interessate da azioni di miglioramento sono:
- Area critica;
- Pediatria;
- Comunicazione;
- Oncologia;
- Assistenza domiciliare.

Le Aziende del SSR hanno rendicontato progetti relativi agli ambiti di seguito elencati.

- Miglioramento della qualità dell'assistenza:
  - Progetti sperimentali per sviluppare percorsi di presa in carico integrata ospedale-territorio a favore dei residenti affetti da disabilità gravi e complesse, non collaboranti;
  - Progetto di Umanizzazione dell'accesso in Pronto Soccorso;
  - Costituzione rete oncologia e di fine vita con il coinvolgimento di associazioni di volontariato della Regione Lazio;
  - Corso di formazione sui percorsi di fine vita "Umanizzare. Morire nelle strutture sanitarie";
  - Progetti di collaborazione interreligiosi sul tema della fine vita;

- Iniziative formative volte al miglioramento del clima relazionale tra detenuti e tra operatori penitenziari;
- Numerose attività formative nell'ambito delle iniziative assunte per la promozione dell'umanizzazione delle cure con approccio basato sulla componente relazionale;
- Miglioramento dell'accoglienza per i pazienti gravi, in particolare per i giovani utenti necessitanti di un percorso residenziale ma, spesso, resistenti ad intraprenderlo;
- Dimissioni con informative sui contenuti diagnostici e terapeutici della cartella clinica. Indicazioni sulle cure a domicilio e periodicità dei controlli ambulatoriali.

- Formazione in tema di comunicazione e accoglienza:
  - Consulta permanente aziendale per la qualità della vita delle persone con disabilità e dei loro familiari;
  - Partecipazione regolare dei referenti distrettuali alle Consulte Municipali Disabili;
  - Attivazione di due unità operative per assistenza ai migranti;
  - Piena operatività dei Punti Unici di Accesso - PUA distrettuali;
  - Questionari e corsi informativi per fornire ai pazienti e ai familiari informazioni utili e supporto psicologico;
  - Miglioramento dell'accoglienza durante il ricovero in reparto di degenza ospedaliera (SPDC) grazie al rinnovamento di oggetti di arredo;
  - Percorsi assistenziale al parto con comunicazione diretta volta a favorire la donazione del cordone;
  - Progetti finalizzati ad agevolare i percorsi clinico assistenziali delle persone con disabilità;
  - Servizi di traduzione simultanea informatizzata e con mediatori culturali.

- Interventi di comunicazione e informazione:
  - Sportello di volontariato per interventi formativi e di supporto rivolti ai cittadini;
  - Diffusione a livello regionale e nazionale di pubblicazioni informative su varie patologie;
  - Revisione cartellonistica dei servizi, interna ed esterna;
  - Traduzione della modulistica in varie lingue;
  - Corsi formativi finalizzati all'alfabetizzazione sanitaria ai cittadini e ai caregiver;
  - Partecipazione ad iniziative pubbliche informativo-divulgative (giornata internazionale dell'epilessia, world cancer day).

- Programmi di valutazione partecipata della qualità:
  - Indagine Qualità Percepita PUA;
  - Gestione e realizzazione delle diverse fasi relative al progetto di Ricerca autofinanziata 2015 "La valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero", promosso da Agenas;
  - Valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero;
  - Indagini interne per la valutazione del benessere organizzativo.

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

Cure palliative

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

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

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

Con il *Decreto del Commissario ad Acta* U00360/2016 "Indirizzi per l'implementazione della Rete Locale di Cure Palliative" ciascuna ASL ha formalmente istituito la rete locale di cure palliative e il Coordinamento dedicato elaborando i Piani aziendali per lo sviluppo e implementazione della rete locale di cure palliative.

I *Decreti del Commissario ad Acta* U00320/2016 e U0087/2017 ridefiniscono ed aggiornano il fabbisogno territoriale per l'assistenza in cure palliative nell'ambito residenziale e domiciliare e sanciscono l'incremento dello standard regionale di p.r. in hospice per i malati terminali non oncologici.

In adempimento del Decreto del Ministero della Salute del 6 giugno 2012: "Istituzione del Sistema Informativo per il monitoraggio dell'Assistenza erogata presso gli Hospice", la Regione Lazio ha emanato circolari alle Aziende Sanitarie per la raccolta dati e il monitoraggio delle prestazioni erogate dagli hospice, insistenti sul proprio territorio, sia in regime residenziale che domiciliare.

Le AASSLL, nell'ambito del monitoraggio delle attività inerenti gli Obiettivi di Piano 2017, hanno relazionato in merito all'assistenza residenziale erogata presso gli hospice e alle prestazioni erogate in assistenza domiciliare palliativa, sia di base che specialistica.

Le Aziende, in continuità con le attività previste nell'anno precedente, hanno implementato e consolidato i percorsi assistenziali garantendo la continuità terapeutica tra ospedale e territorio con assistenza residenziale in hospice e assistenza domiciliare palliativa di base e specialistica, secondo i PAI personalizzati.

Inoltre, le AASSLL hanno provveduto a:

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

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

- avviati i corsi di formazione agli operatori per l'implementazione del modulo SIAT- cure palliative;
- avviati i corsi di formazione rivolti sia ai caregivers che al personale sanitario aziendale e dell'hospice, finalizzati a migliorare l'assistenza dei pazienti presso l'hospice e presso il domicilio;
- programmati eventi formativi/informativi con i Medici di Medicina Generale/PLS e gli operatori sanitari;
- attività di monitoraggio e verifica delle strutture erogatrici e/o domicilio degli assistiti;
- attività di accoglienza e counselling per gli utenti accedenti al front-office alla UOC tutela dell'anziano, della malattia di Alzheimer e gestione hospice.

Terapia del dolore

I due centri Hub per la Terapia del dolore (PTV Tor Vergata e Policlinico Umberto I) hanno svolto nel corso dell'anno 2017 le seguenti attività, in continuità con le azioni previste nell'anno precedente.

Nel corso del 2017 sono state potenziate le seguenti linee di attività:

- Assistenza al paziente fino al decadimento della situazione clinica, al fine di garantire una soddisfacente qualita' di vita, coinvolgendo nella gestione anche i caregivers e i MMG;
- Predisposizione, nel corso della prima visita e dei successivi controlli, di una relazione per il MMG completa di diagnosi, eventuali esami diagnostici di laboratorio o strumentali prescritti dal terapista del dolore;
- Definizione di percorsi integrati tra il MMG ed il Centro di Terapia del dolore, sia per attivare l'eventuale assistenza domiciliare in caso di paziente non autosufficiente, sia per monitorare il rispetto della prescrizione terapeutica del terapista del dolore (soprattutto in caso di utilizzo di farmaci oppioidi ed adiuvanti);
- Attivazione di corsi di formazione ai caregivers ed ai MMG per illustrare gli effetti collaterali, le reazioni avverse dei farmaci prescritti e i rischi in caso di brusca interruzione dell'assunzione del farmaco;
- Pronta reperibilità attraverso contatto telefonico o telematico con i pazienti o con i familiari e con i MMG per eventuali aggiustamenti terapeutici o consulenze specialistiche.

