



**GIUNTA REGIONALE DEL LAZIO**

.....

ESTRATTO DAL PROCESSO VERBALE DELLA SEDUTA DEL 22/05/2009

=====

ADDI' 22/05/2009 NELLA SEDE DELLA REGIONE LAZIO, VIA CRISTOFORO COLOMBO 212 ROMA, SI E' RIUNITA LA GIUNTA REGIONALE COSI' COMPOSTA:

|            |             |            |           |            |           |
|------------|-------------|------------|-----------|------------|-----------|
| MARRAZZO   | Pietro      | Presidente | MANCINI   | Claudio    | Assessore |
|            |             | Vice       |           |            |           |
| MONTINO    | Esterino    | Presidente | MARUCCIO  | Vincenzo   | "         |
| ASTORRE    | Bruno       | Assessore  | NIERI     | Luigi      | "         |
| COPPOLINI  | Anna Salome | "          | RODANO    | Giulia     | "         |
| COSTA      | Silvia      | "          | SCALIA    | Francesco  | "         |
| DALIA      | Francesco   | "          | TIBALDI   | Alessandra | "         |
| DE ANGELIS | Francesco   | "          | VALENTINI | Daniela    | "         |
| DI CARLO   | Marig       | "          | ZARATTI   | Filiberto  | "         |
| FICHERA    | Daniele     | "          |           |            |           |

ASSISTE IL SEGRETARIO: Paolo IACONIS

\*\*\*\*\* OMISSIS

ASSENTI: MONTINO - ASTORRE - COSTA - DALIA - DE ANGELIS - MANCINI - RODANO

DELIBERAZIONE N. 393

Oggetto:

Recepimento dell'Accordo Stato-Regioni del 25 marzo 2009, rep. atti n. 57/CSR, Approvazione del Piano regionale di utilizzo delle quote vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2009. Ripartizione quota del fondo vincolato.



393 22 MAG. 2009 *BR*

**OGGETTO: Recepimento dell'Accordo Stato-Regioni del 25 marzo 2009, rep. atti n. 57/CSR. Approvazione del Piano regionale di utilizzo delle quote vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2009. Ripartizione quota del fondo vincolato.**

LA GIUNTA REGIONALE

**SU PROPOSTA** del Vice Presidente della Regione Lazio, ai sensi del decreto T0052 del 13 febbraio 2009;

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

**VISTO** lo Statuto della Regione Lazio;

**VISTA** la legge regionale 18 febbraio 2002, n.6 e successive modificazioni;

**VISTO** il Regolamento Regionale 6 settembre 2002, n. 1 "Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta" e successive modificazioni;

**VISTO** che la Regione Lazio per aver maturato nel tempo disavanzi di gestione non ripianabili entro il 31 maggio 2006 e per aver accertato un livello di indebitamento del settore sanitario di rilevante consistenza si è trovata nella condizione di dover stipulare l'accordo previsto nell'art. 1 comma 180 Legge dello Stato n. 311 del 30/12/2004 - legge finanziaria 2005 - e di dover ottemperare a tutti gli obblighi, ivi disciplinati, per le Regioni in squilibrio economico finanziario;

**VISTO** l'accordo sottoscritto il 28 febbraio 2007 dal Ministero della Salute, dal Ministero dell'Economia e dal Presidente della Regione Lazio per l'approvazione del Piano di rientro di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico ai sensi dell'art. 1 comma 180 della L. 30 dicembre 2004 n. 311;

**VISTO** che gli interventi individuati dal Piano di rientro sopracitato sono per la Regione Lazio vincolanti ai sensi dell'articolo 1, comma 796, lettera b della legge 27 dicembre 2006 n. 296,

**VISTA** la DGR n. 149 del 06.03.2007 con la quale è stato approvato l'accordo sottoscritto in data 28.02.07 ed il Piano di rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del Servizio Sanitario della Regione Lazio allo stesso allegato quale parte integrante;

**ATTESO** che il predetto piano di rientro prevede obiettivi generali e specifici all'interno dei quali sono sviluppati obiettivi operativi ed interventi con l'indicazione, per ognuno di essi dei tempi e dei modi di realizzazione;

**VISTO** il decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni, concernente il riordino della disciplina in materia sanitaria ed, in particolare, l'art.6 bis che disciplina i rapporti tra la Regioni, le Università e le strutture del Servizio Sanitario Regionale;



*BR*

1

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

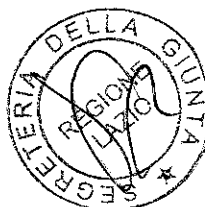
**VISTA** la legge 23 dicembre 1996 n. 662 che, all'art.1 comma 34 bis, come novellato dall'art. 79, comma 1 quater, L. 6.8.2008 n. 133, prevede che, "A decorrere dall'anno 2009, il Comitato interministeriale per la programmazione economica (CIPE), su proposta del Ministro del lavoro, della salute e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

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

**VISTO** l'art. 54 della legge regionale n. 31 del 24 dicembre 2008,

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

**ATTESO** che il citato Accordo ha puntualmente definito le linee progettuali per le quali utilizzare le risorse vincolate ed ha indicato, per alcune linee, specifici progetti, come di seguito riportato:



K

1. Cure primarie
  - 1.1 Assistenza h. 24: riduzione degli accessi impropri al PS e miglioramento della rete assistenziale
  - 1.2 Facilitazione della comunicazione nei pazienti con gravi patologie neuromotorie
2. La non autosufficienza
3. La promozione dei modelli organizzativi assistenziali dei pazienti in stato vegetativo e di minima coscienza nella fase di cronicità
  - 3.1 Percorsi assistenziali nelle Speciali Unità di accoglienza permanente (SUAP) per soggetti in SV o in SMC
  - 3.2 Percorsi di assistenza domiciliare
4. Le cure palliative e la terapia del dolore
5. Interventi per le biobanche di materiale umano
  - 5.1 Biobanche di sangue cordonale
  - 5.2 Biobanche di tessuto muscolo-scheletrico
  - 5.3 Biobanche oncologiche per la conservazione e lo studio di materiale oncologico
6. La sanità penitenziaria
  - 6.1 la tutela delle detenute sottoposte a provvedimenti penali e della loro prole
  - 6.2 la salute mentale
  - 6.3 la salute dei minori
  - 6.4 sistema informativo
7. L'attività motoria per la prevenzione delle malattie croniche e per il mantenimento dell'efficienza fisica dell'anziano
8. Piano nazionale di prevenzione
9. Tutela della maternità e promozione dell'appropriatezza del percorso nascita
  - 9.1 favorire il parto naturale
  - 9.2 umanizzare l'evento nascita
  - 9.3 ridurre la mortalità neonatale e materna
  - 9.4 trasporto neonatale