Attività clinica

In caso di gestione intraospedaliera delle cure palliative, i Centri Hub di Terapia del dolore hanno assicurato in maniera costante la propria collaborazione attraverso le consulenze nei reparti di degenza (oltre n. 1.000 consulenze nel 2017), per la maggior parte nei confronti di pazienti affetti da patologie neoplastiche o croniche degenerative e attraverso il rapporto di consulenza continua con la rete oncologica. Sono state effettuate consulenze nei reparti di Neurochirurgia, Reumatologia, Psichiatria, Fisiatria e nelle altre specialità che, di caso in caso, si ritenevano necessarie.

Nel 2017, i due centri Hub hanno erogato circa 8.000 prestazioni ambulatoriali, inoltre sono state assicurate consulenze presso i P.S. e DEA, i reparti di degenza e di D.H. (mediamente circa 100/mese). Rispetto al 2017 sono raddoppiate le procedure invasive in regime ambulatoriale. Inoltre, sono triplicate le procedure invasive a scopo antalgico sia tramite ricovero ordinario o di D.H. di terapia del dolore, sia tramite ricovero presso il D.H. della radiologia interventistica, con la quale si è instaurata una collaborazione continua.

Campagne informative (art. 4 legge 38/2010)

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

Coordinamento della rete HUB, SPOKE, AFT (art. 5 legge 38/2010)

Per tutto il corso del 2017 i membri del coordinamento regionale della rete dolore hanno lavorato al consolidamento e al potenziamento dell'attività e delle funzioni della Rete di terapia del dolore.

In particolare i due Hub hanno assicurato le seguenti funzioni:

a. Monitoraggio dell'attività degli Spoke, anche gestendo le criticità in caso di segnalazioni

alla Regione Lazio di inefficienza del servizio;

b. Stesura di documenti e proposte per nuovi Accorpamenti di Prestazioni Ambulatoriali (APA) per la terapia del dolore;
c. Contributo alla definizione del livello di avanzamento e/o implementazione delle prestazioni assistenziali a livello di processo (percorsi assistenziali di presa in carico del paziente) e di esito (prestazioni indirizzate ad un target appropriato della popolazione residente regionale) per cure palliative e terapia del dolore;
d. Monitoraggio dello stato dell'arte relativamente al raggiungimento degli standard previsti dalla normativa vigente, oggetto della valutazione annuale degli adempimenti dei Livelli essenziali di assistenza.

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

Presso gli Hub i coordinamenti infermieristici svolgono regolarmente il monitoraggio del rilevamento del dolore presso i reparti di degenza ed organizzano i relativi audit clinici.

Formazione professionale (art. 8 legge 38/2010)

Presso il centro HUB Policlinico di Tor Vergata sono stati organizzati i seguenti Corsi di formazione con accreditamento ECM:

- "Il dolore neuropatico nella pratica clinica", svoltosi in data 25 Marzo 2017;
- "Gestione del dolore post-operatorio: analisi delle criticità" svoltosi in data 4 Novembre 2017.

Linea progettuale n. 5 - Gestione della cronicità

Assistenza alle persone in condizioni di fragilità e non autosufficienza

Si evidenzia una complessiva sostanziale aderenza delle attività poste in essere dalle Aziende sanitarie locali, in favore delle persone in condizioni di fragilità e di non autosufficienza, con gli obiettivi prefissati e con i risultati attesi di cui al DCA n. U00330/2018, incentrati essenzialmente sul consolidamento e sulla riqualificazione della rete dei servizi territoriali, nell'ottica del miglioramento della presa in carico sociosanitaria dell'assistito, secondo criteri di equità ed appropriatezza.

In particolare, sono state intraprese azioni finalizzate a:

- garantire la presa in carico globale - dalle prime manifestazioni sintomatologiche sino alla domiciliarità e al "fine vita" - della persona affetta da malattie neoplastiche, gravi patologie neurovegetative (SLA, SMA e similari) e Stati Vegetativi o di Minima Coscienza, che necessitano di alti livelli di intensità assistenziale, attraverso interventi di carattere socio-sanitario. Si segnala un'esperienza pilota presso una ASL regionale di "Comunità alloggio" per disabili gravissimi, dedicato a persone in stato vegetativo e/o stato di minima coscienza.
- potenziare e consolidare le attività del Punto Unico di Accesso (PUA), elemento nodale dell'integrazione socio-sanitaria e luogo privilegiato di presa in carico e gestione multidisciplinare del bisogno di salute dei cittadini, nella consapevolezza della necessità di realizzare una sempre maggiore integrazione tra ambito sociale e sanitario, tra territorio e ospedale, garantendo la continuità assistenziale. Nel 2017 risultano attivi n. 46 PUA.
- rafforzare ed ottimizzare il ruolo dell'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVMD), di cui al DCA 431/2012, mediante la progressiva adozione e diffusione degli strumenti di valutazione multidimensionale di cui DCA n. U00361/2014 per l'area della non autosufficienza, della disabilità e per le cure palliative, con l'obiettivo di implementare l'integrazione di professionalità eterogenee specializzate ed interdipendenti tra loro e la valorizzazione del processo, anziché della singola prestazione, e dei meccanismi di coordinamento, anziché della struttura organizzativa;
- potenziare ed ottimizzare la predisposizione del Piano di Assistenza Individuale (PAI)/Progetto Riabilitativo Individuale (PRI), definito sulla scorta del bisogno identificato nel corso della valutazione multidimensionale, nonché implementare i sistemi informativi ed informatici dedicati (SIAT) - con interventi finalizzati al miglioramento della completezza e della qualità dei dati relativi alle attività erogate e portare a termine il percorso formativo finalizzato all'utilizzo della scheda S.Va.M.Di;
- incrementare l'assistenza residenziale a persone non autosufficienti, anche anziane, con l'attivazione di ulteriori n. 105 posti residenziali (n. 20 liv. mantenimento A - n. 5 liv. mantenimento B - n. 60 liv. estensivo - n. 20 liv. estensivo per disturbi cognitivo-comportamentali gravi).

Relativamente all'area della disabilità, si è proseguito nel percorso di presa in carico della persona disabile, posta al centro del percorso di cura, attraverso il potenziamento delle attività di valutazione multidimensionale con la scheda S.Va.M.Di. al fine di individuare percorsi assistenziali maggiormente appropriati ai bisogni espressi.

Sono stati tenuti diversi incontri finalizzati all'implementazione dei contenuti inseriti nel Sistema Informativo di Assistenza Territoriale con particolare riferimento al modulo applicativo "Riabilitativa", a seguito dei quali sono stati illustrati il processo e le funzionalità del suddetto modulo ai referenti aziendali. Nel corso dell'anno, inoltre, è stata avviata la sperimentazione dell'applicativo informatico presso l'Azienda Roma 1.