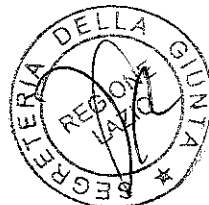
**CONSIDERATO** altresì che, con l'Intesa Stato-Regioni n. 32/CSR del 26.2.2009, sono state assegnate alla Regione Lazio, per l'anno 2009, risorse economiche pari ad Euro 147.594.124,00 e che, con l'accordo sopra menzionato, è stata definita anche la quota relativa alle linee progettuali, come di seguito specificato:

Cure primarie Euro 36.898.531,00, di cui Euro 932.755,00, per facilitazione della comunicazione nei pazienti con gravi patologie neuromotorie

Cure palliative e la terapia del dolore Euro 9.327.547,00

Interventi in materia di Biobanche di materiale umano Euro 1.399.132,00

Piano nazionale di prevenzione Euro 22.386.112,00



**CONSIDERATO** che, in virtù dell'attuale assetto organizzativo dell'assessorato alla Sanità della Regione Lazio, le linee progettuali di seguito specificate afferiscono alle diverse Direzioni Regionali come di seguito specificato:

Direzione Regionale Programmazione Sanitaria: Cure primarie; non autosufficienza; promozione dei modelli organizzativi assistenziali dei pazienti in stato vegetativo e di minima coscienza nella fase di cronicità; cure palliative e terapia del dolore; interventi per le biobanche di materiale umano; sanità penitenziaria e tutela della maternità e promozione dell'appropriatezza del percorso nascita;

Direzione Regionale Politiche della Prevenzione e Sicurezza sul lavoro: attività motoria per la prevenzione delle malattie croniche e per il mantenimento dell'efficienza fisica dell'anziano; Piano nazionale di prevenzione;

**PRESO ATTO** che, in virtù dell'Accordo Stato-Regioni del 25 marzo 2009 più volte citato, è stato elaborato il Piano regionale per l'anno 2009 che contiene le schede per ciascuna linea progettuale e costituisce parte integrante e sostanziale del presente atto (allegato 2);

**RITENUTO** che, in relazione alla linea progettuale I (Cure primarie), in forza dell'art. 54 L.R. n. 31 del 24 dicembre 2008, è stato individuato il percorso assistenziale per pazienti affetti da sclerosi laterale amiotrofica (cfr. scheda n. 4 allegato 2);

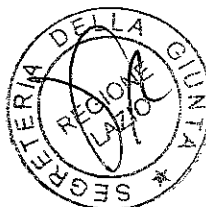
**RITENUTO**, nell'ambito della linea progettuale sulle biobanche, di assegnare la priorità alle attività di potenziamento della banca di cellule staminali da cordone e di quella di tessuto muscolo scheletrico, ancora assente nella regione Lazio;

**RITENUTO** di ripartire, nelle altre linee progettuali, le risorse economiche residue, tenuto conto della rilevanza sociale e delle peculiarità di ciascuna in relazione all'incidenza della medesima sull'offerta di salute pubblica, come segue:

- la non autosufficienza: Euro 35.000.000,00
- la promozione dei modelli organizzativi assistenziali dei pazienti in stato vegetativo e di minima coscienza nella fase di cronicità: Euro 7.582.802,00
- la sanità penitenziaria: Euro 4.000.000,00
- l'attività motoria per la prevenzione delle malattie croniche e per il mantenimento dell'efficienza fisica dell'anziano Euro 3.000.000,00
- la tutela della maternità e promozione dell'appropriatezza del percorso nascita Euro 28.000.000,00;

**VISTA** la complessiva ripartizione delle risorse, così come riassunta nel prospetto che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento (allegato 3);

**RITENUTO** di stabilire che le risorse destinate a facilitare la comunicazione nei pazienti con gravi patologie neuromotorie, pari ad Euro 932.755,00, e quelle destinate a creare un percorso assistenziale per pazienti affetti da sclerosi laterale amiotrofica, pari ad Euro 1.000.000,00, saranno impegnate con successiva determinazione della Direzione programmazione sanitaria;



*Pa*

393 22 MAG. 2009 *Pa*

**VISTO** quanto previsto dall'Accordo del 25 marzo 2009 sopra citato, a proposito delle modalità di erogazione delle risorse da parte del Ministero dell'economia e delle finanze;

**CONSIDERATO** che il succitato Accordo prevede che ciascun progetto, all'atto della presentazione, dovrà essere corredato di un prospetto che evidenzi:

- gli obiettivi 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'investimento proposto;

**TENUTO CONTO** che la presente deliberazione non è soggetta alla procedura di concertazione con le parti sociali.

Per le motivazioni esposte in premessa, che integralmente si richiamano, all'unanimità

### DELIBERA

- di recepire l' "Accordo tra il Governo, le regioni e province Autonome di Trento e di Bolzano sulla proposta del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, di linee guida per l'utilizzo da parte delle regioni e province autonome delle risorse vincolate, ai sensi dell'art. 1, commi 34 e 34 bis, della legge 23.12.1996 n. 662, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2009" rep. atti n. 57/CSR del 25 marzo 2009, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente atto (**allegato 1**);
- di approvare il "Piano Regionale 2009", avente ad oggetto le linee progettuali come in narrativa specificate, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente atto (**allegato 2**);
- di approvare la ripartizione della quota del fondo vincolato, secondo il prospetto riepilogativo, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente atto (**allegato 3**);
- di dare atto che le risorse destinate a facilitare la comunicazione nei pazienti con gravi patologie neuromotorie, pari ad Euro 932.755,00, e quelle destinate a creare un percorso assistenziale per pazienti affetti da sclerosi laterale amiotrofica, pari ad Euro 1.000.000,00, saranno impegnate con successiva determinazione della Direzione programmazione sanitaria;
- di incaricare la Direzione Regionale Programmazione sanitaria, la Direzione Regionale Politiche della prevenzione e Sicurezza sul lavoro nonché la Direzione Regionale Risorse umane e finanziarie del SSR, a porre in essere gli atti di rispettiva competenza per assicurare la piena attuazione del presente provvedimento.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.

  
C:\Documents and Settings\10a00010\D

  
C:\Documents and Settings\10a00010\D

  
C:\Documents and Settings\10a00010\D

ROMA 25 MAG. 2009



IL PRESIDENTE: F.to Pietro MARRAZZO  
IL SEGRETARIO: F.to Paolo IACONIS



Presidenza  
del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI  
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME  
DI TRENTO E BOLZANO

Att. 1

ALLEG. alla DELIB. N. 393  
DEL 22 MAG. 2009

*Handwritten signature*



Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali di linee guida per l'utilizzo da parte delle Regioni e Province autonome delle risorse vincolate, ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2009.

Rep. Atti n. 5738 del 25 marzo 2009

LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE  
PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

Nella odierna seduta del 25 marzo 2009:

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 sanità, d'intesa con questa Conferenza, può vincolare quote del Fondo Sanitario Nazionale alla realizzazione di obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale indicati del Piano Sanitario Nazionale, da assegnare alle Regioni per la predisposizione, ai sensi del successivo comma 34bis, di specifici progetti;

VISTO il comma 34bis del predetto articolo 1, aggiunto dall'articolo 33 della legge 27 dicembre 1997, n. 449, come modificato dall'articolo 79, comma 1quater, del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, aggiunto dalla relativa legge di conversione 6 agosto 2008, n. 133, il quale prevede quanto segue: "Per il perseguimento degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale indicati nel Piano sanitario nazionale le regioni elaborano specifici progetti sulla scorta di linee guida proposte dal Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali ed approvate con Accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano. La Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, su proposta del Ministro della sanità, individua i progetti ammessi a finanziamento utilizzando le quote a tal fine vincolate del Fondo sanitario nazionale ai sensi del comma 34. La predetta modalità di ammissione al finanziamento è valida per le linee progettuali attuative del Piano sanitario nazionale fino all'anno 2008. A decorrere dall'anno 2009, il Comitato interministeriale per la programmazione economica (CIPE), su proposta del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, provvede a ripartire tra le regioni le medesime quote vincolate all'atto dell'adozione della propria delibera di ripartizione delle somme spettanti alle regioni a titolo di finanziamento della quota indistinta di Fondo sanitario nazionale di parte corrente. Al fine di agevolare le regioni nell'attuazione dei progetti di cui al comma 34, il Ministero dell'economia e delle finanze provvede ad erogare, a titolo di acconto, il 70 per cento dell'importo complessivo annuo spettante a ciascuna regione, mentre l'erogazione del restante 30 per cento è subordinata all'approvazione da parte della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, su proposta del Ministro del lavoro,

REPUBBLICA ITALIANA - ALLEGATO 1/2009

*Handwritten signature*



*Handwritten notes:* In allegato il documento in 27 pagine 1



*Presidenza  
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI  
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME  
DI TRENTO E BOLZANO

della salute e delle politiche sociali, dei progetti presentati dalle regioni, comprensivi di una relazione illustrativa dei risultati raggiunti nell'anno precedente. Le mancate presentazione ed approvazione dei progetti comportano, nell'anno di riferimento, la mancata erogazione della quota residua del 30 per cento ed il recupero, anche a carico delle somme a qualsiasi titolo spettanti nell'anno successivo, dell'anticipazione del 70 per cento già erogata”;

VISTO l'articolo 2, comma 374, della legge 27 dicembre 2007, n. 244 concernente la destinazione prioritaria dei cofinanziamenti, per gli anni 2008 e 2009, per i progetti regionali attuativi del Piano sanitario nazionale;

VISTA l'Intesa perfezionata nella seduta di questa Conferenza del 20 marzo 2008 (Rep. atti n. 104) concernente la proroga al 2008 del Piano nazionale della prevenzione 2005-2007 e le modalità per l'elaborazione della proposta di Piano nazionale della prevenzione 2009-2011;

VISTO il proprio atto (Rep. atti n. 20) del 26 febbraio 2009 con il quale sono stati individuati gli indirizzi progettuali per l'anno 2008;

VISTA l'intesa perfezionata nella seduta di questa Conferenza del 26 febbraio 2009 (Rep. atti n. 32) concernente l'assegnazione delle risorse vincolate, ai sensi del richiamato articolo 1, commi 34 e 34bis, della legge n. 662 del 1996, per l'anno 2009;

VISTA la nota in data 9 marzo 2009, con la quale il Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali ha trasmesso lo schema di accordo in oggetto ed ha rappresentato di aver acquisito sul medesimo l'assenso tecnico del Ministero dell'economia e delle finanze;

VISTA la successiva nota in data 10 marzo 2009, con la quale il citato Ministero ha dato comunicazione di talune modifiche apportate al predetto schema;

VISTA la lettera in pari data, con la quale la versione definitiva dello schema medesimo è stata diramata alle Regioni e Province autonome;

CONSIDERATO che la Regione Toscana, Coordinatrice interregionale in sanità, con lettera in data 12 marzo 2009, ha comunicato che la Commissione salute delle Regioni, nella seduta svoltasi nello stesso giorno, ha espresso parere favorevole sulla proposta di accordo in oggetto con la richiesta di apportare talune modifiche al punto 7) dell'Allegato A (“L'attività motoria per la prevenzione delle malattie croniche e per il mantenimento dell'efficienza fisica nell'anziano”);

VISTA la lettera in data 13 marzo 2009, con la quale il Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali ha inviato la nuova versione dello schema di accordo in oggetto, che recepisce le richieste emendative formulate dalle Regioni;

VISTA la nota in data 16 marzo 2009, con la quale tale definitiva versione è stata diramata alle Regioni e Province autonome;

**CONSIDERATO** che, non essendo stato ancora approvato il Piano Sanitario Nazionale 2009-2011, occorre fare riferimento al Piano Sanitario Nazionale 2006-2008;