Sono stati definiti i criteri di eleggibilità e i livelli di intensità assistenziale nelle cure domiciliari (DCA 267/2017) e la stima della quota di posti in Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) totali per livello I, II, III, complessi e dell'attività prestazionale (DCA 467/2017).
Il numero totale di assistiti di età pari o superiore a 65 anni ("prese in carico erogate" - Pic erogate) trattati in assistenza domiciliare nell'anno 2017 è stato di 20.982, pari al 1,68% degli ultrasessantacinquenni. Gli ultrasettantacinquenni assistiti sono stati n. 18.257, pari al 2,88% degli ultrasettantacinquenni.
Il numero di soggetti assistiti per l'anno 2017 nelle Residenze Sanitarie - RSA risulta pari a 11.078.
Nelle Unità di cure Residenziali Intensive (UCRI) dell'A.O. S. Camillo di Roma sono stati assistiti, nel corso dell'anno, 9 soggetti in stato vegetativo o stato di minima coscienza (SMC). Si tratta di pazienti ad alta complessità assistenziale cui la struttura assicura la totale presa in carico, ponendo in essere strategie di continuo miglioramento della qualità dell'assistenza e di implementazione delle buone pratiche nella gestione delle necessità assistenziali, sia per il trattamento cronico che nel caso in cui si presentino eventi clinici significativi.

Modelli avanzati di gestione delle malattie croniche: malattie rare
Le malattie rare, patologie con elementi di cronicità e complessità assistenziale, presentano bisogni di cura a cui è essenziale fornire risposte efficaci sia in ambito ospedaliero che sul territorio.
Nel 2017 la linea di attività è stata sviluppata in continuità con l'anno precedente, nella direzione di un potenziamento/miglioramento della rete a livello regionale.
Dalle relazioni trasmesse dalle Aziende si evince che, nel corso dell'anno, è proseguita l'attività di sviluppo e di implementazione di nuovi Piani Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) per più gruppi di malattie rare, nonché di aggiornamento dei PDTA già sviluppati negli anni precedenti. Inoltre, le Aziende hanno attivato e/o potenziato gli sportelli dedicati alle malattie rare, punto di accesso per il paziente, le famiglie e le associazioni, in collegamento con le U.O. e con gli altri Istituti della rete, per assicurare l'accesso e il percorso diagnostico-assistenziale appropriato.
A livello territoriale sono stati implementati i percorsi personalizzati per le persone con malattia rara e non autosufficienti, attraverso il rafforzamento del servizio di assistenza domiciliare e dei Punti Unici di Accesso. Le ASL hanno potenziato la rete con la medicina di base; in alcuni casi, in presenza di malattie rare particolarmente invalidanti, sono stati indetti tavoli tecnici dedicati ed individuati percorsi di accesso per trattamenti riabilitativi e per l'erogazione di ausili e protesi.
L'attività del Centro di Coordinamento Regionale (CCRMR), istituito con Determinazione regionale n.G10700 del 09.092015, insieme alla presenza del Sistema Informativo Malattie Rare Lazio (SIMaRaL), ha consentito, anche nel 2017, di individuare indicatori sempre più specifici per la valutazione del livello di assistenza e gestione della presa in carico delle Strutture dedicate alle malattie rare, anche in previsione di una espansione della domanda di prestazioni e della realizzazione delle Reti Europee di Riferimento.
Nel corso del 2017 il Centro di Coordinamento regionale è stato convocato presso gli uffici regionali (4 riunioni) al fine di migliorare le procedure e l'integrazione delle attività dei Centri di riferimento con le strutture territoriali e la medicina di base (collegamento ospedale – distretto).
Con il DCA n. U00413 del 15.09.2017 è stato recepito il DPCM 12.1.2017 (Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza) e, in particolare, l'Allegato 7 "Elenco malattie rare esentate dalla partecipazione al costo". Sono state convocate riunioni con i referenti aziendali ed i referenti d'Istituto delle malattie rare per una migliore organizzazione della Rete in seguito al recepimento dei nuovi LEA.
La ridefinizione dei Centri per le malattie rare, rappresenta, infatti, un primo passo verso lo sviluppo di una Rete che garantisca standard organizzativi e informativi di qualità per ciascun Istituto

partecipante, la continuità assistenziale e un'adeguata transizione dall'età pediatrica a quella adulta.
Durante l'anno 2017 sono state convocate diverse riunioni con i referenti dei Centri di riferimento interessati al fine di risolvere le criticità nella gestione di alcune malattie rare, tra cui le MEC per quanto riguarda l'accesso in pronto soccorso e l'emergenza nei pazienti emofilici.
E'proseguita la collaborazione con l'Area Risorse Farmaceutiche della Direzione regionale Salute e Integrazione sociosanitaria per risolvere le problematiche relative alle richieste di farmaci di utenti residenti in altre Regioni.
Il portale regionale dedicato alle malattie rare, dove sono pubblicati i dati aggiornati, i PDTA realizzati dai Centri e tutte le novità d'interesse per lo sviluppo della rete, contribuisce attivamente alla condivisione di strumenti comuni, alla diffusione delle informazioni e al miglioramento del supporto ai cittadini.
Il Sistema Informativo Malattie Rare Lazio (SIMaRaL) è un'importante risorsa che rappresenta sempre più uno strumento prezioso sia dal punto di vista epidemiologico che di sanità pubblica. Nell'anno 2017, a seguito delle nuove esenzioni per malattia rara e/o gruppi, definiti nell'allegato 7 del DPCM 12 gennaio 2017, sono state effettuate tutte le azioni di adeguamento del SIMaRaL e degli ulteriori sistemi informativi regionali.
Al 31 dicembre 2017 nel SiMaRaL risultavano notificate dai Centri n. 36.754 schede riferite a 35.193 soggetti, di cui 33.078 con scheda aperta (27,5% residenti fuori Regione). Fra i soggetti con scheda aperta, le diagnosi dell'allegato 7 risultavano 33.197 (in caso di più diagnosi ciascun soggetto è stato contato più volte) corrispondenti a 467 malattie rare/gruppi e 300 codici esenzione, di cui 49 riferiti ai nuovi LEA. Negli ultimi due anni (2016 e 2017) l'incremento è stato rispettivamente di 3.589 e 4.108 schede, a dimostrazione del progressivo utilizzo del sistema di raccolta dati da parte dei centri riconosciuti con atto regionale.
Ospedale e territorio, seppure permangano aree di criticità, hanno proseguito la collaborazione per garantire la continuità assistenziale tra il Centro responsabile del Piano Terapeutico, le strutture socio-sanitarie territoriali ed i medici di medicina generale o i pediatri di libera scelta.

REGIONE.LAZIO.REGISTRO UFFICIALE.Int.0766765.03-12-2018

REGIONE LAZIO

DIREZIONE REGIONALE SALUTE E INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA
AREA RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA

GR 39.15

Al Dirigente Area Risorse finanziarie del
Servizio Sanitario Regionale
Dott. Giannico

Sede

Oggetto: Relazione Obiettivi di Piano Linea 6- Reti Oncologiche. Anno 2017

Si trasmette in allegato alla presente la relazione riguardante le attività svolte dalle AASSLL nell'anno 2017, relative alla linea progettuale 6, di competenza della scrivente Area, redatta sulla base delle relazioni ad oggi pervenute.