**RILEVATO** che il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, approvato con il D.P.R. 7 aprile 2006, individua gli obiettivi da raggiungere per attuare la garanzia costituzionale del diritto alla salute e degli altri diritti sociali e civili in ambito sanitario e che prevede che i suddetti obiettivi si intendono conseguibili nel rispetto dell'accordo del 23 marzo 2005, ai sensi dell'art. 1, comma 173 della legge 30 dicembre 2004 n. 311, e nei limiti e in coerenza con le risorse programmate nei documenti di finanza pubblica per il concorso dello Stato al finanziamento del SSN;

**ACQUISITO** nel corso dell'odierna seduta l'assenso del Governo, delle Regioni e delle Province autonome;

### SANCISCE ACCORDO

tra il Governo, le Regioni e le Province autonome, nei seguenti termini:

#### PREMESSO CHE :

- Governo, Regioni e Province autonome concordano circa le modalità di proseguire nello sforzo di ammodernamento del sistema, compatibilmente con le risorse finanziarie disponibili, coerentemente con la legge di riforma del 1999 ed in linea con i bisogni emergenti dal mutamento sociale e demografico del Paese;
- nel corso di questo ultimo anno sono venute in primo piano esigenze che richiedono nuovi impegni organizzativi, economici e gestionali;

#### SI CONVIENE CHE:

1. per l'anno 2009 le linee progettuali per l'utilizzo, da parte delle Regioni, delle risorse vincolate ai sensi dell'articolo 1, comma 34 e 34 bis della legge 23 dicembre 1996, n.662 per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, sono quelle riportate nell'allegato A che costituisce parte integrante del presente Accordo;
2. per quanto attiene ai vincoli specifici sulle risorse per l'anno 2009, si stabiliscono quelli relativi alle seguenti linee progettuali:
  - Cure primarie: si riserva il 25% delle risorse, all'interno delle quali, per il progetto "Facilitazione della comunicazione nei pazienti con gravi patologie neuromotorie" si





Presidenza  
del Consiglio dei Ministri

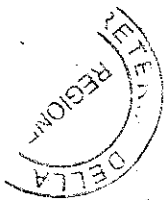
CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI  
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME  
DI TRENTO E BOLZANO

- conferma il vincolo sulla quota di 10 milioni di euro da ripartirsi secondo la tabella allegata al presente accordo (allegato B - tabella 1);
- Interventi in materia di Biobanche di materiale umano : per l'anno 2009 si ritiene di vincolare una quota di 15 milioni di euro da ripartirsi secondo la tabella allegata al presente Accordo (Allegato B - tabella 2);
  - Cure palliative e Terapia del dolore: per l'anno 2009 si ritiene di vincolare complessivamente una quota di 100 milioni di euro da ripartirsi secondo la tabella allegata al presente Accordo (Allegato B - tabella 3);
  - Piano Nazionale della Prevenzione: si conferma il vincolo di 240 milioni di euro ripartiti secondo la tabella allegata al presente Accordo (Allegato B - tabella 4);
3. a seguito della stipula del presente Accordo, in applicazione dell'articolo 1 comma 34 *bis* della legge 23 dicembre 1996 n. 662, come modificato dal comma 1-*quater* dell'art. 79 D.L. 25 giugno 2008 n.112, convertito nella legge 6 agosto 2008 n. 133, alle Regioni verrà erogato, da parte del Ministero dell'Economia e delle Finanze, a titolo di acconto il 70 per cento delle risorse;
  4. al fine dell'erogazione della quota residua del 30 per cento, le Regioni dovranno presentare, entro 60 giorni dalla stipula del presente Accordo, al Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali specifici progetti nell'ambito degli indirizzi individuati nel presente Accordo, comprensivi di una relazione illustrativa dei risultati raggiunti nell'anno precedente;
  5. ciascun progetto, inoltre, dovrà essere corredato di 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'investimento proposto;
  6. all'erogazione del 30 per cento residuo si provvederà nei confronti delle singole Regioni, a seguito dell'approvazione dei progetti da parte della Conferenza Stato Regioni su proposta del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali;
  7. la mancata presentazione o approvazione dei progetti comporta, nell'anno di riferimento, la mancata erogazione della quota residua ed il recupero, anche a carico delle somme a qualsiasi titolo spettanti nell'anno successivo, dell'anticipazione del 70 per cento già erogata.

IL SEGRETARIO  
Cons. Ermenegilda Siniscalchi

IL PRESIDENTE  
On. Dott. Raffaele Fitto

REPUBBLICA ITALIANA - REGIONE TRENTO SÜDTIROL



## 1. LE CURE PRIMARIE

Nel corso dell'ultimo decennio, una parte significativa dei servizi sanitari pubblici dei Paesi occidentali più avanzati ha riconosciuto la strategicità dei sistemi di assistenza primaria per garantire una più efficace presa in carico dei nuovi bisogni di salute e di assistenza. Questa scelta ha ispirato le principali linee politiche finora messe in campo. Oggi siamo, infatti, di fronte a cambiamenti che impongono alla sanità pubblica scenari di assistenza assai diversi rispetto al passato: la migliore aspettativa di vita, l'invecchiamento della popolazione, il conseguente incremento della incidenza delle malattie croniche e degenerative pongono, infatti, la necessità di riorganizzare il sistema per garantire una efficace presa in carico anche di cronicità e disabilità e portano con sé l'esigenza di rafforzare i sistemi di cure primarie per offrire adeguati livelli di assistenza alternativi e più efficaci. In questo contesto sono fondamentali:

- la programmazione e la valutazione dei bisogni dei cittadini, anche ai fini della definizione delle priorità;
- l'appropriatezza, l'uso razionale delle risorse e il filtro verso le cure secondarie e terziarie;
- il coordinamento, la continuità delle cure e la gestione complessiva dei percorsi assistenziali, a partire dal primo contatto con il paziente.

Le Cure Primarie devono rispondere a queste nuove esigenze e in questo senso possono essere individuate come "l'area sistema" nella quale si realizza l'approccio primario alla promozione e tutela della salute della popolazione.

Esse rappresentano l'organizzazione che garantisce e rafforza il raccordo non solo con e tra i Medici di Medicina Generale (MMG) e i Medici di Continuità Assistenziale (MCA), con i Pediatri di Libera Scelta (PLS), ma anche con gli Specialisti ambulatoriali, convenzionati e ospedalieri, gli Infermieri e i Tecnici della Riabilitazione, gli Assistenti Sociali e gli Addetti all'Assistenza, allo scopo di garantire, riqualificare e razionalizzare la continuità assistenziale. Le cure primarie costituiscono un sistema complesso ed articolato di cui si è parlato già molto ma che tuttavia, a fronte delle differenze ancora esistenti nei diversi ambiti regionali, ha bisogno di essere fortemente potenziato, specie in alcune regioni dell'Italia meridionale.

Un rafforzamento di tale componente del S.S.N. appare di assoluta importanza al fine di incrementare il generale livello di efficienza ed adeguatezza del sistema, che deve essere in grado di intercettare e soddisfare sul territorio le esigenze socio-sanitarie dei pazienti.

Affinchè il MMG possa effettivamente assumere il ruolo di principale riferimento sul territorio del cittadino, l'associazionismo è una scelta obbligata per ottimizzare il servizio di assistenza al cittadino e garantirne la continuità.

L'associazionismo permette di attuare una assistenza territoriale integrata attraverso le diverse modalità organizzative che rendono possibile lo scambio di informazioni cliniche e l'integrazione tra ospedale e territorio finalizzata allo sviluppo di percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali dedicati. La condivisione di spazi e di attrezzature permette una ottimale fruizione degli stessi, l'utilizzo più efficiente del personale di supporto, la garanzia di una copertura oraria maggiore dell'attività ambulatoriale, la possibilità di un'organizzazione del lavoro più flessibile.

Inoltre, dà la possibilità di poter sviluppare l'eventuale attività vocazionale (medicina specialistica) di ogni medico di medicina generale. Deve inoltre essere preso in considerazione l'utilizzo di sistemi informatici, di telemedicina e teleconsulto.



A tale scopo, le Regioni possono avviare progetti finalizzati a:

1. garantire la continuità delle cure, mediante gestione integrata del paziente da parte dei servizi territoriali ed ospedalieri;
2. perseguire il coordinamento funzionale dell'attività di MMG, PLS, specialisti convenzionati con i servizi e le attività del distretto;
3. garantire un elevato livello di integrazione tra i diversi servizi sanitari e sociali;
4. realizzare forme di maggiore fruibilità e accessibilità da parte dei cittadini ai servizi e alle attività territoriali;
5. utilizzare strumenti informatici, di telemedicina e teleconsulto, per la gestione del paziente;

**1.1 Assistenza h 24: "riduzione degli accessi impropri al PS e miglioramento della rete assistenziale"**

L'aumentata domanda di assistenza sanitaria da parte dei cittadini, che sta caratterizzando quest'ultimo periodo, si manifesta anche attraverso un maggior ricorso alle strutture del Pronto Soccorso: l'utente si rivolge al P.S. per un sempre maggior bisogno di ottenere dal servizio pubblico una risposta ad esigenze urgenti o percepite come tali e per la convinzione di ottenere un inquadramento clinico terapeutico migliore e in tempi brevi. In molti casi si tratta di accessi "impropri" dal punto di vista sanitario che potrebbero essere gestiti fuori dal Pronto Soccorso. Peraltro, il modello organizzativo della medicina territoriale non sempre ha assicurato risposte efficaci alle esigenze del cittadino.

Il Pronto Soccorso, pertanto, in quanto unica struttura aperta 24 ore, è diventato per i cittadini punto prevalente di riferimento anche per le richieste che dovrebbero essere erogate da altri servizi.

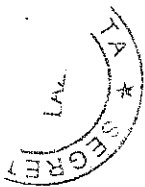
La crescita esponenziale della domanda verso le strutture di Pronto Soccorso è stata affrontata in questi anni introducendo strumenti quali la partecipazione alla spesa per i casi di minore gravità (codici bianchi), utilizzando il metodo del "Triage" per un corretto e appropriato svolgimento delle attività e promuovendo, nel contempo, lo sviluppo di forme di associazionismo dei MMG con lo scopo di "orientare" gradualmente la richiesta di assistenza dei cittadini, che attualmente hanno come punto di riferimento il Pronto Soccorso, verso le strutture territoriali: ciò nonostante il fenomeno dell'iperafflusso non è stato completamente risolto.

Bisogna, quindi, prendere atto dell'evoluzione della domanda di salute rispondendo con nuove modalità organizzative, diversificate e ad elevata flessibilità, adattabili ai diversi contesti territoriali, metropolitano, urbano ed extraurbano, con la consapevolezza che nessun modello organizzativo è in grado da solo di risolvere con efficacia il problema.

Risulta che in alcune realtà locali sono già stati realizzati modelli organizzativi ospedalieri e/o territoriali. Per quanto riguarda i modelli ospedalieri è da sottolineare che si tratta di modelli utilizzabili preferibilmente nella sola fase di transizione. I modelli territoriali, invece, costituiscono le vere risposte cui far riferimento per una definitiva risoluzione della problematica assistenziale in questione.

Nell'attivazione dei modelli organizzativi, si deve tenere conto delle caratteristiche territoriali e demografiche, delle principali evidenze epidemiologiche e della presenza di strutture ospedaliere sede di Pronto Soccorso.

Le Regioni pertanto possono predisporre progetti finalizzati a realizzare o potenziare lo sviluppo di modalità organizzative che consentano la riduzione degli accessi impropri nelle strutture di emergenza ed il miglioramento della rete assistenziale territoriale, quali ad esempio:



- attivazione di Ambulatori per la gestione dei codici di minore gravità (codici bianchi) presso i PS dei presidi ospedalieri dove si registra frequentemente un iperafflusso di utenti;
- attivazione di Punti di Primo Intervento in aree territoriali disagiate o prive di presidi sanitari, per garantire una prima risposta sanitaria all'emergenza-urgenza e a situazioni di minore gravità;
- attivazione di Presidi Ambulatoriali Distrettuali, gestiti dai medici di Continuità Assistenziale, quale punto di riferimento dell'assistenza territoriale per il cittadino che deve identificare un luogo fisico dove trovare risposta assistenziale continuativa in H 24.