Cordiali saluti.

IL DIRIGENTE DELL'AREA
Luca Casertano

Il Funzionario
Sara Farchi

VIA R. R. GARIBALDI, 7
00145 ROMA

TEL. + 39 06 51681
FAX + 39 06 51684665

WWW.REGIONE.LAZIO.IT
areareteospedaliera@regione.lazio.it
reteospedaliera@regione.lazio.legalmail.it

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

Tumore del colon

Nel corso del 2016 nella regione Lazio sono state effettuate 88.475 colonscopie in regime ambulatoriale, ospedaliero e nell'ambito del programma di screening. Di queste, 13.512 sono colonscopie operative. Sono stati inoltre effettuati 2.805 interventi chirurgici per tumore del colon; di questi il 70,7% in strutture identificate come possibili centri di trattamento. Rispetto al 2016 si osserva una maggior concentrazione presso le strutture della rete.

Tumore del polmone

Riguardo alla rete del tumore del polmone, nel 2017 sono stati effettuati 1.717 interventi chirurgici per neoplasia polmonare, di cui il 80,8% presso i Centri di Riferimento identificati con DCA 419/2015. Anche per questa sede si osserva una maggior concentrazione degli interventi rispetto agli anni precedenti.

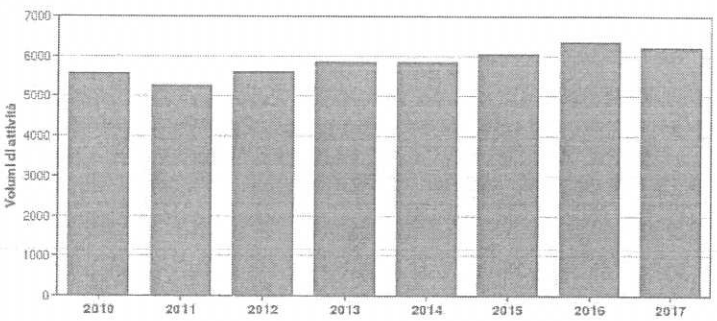
Tumore della prostata

Riguardo al tumore della prostata, complessivamente, nel 2017, sono stati effettuati n. 1.597 interventi di asportazione della prostata, di cui il 74% radicali. I dati per singola struttura una maggior concentrazione degli interventi di prostatectomia radicale nel 2017, con 32 strutture pubbliche e private accreditate che hanno effettuato almeno 25 prostatectomie radicali. Quest'ultime rappresentano l'89% di tutti gli interventi.

Tumore della mammella

I volumi di attività relativi al numero di interventi chirurgici per tumore maligno della mammella eseguiti in strutture della regione Lazio aumentano progressivamente negli ultimi anni a partire dal 2011, raggiungendo nel 2017 un volume di 6218 interventi.

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



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

Il Progetto "Reti oncologiche" si pone come obiettivi la qualificazione delle attività assistenziali per l'oncologia, il monitoraggio della rete oncologica regionale e la rimodulazione della stessa, a partire da specifiche patologie neoplastiche seguendo le indicazioni contenute nel "Piano oncologico nazionale".
Il Progetto prevede, in continuità con l'anno precedente, specifiche azioni volte alla promozione e consolidamento di attività di rete per la presa in carico del paziente con patologia neoplastica, con particolare riferimento a tumore della mammella, del polmone, del colon-retto e della prostata; ricognizione/caratterizzazione delle strutture operanti in campo oncologico; attività del Gruppo di Lavoro Regionale Tecnico costituito presso la Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali; elaborazione di documenti di indirizzo sulle modalità organizzative ed assistenziali della rete, con il coinvolgimento dei diversi attori coinvolti nella gestione.

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

Nel corso del 2017 l'attività del GdL ha portato alla definizione delle reti regionali per la gestione del tumore del colon-retto e per la gestione della prostata e di un documento di indirizzo relativo alla prevenzione secondaria del tumore al seno, gestione delle donne ad alto rischio e follow up delle donne post trattamento.
Sono stati dunque emanati i seguenti provvedimenti:

- DCA U00030 del 20/01/2017 Adozione del documento tecnico inerente "Percorso e rete assistenziale per la prevenzione e la gestione del tumore del colon e del retto nel Lazio", ai sensi del DCA n. U00247/2014;
- DCA U00189 del 31/05/2017 Programma Operativo 2016-2018 (DCA n. U00052/2017). Approvazione documento di indirizzo per la prevenzione secondaria del tumore al seno, gestione delle donne ad alto rischio e follow up delle donne post-trattamento;
- DCA U00358 del 28/08/2017 Adozione del documento tecnico inerente la rete oncologica per "La gestione del tumore della prostata nel Lazio", a cura del Gruppo di Lavoro Regionale di supporto alla Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali per le attività previste nel Programma Operativo sulle Reti Oncologiche, ai sensi del DCA n. U00052/2017.

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

E' proseguito il lavoro con le ASL ed i Centri di senologia relativo alla stesura dei Piani Operativi per la mammella, con la richiesta di aggiornamento da parte delle ASL delle "Dichiarazione di impegno" relative al percorso senologico aziendale

Sono proseguite le site visits presso i Centri di senologia regionali da parte di alcuni componenti del Gruppo tecnico regionale, attività avviata nel 2016.
Nel 2017 sono state effettuate le seguenti site visits:
ASL Roma 2 Ospedale S Pertini (26 ottobre);
AO San Giovanni Addolorata (17 novembre);
ASL Rieti – San Camillo De Lellis (14 dicembre);

ASL Roma 6-Presidio di Marino (19 gennaio);
AOU Policlinico Umberto I (16 febbraio);
Campus Bio-Medico (9 marzo);
Policlinico Tor Vergata (6 aprile);
ASL Frosinone- SS Trinità di Sora (8 giugno);
IFO (13 luglio).

La site prevedeva la visita da parte del team delle UO di diagnostica, chirurgia, oncologia e radioterapia ed inoltre la partecipazione a un incontro multidisciplinare per la discussione dei casi. Era richiesto, preventivamente alla visita, la compilazione a cura del responsabile clinico del Centro di un questionario *"Monitoraggio Centri di senologia"* e documentazione relativa a protocolli clinici diagnostico terapeutici, principali indicatori, interventi chirugici effettuati, mammografie eseguite, verbali dei meeting multidisciplinari, pubblicazioni e studi in corso.