Contestualmente alla realizzazione di tali modelli, possono essere predisposti anche specifici progetti inerenti:

- programmi di formazione del personale che opererà in tale ambito,
- dotazione di sistemi informatici che consentano il collegamento e lo scambio di informazioni tra i vari soggetti coinvolti nell'attività,
- campagne informative per educare la popolazione al corretto utilizzo dei servizi ospedalieri e territoriali.

### 1.2 Il Progetto "Facilitazione della comunicazione nei pazienti con gravi patologie neuromotorie"

Nell'ambito della linea progettuale si riconferma la necessità di dedicare risorse vincolate ai pazienti affetti da malattie degenerative o comunque invalidanti, come la sclerosi laterale amiotrofica, le distrofie muscolari progressive, la sclerosi multipla, l'atrofia muscolare spinale o la locked-in syndrome che, pur mantenendo inalterate le capacità cognitive, perdono progressivamente la facoltà di comunicazione e di relazione. La copertura di tali bisogni rappresenta un aspetto essenziale del concetto di presa in carico complessiva del paziente e dei familiari per la cui piena attuazione vi è necessità di costruire un percorso da strutturare su più fronti, con tempi medio-lunghi.

In questa ottica, per l'anno 2009, si rinnova il vincolo di una quota di 10 milioni di euro, per consentire alle Regioni di dotare di sistemi di comunicazione un ulteriore gruppo di pazienti tra quelli con fonazione di grado 2 (sostanziale perdita della parola) e motilità di grado 4 (tetraparesi).

Alle Regioni, pertanto, si richiedono progetti in tal senso che ricerchino altresì tutte le possibili sinergie che consentano di beneficiare dell'effetto di scala nella fornitura, manutenzione e aggiornamento soprattutto delle apparecchiature a tecnologia più sofisticata e, purtroppo, di costi più elevati.

## 2 LA NON AUTOSUFFICIENZA

Pur non essendo al momento disponibile una definizione unica e condivisa di "non autosufficienza" poiché spesso tra le diverse definizioni sono riscontrabili alcuni elementi di eterogeneità che non contribuiscono a fare chiarezza, si ritiene opportuno accettare quella che definisce le persone non autosufficienti come "*coloro che subiscono una perdita permanente, totale o parziale delle abilità fisiche, psichiche, sensoriali, cognitive e relazionali a seguito di patologie congenite o acquisite o di disabilità con conseguente incapacità di compiere gli atti essenziali della vita quotidiana*". Tale condizione comporta una profonda modificazione nell'organizzazione della vita quotidiana ed il sopraggiungere di nuove necessità, oltre che per la persona non autosufficiente anche per coloro che se ne prendono cura.



In Italia, secondo gli ultimi dati resi disponibili dall'ISTAT, le persone non autosufficienti sono 2.615.000 di cui ben 2 milioni sono persone anziane. Si tratta di persone che riferiscono una totale mancanza di autonomia per almeno una delle funzioni che permettono di condurre una vita quotidiana normale e, se si considerano anche le persone che hanno bisogno di aiuto, anche in parte, per svolgere attività essenziali come alzarsi da un letto o da una sedia, lavarsi o vestirsi, il numero sale di molto fino a quasi 7 milioni, circa il 13% dell'intera popolazione.

La non autosufficienza rappresenta, pertanto, una grande problematica assistenziale, che tende ad assorbire crescenti risorse nell'ambito dei servizi sanitari e socio-sanitari per cui risulta assolutamente necessario contrastare la molteplicità dei fattori che concorrono a determinare e ad aggravare la situazione di non autosufficienza sia attraverso interventi di prevenzione (primaria, secondaria e terziaria) che attraverso il rafforzamento delle reti assistenziali, con una forte integrazione dei servizi sanitari e sociali.

In tale ottica diviene di fondamentale importanza l'incremento dell'assistenza domiciliare integrata (ADI) considerato uno degli obiettivi prioritari che il SSN vuole perseguire in tutto il territorio per garantire alla persona fragile e/o non autosufficiente la permanenza presso il proprio domicilio, con l'applicazione di un progetto di cura e assistenza multiprofessionale.

A tal fine in coerenza con la normativa (Dlgs. 502/92, L. 419/98, DPCM 14/2/01, DPCM 29/11/01, Legge 8 /11/2000, n. 328) si ritiene che le Regioni possano avviare specifiche progettualità finalizzate a:

- incrementare la costituzione, in ambito territoriale dei punti unici di accesso (PUA) per la presa in carico delle persone non autosufficienti attraverso la segnalazione del medico curante, del MMG, dei familiari, dei servizi sociali, dell'utente stesso;
- potenziare l'adozione di percorsi assistenziali specifici che vedono la presa in carico della persona non autosufficiente attraverso una valutazione multidimensionale e la formulazione di un progetto di cura e assistenza individuale (Piano Individuale di Assistenza - PAI), finalizzato a tutelare la dignità della persona in ambito domiciliare (ADI) e in ambito residenziali e semiresidenziali (RSA);
- formulare linee guida e protocolli volti ad omogeneizzare, a livello territoriale e nelle strutture Residenziali e Semiresidenziali, i criteri della valutazione multidisciplinare e l'articolazione del piano di lavoro personalizzato vigilando sulla loro corretta applicazione al fine di assicurare comportamenti uniformi ed omogenei a livello territoriale;
- istituire un Sistema Informativo Regionale per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare, al fine di consentire nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), la raccolta delle informazioni riguardo l'assistenza domiciliare e la relativa gestione da parte del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, secondo quanto disciplinato dal D.M. 17/12/2008: *"Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare"*;
- istituire un Sistema Informativo Regionale per il monitoraggio delle prestazioni residenziali e semiresidenziali al fine di consentire, nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), la raccolta delle informazioni relative alle prestazioni residenziali e semiresidenziali intese come complesso integrato di interventi, procedure e attività sanitarie e socio-sanitarie erogate a persone non autosufficienti e non assistibili a domicilio, secondo quanto disciplinato dal D.M. 17/12/2008 *"Istituzione della banca dati finalizzata alla rilevazione delle prestazioni residenziali e semi-residenziali"*.



### 3. LA PROMOZIONE DI MODELLI ORGANIZZATIVI E ASSISTENZIALI DEI PAZIENTI IN STATO VEGETATIVO E DI MINIMA COSCIENZA NELLA FASE DI CRONICITA'.