Fra le azioni riferite da AASSLL e strutture ospedaliere operanti nella Regione, si segnalano:

- Partecipazione al Gruppo di Lavoro Regionale Tecnico sull'oncologia da parte di professionisti operanti presso Aziende sanitarie
- Attività di gruppi multidisciplinari per patologia tumorale
- Promozione/consolidamento dell'attività di assistenza oncologica in ambito di screening, ambulatoriale e di ricovero nelle diverse specialità coinvolte
- Azioni volte al miglioramento della registrazione dati
- Definizione/revisione e implementazione di percorsi oncologici per patologia tumorale; revisione dei Piani operativi aziendali; individuazione di procedure inerenti il corretto uso della terapia in ambito oncologico; azioni volte al miglioramento della gestione dei sintomi (es. collaborazione tra AOU Sant'Andrea e ASL Roma 1 inerente le Cure Simultanee per pazienti residenti con neoplasia);
- Attività di informazione/formazione degli operatori coinvolti nei percorsi per patologia neoplastica, compresi gli MMG;
- Coinvolgimento delle Associazioni di volontariato
- Attività di informazione ai cittadini
- Attività di supporto alle pazienti, es. disponibilità di materiale informativo; presso l'AO San Giovanni Addolorata programma definito preabilitazione per le pazienti in attesa d'intervento chirurgico per tumore della mammella, Progetto "Banca della parrucca" per donne in chemioterapia
- Attività di ricerca, anche con collaborazione multicentrica a livello nazionale e internazionale; attività correlata al Registro Tumori;
- Facilitazione dell'accesso tramite individuazione di percorsi per casi urgenti, ambulatori per patologia tumorale, concentrazione degli accertamenti, percorsi per i pazienti oncologici che accedono in PS

In riferimento ai tumori rari, è proseguita l'attività relativa all'operatività degli ERN.

REGIONE.LAZIO.REGISTRO UFFICIALE.Int.0799361.13-12-2018

REGIONE LAZIO

DIREZIONE REGIONALE SALUTE E INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA
AREA PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE

Al Dirigente
Area Risorse Economiche Finanziarie
Dott. Marcello Giannico

SEDE

OGGETTO: Relazione delle attività relative alla Linea progettuale 4 "Piano Nazionale Prevenzione e supporto al piano Nazionale Prevenzione" di cui al DCA n. U00330 del 06/09/2018.

Facendo seguito alla nota prot. 724275 del 16/11/2018 recante "Trasmissione linea progettuale 4. Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione", si trasmette in allegato la relazione illustrativa dei risultati raggiunti nell'anno 2017.

Cordiali saluti,

IL DIRIGENTE DELL'AREA
(Alessandra Barca)

Il responsabile del procedimento
Dott.ssa Lilia Biscaglia 12.12.18
lbiscaglia@regione.lazio.it
telefono 06-51684959

VIA R. R. GARIBALDI, 7
00145 ROMA
TEL. + 39 06 51681
FAX + 39 06 51684815
WWW.REGIONE.LAZIO.IT
prevenzionepromozionesalute@regione.lazio.legalmail.it

RELAZIONE OBIETTIVI DEL PIANO SANITARIO NAZIONALE ANNO 2017

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

Progetto: *Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2014-2018; Attività dei Network Nazionali Osservatorio Nazionale Screening (ONS), Associazione Italiana dei Registri Tumori (AIRTUM), Network Italiano di Evidence-based Prevention (NIEBP) a supporto del Piano Regionale della Prevenzione 2014 – 2018; Supporto regionale allo sviluppo nelle aziende sanitarie di modelli organizzativi per la realizzazione del PRP 2014-2018 e sperimentazione dello screening cardio-vascolare (Programma 9).*

Premessa

Con DCA n. U00330 del 06/09/2018 la Regione Lazio ha provveduto al recepimento dell'Accordo Stato-Regioni del 26 ottobre 2017 (Rep. Atti n. 181/CSR), relativo all'assegnazione alle Regioni delle quote vincolate alla realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2017, ai sensi dell'art. 1, comma 34 e 34-bis della Legge 23 dicembre 1996, n. 662 e smi.

Di seguito sono descritti gli stati di avanzamento e i risultati raggiunti nell'anno 2017 nell'ambito dei progetti inseriti nella linea progettuale "*Piano Nazionale della Prevenzione e supporto al Piano Nazionale della Prevenzione*" di cui al succitato DCA.

1. PRP 2014-2018

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

Nel 2017, dalle relazioni pervenute risulta che le AASSLL hanno dato seguito alle attività previste dai 9 programmi regionali del PRP 2014-2018, partecipando ai gruppi di lavoro regionali ed implementando gli specifici interventi previsti dal PRP nonché dai Piani attuativi aziendali.

Tutte le AASSLL hanno fornito alla Regione Lazio le informazioni richieste dal monitoraggio regionale ai fini della certificazione del PRP e della valutazione di processo. Le informazioni utili alla certificazione sono state trasmesse al Ministero della Salute con nota prot. Regione Lazio U0182073 del 28/03/2018. Successivamente, il Ministero della Salute, a seguito della valutazione effettuata ai sensi dell'Accordo Stato-Regioni n. 56 del 25/03/2015, ha comunicato con nota prot. 0022752-27/07/2018-DGPRE-MDS-P che la Regione Lazio "risulta certificata per l'anno 2017, in relazione al PRP, in quanto l'89% del totale degli indicatori sentinella del PRP presenta uno scostamento tra valore osservato e valore atteso minore o uguale al 20%.". Sulla base degli indicatori regionali indicati nel PRP della regione Lazio, gli obiettivi risultano raggiunti ed in coerenza con quanto previsto nel Piano Nazionale della Prevenzione.

2. Svolgimento di attività di supporto al PRP da parte di ONS

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

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

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

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

La Regione Lazio, come le altre Regioni italiane si è avvalsa del supporto dell'ONS sopra descritto nelle sue attività di monitoraggio per la valutazione delle singole *performance* dei singoli programmi nell'anno 2017. Tale confronto fornisce elementi concreti per l'individuazione di azioni programmatiche per il superamento delle criticità:

1. Il *benchmarking* dei programmi è stato assicurato da singole schede inviate ai responsabili delle varie Regioni (e dunque anche alla responsabile della Regione Lazio) nonché nei momenti pubblici di confronto e di discussione sui risultati e sulle pubblicazioni presenti nel sito dell'ONS (www.osservatorionazionalescreening.it).
2. Le news dell'ONS hanno fornito informazioni su dibattiti, iniziative formative, novità organizzative etc. a tutti gli iscritti alle news fra i quali ci sono molti operatori e organizzatori dei programmi di screening della Regione Lazio.
3. Per quanto riguarda l'attività di formazione, il Referente Regionale degli Screening e molti altri operatori del settore del Lazio, hanno partecipato alle iniziative organizzate dall'ONS, quali workshop ed eventi formativi:
    a. il 26 maggio 2017 a Verona durante il XIV convegno Nazionale ONS
    b. il 14 giungo 2017 a Ferrara nel Workshop GISCi/ONS "Lavori in corso: allestimento dei programmi basati sull'HPV. Dove siamo a livello regionale: risultati e incertezze"
    c. il 7 novembre 2017 a Cremona, nella sessione congiunta ONS/GISCoR, in occasione del Congresso Nazionale GISCoR

Nel corso del 2017 l'ONS ha continuato a sviluppare un rapporto con il Coordinamento Interregionale area Prevenzione e Sanità Pubblica, con il Ministero della Salute e con le Società Scientifiche anche attraverso la partecipazione da parte del Direttore dell'ONS a riunioni e workshop di rilievo regionale e nazionale.

3. Svolgimento di attività di supporto al PRP da parte di AIRTUM

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

Nel 2017, l'AIRTUM ha svolto le seguenti attività:

1. raccolta della casistica prodotta dai 49 Registri Tumori italiani accreditati AIRTUM e 7 Registri specializzati accreditati e verifica di adesione al protocollo operativo (http://www.registri-

tumori.it/cms/files/2010.pdf), eventuale richiesta di correzioni in caso di non aderenza ai criteri di consistenza e/o segnalazione di anomalie dal software-check AIRTUM (http://www.registri-tumori.it/cms/it/taxonomy/term/35).

2. verifica di qualità ad hoc, definizione del formato appropriato e trasmissione dati per la partecipazione a progetti di ricerca nazionali e internazionali.

Nel corso del 2017 AIRTUM ha curato in collaborazione con l'Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM) le analisi e la stesura del volume "I numeri del cancro 2017" nel quale sono presentati i dati dei Registri Tumori italiani con stime di incidenza per singola sede tumorale e singola regione Italiana.

Nel 2017 sono state effettuate le analisi dei dati per la monografia AIRTUM 2017 sui trend temporali dei tumori in Italia. Inoltre AIRTUM si è occupata del coordinamento dell'UO "Analisi dati di incidenza" per il sistema di sorveglianza Sentieri – Studio Epidemiologico Nazionale dei Territori e degli Insediamenti Esposti a Rischio da Inquinamento.

Infine, sono state portate avanti le attività di coordinamento per la pubblicazione della monografia AIRTUM 2017 sui trend temporali dei tumori in Italia e sono stati presentati i rapporti e gli studi condotti dall'AIRTUM nell'ambito di eventi scientifici di rilievo nazionale e internazionale.

4. Svolgimento di attività di supporto al PRP da parte del NIEBP

Per quanto riguarda l'attività di supporto al PRP da parte di NIEBP, nel 2017 il network si è occupato dell'aggiornamento e ampliamento del sito Evidence Base Prevention - Sanità pubblica (www.evidencebasedprevention.com) che contiene gli aggiornamenti sulle evidenze relative ad interventi di sanità pubblica inclusi nel PRP. A distanza di un anno dalla apertura del suddetto sito, è stata effettuata, attraverso il collegamento con google analytics, la ponderazione e valutazione del numero di accessi, delle località di accesso e della tipologia di pagine di maggior interesse del sito consultate dagli utenti. Tramite un lavoro di analisi e lettura dei dati si è potuto evidenziare un incremento nel tempo del numero di utenti: il numero totale di visite (sessioni) sono state 985 con numero di pagine/sessione di 6,24 (rapporto medio che rappresenta il numero di pagine che vengono consultate ad ogni visita) ed una durata media per visita di circa 5 minuti e mezzo con circa 152 utenti attivi al mese. Si è potuto inoltre verificare che vi è un 13,4% di livello di fidelizzazione che rappresenta gli utenti che ritornano dopo aver già visitato il sito. Infine si è registrato che i temi maggiormente esplorati sono quelli relativi al lavoro, alla corretta alimentazione ed all'attività fisica/sedentarietà. La matrice delle evidenze (www.niebp.agenas.it) messa a punto dal NIEBP è stata utilizzata nella fase di pianificazione PRP 2014-2019 della Regione Lazio. In particolare, per ciascun progetto o azione, la ricerca delle prove di efficacia è stata condotta con l'adozione di un algoritmo basato sulla consultazione prioritaria del sito NIEBP e della letteratura specifica. Nel corso del 2017, la documentazione prodotta dal NIEBP è stata utilizzata a supporto dell'implementazione degli interventi preventivi previsti dal Piano. In particolare, sono state prese in considerazione le evidenze a supporto delle azioni di contrasto alle disuguaglianze di salute.

5. Supporto regionale allo sviluppo nelle aziende sanitarie di modelli organizzativi per la realizzazione del PRP 2014-2018 e sperimentazione dello screening cardio-vascolare (Programma 9)

La Regione Lazio, per il raggiungimento dell'obiettivo del 9.2.1 del PRP "Aumentare l'offerta di approccio comportamentale o farmacologico per le persone con fattori di rischio per Malattie Cronico Non Trasmissibili (MCNT)" ha deciso di sperimentare all'interno di una ASL un approccio per lo screening cardio-vascolare delle persone in età compresa fra 45 e 59 anni, con l'obiettivo di identificare le persone a maggior rischio e di prenderle in carico dal punto di vista della promozione di adeguati stili di vita e, quando necessario, dal punto di vista assistenziale per determinate malattie. L'indicatore di risultato del succitato obiettivo prevedeva infatti la "Realizzazione a livello regionale di uno studio di fattibilità di un programma di popolazione per l'identificazione precoce dei soggetti in fascia d'età 45-60 anni in condizioni di rischio aumentato per MCNT".

Strategia indicata dal PNP

Il PNP sottolinea la necessità di:

- favorire l'identificazione precoce e valutazione integrata dei soggetti in condizioni di rischio aumentato di MCNT, da indirizzare verso un'adeguata presa in carico sistemica, in grado di potenziare le risorse personali (empowerment individuale) per l'adozione consapevole di adeguati stili di vita, o quando necessario, verso idonei percorsi terapeutico-assistenziali multidisciplinari;
- aumentare l'offerta di consiglio breve in particolare in presenza di individui con fattori di rischio, nei contesti sanitari opportunistici (ambulatori, consultori, medici competenti, certificazioni, ecc).

Identificazione della popolazione target

Nella ASL Roma 5 si è partiti dalla definizione della popolazione target dell'intervento (tabella 1a e 1b): soggetti fra i 45 e 60 anni corrispondenti a circa 122.000 persone in ASL RM5 (58.560 uomini e 63.440 donne), di cui il 20-25% è portatrice di almeno una MCNT (in particolare malattia cardiovascolare o diabete) e per tale motivo non eleggibile. Per il 30% della restante popolazione si stima un rischio per le MCNT. È stata quindi effettuata una stima della popolazione da raggiungere corrispondente a circa 27.00 persone nella ASL Roma 5: si tratta di persone portatrici di un rischio da identificare attraverso l'intervento proposto (screening cardiovascolare), e da modificare attraverso opportuna presa in carico.