In tutti i paesi occidentali le Gravi Cerebrolesioni Acquisite (GCA) colpiscono un numero sempre maggiore di persone con un trend in continua crescita. L'Italia si colloca ai primi posti nel mondo relativamente al peso di queste patologie che comportano allo stato attuale un impegno superiore al 20% della spesa sanitaria.

Una grave e diffusa lesione del Sistema Nervoso Centrale determina gravi alterazioni dello stato di coscienza fino allo stato di coma. Gli esiti del coma possono portare a condizioni residuali diverse come ad esempio la condizione di Stato Vegetativo (SV) o lo Stato di Minima Coscienza (SMC). Le cause possono essere di varia natura: traumatica, infiammatoria acuta, vascolare o anossica, metaboliche o degenerative nell'anziano. Inoltre lo SV o lo SMC possono derivare da malattie evolutive dell'infanzia su base genetica o essere esito di malattie neoplastiche. Le cause traumatiche e cerebrovascolari hanno tra tutte la netta prevalenza.

Lo Stato Vegetativo (SV) è una condizione funzionale del cervello, che insorge subito dopo l'evento acuto che lo ha determinato, diventando riconoscibile solo quando finisce il coma che, sovrapponendosi, lo maschera (Dolce e Sazbon, 2002).

Lo Stato Vegetativo realizza una condizione di grave disabilità neurologica, potenzialmente reversibile, che si caratterizza per:

1. non evidenza della consapevolezza di sé e dell'ambiente;
2. non evidenza di risposte comportamentali sostenute, riproducibili, intenzionali o volontarie a stimoli visivi, uditivi, tattili o dolorosi;
3. non evidenza di comprensione o produzione verbale;
4. intermittente vigilanza che si manifesta con la presenza di cicli sonno-veglia (ad es. periodi di apertura spontanea degli occhi);
5. sufficiente conservazione delle funzioni autonome da permettere la sopravvivenza con adeguate cure mediche;
6. incontinenza urinaria e fecale;
7. variabile conservazione dei nervi cranici e dei riflessi spinali.

Lo Stato Di Minima Coscienza si distingue dallo Stato Vegetativo per la presenza di comportamenti associati alle attività di coscienza. Anche se possono comparire in modo inconsistente, essi sono tuttavia riproducibili e vengono mantenuti sufficientemente a lungo per essere differenziati da comportamenti riflessi. L'evidenza è dimostrata dalla consistenza o dalla complessità della risposta comportamentale, per cui una risposta complessa come la verbalizzazione intelligibile può essere di per sé sufficiente per manifestare la presenza di attività di coscienza (Aspen Consensus Group).

Poiché, oltre il numero, anche l'aspettativa di vita di persone in condizioni di bassa responsività dovuta ad un danno delle strutture cerebrali è in progressivo aumento, grazie al progresso delle conoscenze e delle tecniche nel campo della Rianimazione e al miglioramento della qualità dell'assistenza (nursing), l'approccio assistenziale e riabilitativo, di questi soggetti, rappresenta un problema di grande rilevanza medica e sociale. Si tratta di persone che non sono in grado di provvedere autonomamente ai bisogni primari della vita e che necessitano di essere sostenute ed accudite in tutte le loro funzioni, anche le più elementari. Si tratta di situazioni di disabilità gravissima e cosiddetta non emendabile, le cui caratteristiche sono l'andamento cronico, il profondo impatto psicologico ed operativo sulla famiglia e sul team di assistenza e la persistenza per tempi lunghi di problemi assistenziali complessi. La fase di cronicità, che subentra solitamente dopo alcuni mesi (3-6 per pazienti non traumatici e 12 per i traumatici), necessita di strutture e percorsi chiaramente definiti.

Il Piano Sanitario Nazionale prevede la promozione di una rete integrata di servizi sanitari e sociali per l'assistenza ai malati cronici e particolarmente vulnerabili attraverso il



miglioramento e la diversificazione delle strutture sanitarie al fine di perseguire il miglioramento della qualità della vita delle persone disabili e dei propri familiari. Attualmente è stata rilevata una sensibile difformità da Regione a Regione, a volte anche nell'ambito della stessa Regione, riguardo al trattamento e agli oneri economici sostenuti per questi pazienti, sia da strutture dedicate sia richiesti alla famiglia quando, nella fase di cronicità, il rientro domiciliare risulti possibile. Per le famiglie, gli oneri possono variare da un contributo richiesto trascorsi i primi sei mesi di permanenza nell'unità dedicata, alla completa copertura *sine die* della spesa da parte dell'ASL di residenza.

Alla luce di queste considerazioni e al fine di dare attuazione al PSN, nonché di uniformare su tutto il territorio nazionale l'approccio e la cura di detti pazienti le Regioni e le Province autonome possono predisporre progetti finalizzati a realizzare o potenziare nella fase di cronicità:

- percorsi assistenziali in Speciali Unità di Accoglienza Permanente (SUAP) per soggetti in SV o SMC;
- percorsi di assistenza domiciliare nei casi in cui le famiglie siano in grado e desiderose di farlo, previa attivazione della rete di supporti organizzativi e logistici necessaria.

### **3.1 Percorsi assistenziali nelle Speciali Unità di Accoglienza Permanente (SUAP) per soggetti in SV o in SMC**

Le SUAP dedicate a soggetti in Stato vegetativo e SMC prolungati devono essere *separate e distinte* da aree di degenza ordinaria e dai reparti di riabilitazione intensiva o estensiva o di riabilitazione per Gravi Cerebrolesioni Acquisite. Esse debbono invece essere inserite in RSA o CdR ma come unità distinte (si stima che vi debba essere una disponibilità di 30/40 letti per milione di abitanti).

L'accesso alle SUAP può essere effettuato direttamente da reparti di riabilitazione estensiva (cod.60 dell'elenco delle specialità cliniche e delle discipline ospedaliere) per acuti o da strutture riabilitative per GCA (cod.75) o dal domicilio per "periodi di sollievo" (vedi paragrafo successivo).

Le SUAP devono essere inserite in un *sistema di rete regionale integrato* con i reparti ospedalieri e con il territorio anche per garantire una distribuzione geografica equilibrata.

In base ai dati epidemiologici nazionali, si stima debbano essere previsti non meno di 5 letti dedicati a SV e SMC prolungati ogni 100 mila abitanti e il numero di letti dedicati dovrà essere periodicamente aggiornato in base ai dati nazionali.