Tabella 1a - Stima persone a rischio nella ASL Roma 5

	Pop.Tot.	Pop.45-59	Pop. Rischio	Pop.reclutabile
Distretto Monterotondo				
FONTENUOVA	32.917	8.032	6.024	1.807
MENTANA	23.122	5.642	4.231	1.269
MONTEROTONDO	40.813	9.958	7.469	2.241
Totale	96.852	23.632	17.724	5.317
Distretto Guidonia		0	0	0
GUIDONIA MONTECELIO	89141	21.750	16.313	4.894
MARCELLINA	7363	1.797	1.347	404
MONTEFLAVIO	1322	323	242	73
MONTELIBRETTI	5353	1.306	980	294
MONTORIO ROMANO	1930	471	353	106
MORICONE	2611	637	478	143
NEROLA	1957	478	358	107
PALOMBARA SABINA	13218	3.225	2.419	726
SANT'ANGELO ROMANO	5017	1.224	918	275
Totale	127.912	31.211	23.408	7.022
Distretto Tivoli		0	0	0
TIVOLI	56603	13.811	10.358	3.108
CASAPE	722	176	132	40
CASTEL MADAMA	7422	1.811	1.358	407
CICILIANO	1333	325	244	73
PISONIANO	753	184	138	41
POLI	2425	592	444	133
SAN GREGORIO DA S.	1589	388	291	87
SAN POLO DEI C.	2981	727	546	164
VICOVARO	3998	976	732	219
MANDELA	934	228	171	51
CERRETO LAZ	1120	273	205	61
CINETO ROMANO	595	145	109	33
GERANO	1259	307	230	69
LICENZA	983	240	180	54
PERCILE	241	59	44	13
ROCCAGIOVINE	265	65	48	15
SAMBUCI	907	221	166	50
SARACINESCO	182	44	33	10
Totale	84.312	20.572	15.429	4.629

Tabella 1b - Stima persone a rischio nella ASL Roma 5

	Pop.Tot.	Pop.45-59	Pop. Rischio	Pop.reclutabile
Distretto Subiaco		0	0	0
AFFILE	1520	371	278	83
AGOSTA	1758	429	322	97
ANTICOLI CORRADO	893	218	163	49
ARCINAZZO ROMANO	1342	327	246	74
ARSOLI	1577	385	289	87
BELLEGRA	2846	694	521	156
CAMERATA NUOVA	457	112	84	25
CANTERANO	346	84	63	19
CERVARA	448	109	82	25
JENNE	364	89	67	20
MARANO EQUO	780	190	143	43
OLEVANO ROMANO	6657	1.624	1.218	365
RIOFREDDO	762	186	139	42
ROCCA CANTERANO	188	46	34	10
ROCCA S. STEFANO	971	237	178	53
ROIATE	719	175	132	39
ROVIANO	1334	325	244	73
SUBIACO	8987	2.193	1.645	493
VALLEPIETRA	268	65	49	15
VALLINFREDA	279	68	51	15
VIVARO ROMANO	170	41	31	9
Totale	32.666	7.971	5.978	1.793
Distretto Palestrina		0	0	0
CAPRANICA PRENESTINA	351	86	64	19
CASTEL S.PIETRO	886	216	162	49
CAVE	11378	2.776	2.082	625
GALLICANO	6326	1.544	1.158	347
GENAZZANO	5984	1.460	1.095	329
PALESTRINA	21716	5.299	3.974	1.192
ROCCA DI CAVE	378	92	69	21
SAN CESAREO	15507	3.784	2.838	851
SAN VITO ROMANO	3339	815	611	183
ZAGAROLO	17872	4.361	3.271	981
Totale	83.737	20.432	15.324	4.597
Distretto Colleferro		0	0	0
ARTENA	14177	3.459	2.594	778
CARPINETO ROMANO	4448	1.085	814	244
COLLEFERRO	21521	5.251	3.938	1.182
GAVIGNANO	1907	465	349	105
GORGA	720	176	132	40
LABICO	6445	1.573	1.179	354
MONTELANICO	2144	523	392	118
SEGNI	9220	2.250	1.687	506
VALMONTONE	16035	3.913	2.934	880
Totale	**76.617**	18.695	14.021	4.206
Totale ASL Roma 5	**502.096**	**122.511**	**91.884**	**27.565**

Il test di screening

Il test utilizzato per lo screening cardiovascolare è la carta del rischio cardiovascolare che serve a stimare la probabilità di andare incontro a un primo evento cardiovascolare maggiore (infarto del miocardio o ictus) nei 10 anni successivi, conoscendo il valore di sei fattori di rischio: sesso, diabete, abitudine al fumo, età, pressione arteriosa sistolica e colesterolemia. La carta di rischio è uno strumento messo a punto dall'Istituto Superiore di Sanità, nell'ambito del progetto cuore. Il programma cuore.exe, utilizzato per l'intervento, è un software per la valutazione del rischio cardiovascolare, scaricabile gratuitamente dal sito web del Progetto Cuore (www.cuore.iss.it).

Il risultato del test (carta del rischio cardiovascolare) è il seguente:

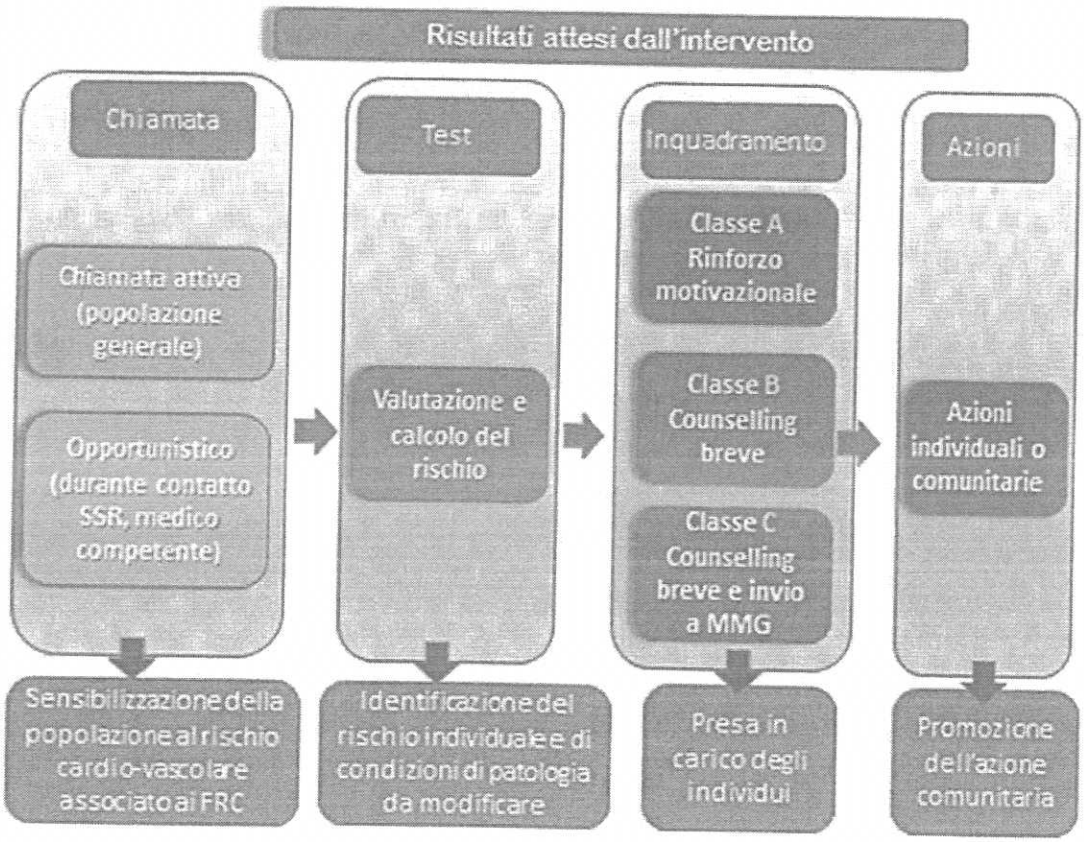
- Tipo A: assenza FRC e parametri nella norma
- Tipo B: presenza FRC e parametri nella norma

- Tipo C: nuova ipertensione, iperglicemia e stile di vita da correggere (o C1 se buoni stili di vita)

Le fasi dell'intervento

La figura 1 mostra lo schema generale dell'intervento e i risultati attesi. Per favorire la sostenibilità dell'intervento, oltre alla chiamata attiva, si prevede la realizzazione di uno screening opportunistico ovvero di uno screening su soggetti che hanno contatti con i servizi del SSR anche per altre ragioni. Agli effetti operativi sono state distinte 5 fasi dell'intervento di screening: Chiamata, Test, Inquadramento, Azione e Monitoraggio.

Figura 1 – Schema generale dell'intervento proposto e risultati attesi



Il test e la fase di inquadramento sono gestite da operatori dei distretti o MMG. L'azione viene proposta d'accordo con strutture pubbliche o private, che sono entrate nella convenzione prevista dallo screening con volontà a partecipare al monitoraggio.

Di seguito sono descritte le diverse fasi dell'intervento proposto:

Reclutamento delle persone nel programma di screening (Fase 1):

• Popolazione generale raggiunta attraverso i servizi comunali nell'ambito di un progetto di miglioramento della qualità di vita nel territorio comunale;

• Setting ambiente di lavoro (screening opportunistico): popolazione di lavoratori raggiunti attraverso medici competenti;

• Setting servizi sanitari (screening opportunistico): popolazione raggiunta attraverso i servizi sanitari della ASL o attraverso i MMG (screening opportunistico mirato).

Test per il calcolo del rischio cardiovascolare (Fase 2):

• Utilizzazione di cuore.exe dell'ISS;

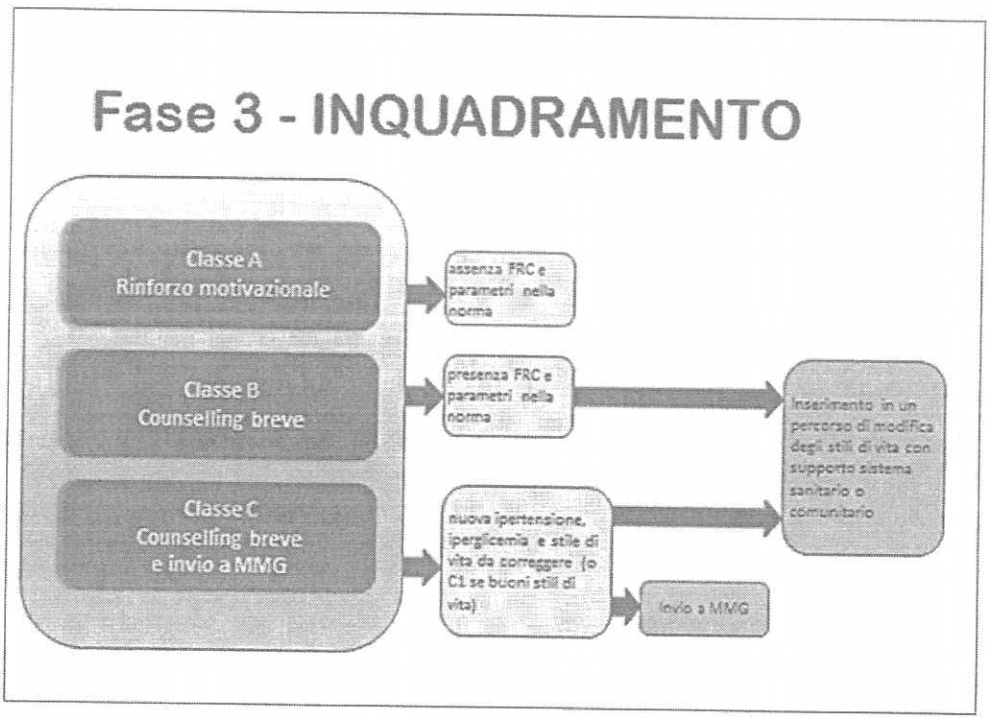
• Esecuzione da parte di ambulatori infermieristici distrettuali o ospedalieri o di ambulatori del week end (prioritariamente);

• Esecuzione da parte dei MMG (secondariamente);

Inquadramento delle persone a rischio (Fase 3):

La figura 2 mostra le diverse opzioni previste per la fase di inquadramento.

Figura 2 – Flow chart della fase di inquadramento



Azione di presa in carico delle persone a rischio (Fase 4):

La presa in carico prevede la messa in atto di interventi basati su:

1. strategie di comunità: programmi di promozione della salute e, in particolare, di stili di vita e ambienti favorevoli alla salute della popolazione, finalizzati a creare le condizioni per rendere facile l'adozione di comportamenti salutari, che adottino un approccio intersettoriale con il coinvolgimento di tutti i livelli interessati, dai responsabili politici locali alle comunità locali (empowerment di comunità).

2. strategie basate sull'individuo: a) prevenzione dei fattori di rischio comportamentali e intermedi mediante diagnosi precoce, modifica degli stili di vita e attivazione di interventi trasversali, integrati con i percorsi terapeutico-assistenziali di presa in carico, per prevenire o ritardare l'insorgenza delle complicanze più gravi: b) per le patologie cardio-cerebrovascolari, diagnosi precoce e conseguente modificazione delle condizioni di rischio individuate (oltre agli stili di vita, livelli elevati di pressione arteriosa e di colesterolemia, dislipidemie, diabete mellito, sovrappeso e obesità) che influenzano notevolmente la probabilità di sviluppare la malattia e le sue complicanze.

Monitoraggio (Fase 5):

Il programma prevede un monitoraggio dei processi attraverso i seguenti indicatori:

- Persone a rischio arruolate nello screening/contattate;
- Proporzione di persone che compiono 2, 3, 4, 5 fasi previste dal protocollo dello screening;
- Funzionamento dei servizi sanitari, performance del personale dedicato alle varie fasi dello screening;
- Indicazione di attivazione comunitaria, iniziative e percorsi di supporto ai singoli individui a rischio attivati dai Comuni partecipanti;
- Affidabilità del sistema informatizzato di monitoraggio.

Il monitoraggio dei risultati prevede i seguenti indicatori:

- Persone a conoscenza dello screening;
- Persone cui è stato identificato un rischio;
- Persone prese in carico dal sistema;
- Persone che hanno modificato il proprio stile di vita;
- Iniziative comunitarie sostenibili realizzate.

Per il monitoraggio è prevista la sperimentazione di un modello di piattaforma capace di considerare il percorso distinto nelle 5 fasi. Per ciascuna della 5 fasi i gruppi di interesse coinvolti possono essere diversi includendo, oltre agli operatori sanitari, anche enti locali e soggetti del terzo settore coinvolti sul territorio.