### **3.2 Percorsi di assistenza domiciliare**

Il rientro domiciliare, laddove possibile, deve essere incentivato in particolare per i soggetti giovani. A fronte di tale auspicio occorre tuttavia segnalare come il carico assistenziale (con il devastante coinvolgimento emozionale, relazionale, di tempo e di risorse economiche) sia molto elevato come risulta dai dati presentati nella Consensus Conference di Verona 2005 (media di 90 ore assistenza settimanali). Prima del rientro a domicilio è dunque necessario che il team riabilitativo delle UGC (cod 75) o delle altre strutture di ricovero valuti la capacità della famiglia di poter gestire tali situazioni a domicilio.

Preso atto della situazione clinica, deve quindi essere precocemente attivata l'Unità di Valutazione Multiprofessionale (UVM) (medica, infermieristica, fisioterapica, sociale) del territorio/ASL della persona in SV o in SMC per organizzare il rientro domiciliare protetto. L'UVM provvede alla valutazione sociale e psicologica del nucleo familiare, alla valutazione del domicilio e supporto agli adattamenti necessari e inoltre alla definizione del programma personalizzato socio-assistenziale.

RIA DELLA

Il Distretto, attraverso il Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata, coinvolge il Medico di medicina generale del soggetto, informa i familiari sui servizi territoriali forniti con specifica "carta dei servizi" e sulla esistenza eventuale di associazioni famigliari nel territorio di residenza, identifica il case-manager (infermiere) di ogni soggetto, forma i familiari e il care-giver, stabilisce una alleanza terapeutica con familiare/amministratore di sostegno/ care-giver. Inoltre, il Distretto fornisce ausili e sussidi indispensabili ritenuti tali dall'UVM e prevede la possibilità di periodi programmati di ricovero di "solievo" presso le SUAP dedicate (vedi paragrafo precedente).

La valutazione deve essere ripetuta annualmente non solo al fine di aggiornare il piano terapeutico-assistenziale ma anche di permettere un follow-up specifico e personalizzato con raccolta di dati gestiti, ove possibile, attraverso programmi informatizzati.

Il Servizio Territoriale dell'ASL di residenza è tenuto a fornire assistenza di nursing domiciliare (non meno di due ore al giorno), a verificare periodicamente la situazione psicologica e sociale della famiglia e ad individuare eventuali necessità e provvedimenti da adottare. Inoltre programma eventuali modifiche di percorso del soggetto con SV e SMC quando necessari o consigliabili.

Il servizio di riabilitazione domiciliare della ASL può fornire interventi di riabilitazione di mantenimento a giudizio del fisiatra del servizio medesimo.

Il Medico di medicina generale deve verificare periodicamente o su chiamata eventuali necessità sanitarie intercorrenti.

Laddove possibile, il soggetto con SV e SMC deve poter essere accolto per 1-2 volte a settimana presso un centro diurno territoriale, sia con finalità socializzante che per consentire al care-giver di potersi assentare da casa.

E' opportuno che i familiari abbiano punti di riferimento (cod 75 o 56) per eventuali bisogni valutativi in ordine al cambio di programma (ausili, comunicazione, interventi chirurgia funzionale etc.) ed i pazienti abbiano percorsi dedicati.

Andrebbero previsti "circuiti virtuosi" di volontari che si recano presso le famiglie al cui interno sono assistiti soggetti in SV e in SMC.

Sarebbe auspicabile, ove possibile, a supporto delle attività che riguardano i pazienti in SV, l'utilizzo di strumenti informatici, a livello regionale, che raccolgano dati sulle varie fasi del percorso assistenziale dei pazienti (accessi in ospedale per patologie acute, periodi di soggiorno in strutture per riabilitazioni o altro, domiciliazione ecc.).

#### 4. LE CURE PALLIATIVE E LA TERAPIA DEL DOLORE

Nonostante gli sforzi compiuti, sia a livello nazionale che da parte delle Regioni e delle Province, la risposta assistenziale del Paese sulle tematiche riguardanti il dolore, sia cronico sia riferito alla fase terminale della vita, soprattutto a livello pediatrico, è ancora scarsa, lacunosa e disomogenea soprattutto a livello territoriale.

Inoltre si presenta concentrata in gran parte sui malati oncologici di cui, comunque, si mostra incapace di intercettare l'intero fabbisogno, viene erogata in gran parte nei pronto soccorsi, nei reparti per acuti o intensivi delle strutture ospedaliere o a domicilio, da parte dei familiari non adeguatamente supportati per compiti di tale complessità ed esposti a devastanti impatti sociali.

I 126 hospice realizzati negli ultimi dieci anni (86 con finanziamento dello Stato e 40 con altri fondi) più che divenire i nodi di una rete assistenziale integrata (sia pure a livello regionale) hanno costituito lodevoli realtà costrette ad operare senza una regia regionale che le collegasse stabilmente con gli ospedali, con le strutture socio sanitarie e socio assistenziali del territorio, con i MMG ed i pediatri attraverso percorsi strutturali condivisi e monitorati.

gh

BT



Anche per quanto riguarda la terapia del dolore, il progetto "ospedale senza dolore", all'infuori di poche realtà regionali, non è decollato concretamente come si auspicava e, per questo motivo, all'interno della Commissione ministeriale "Programmazione" è attivo un sottogruppo di lavoro dedicato all'elaborazione di un modello assistenziale nazionale che possa fornire risposte certe a questo bisogno primario della popolazione.

Con il progetto complessivo di implementazione di una rete assistenziale per la terapia del dolore si intende riorganizzare e sistematizzare l'esistente, al fine di ottenere una maggiore facilità di accesso alle risorse assistenziali disponibili, in particolare rafforzando l'offerta assistenziale nel territorio per il paziente adulto e pediatrico.

Per raggiungere tale obiettivo si intende sperimentare un nuovo modello organizzativo, integrato nel territorio, nel quale il livello assistenziale viene scomposto in tre nodi complementari: i centri di riferimento di terapia del dolore (hub), l'ambulatorio di terapia antalgica (spoke) e il presidio ambulatoriale territoriale con competenze di terapia antalgica (gestito da un team di MMG) realizzando così le reti regionali contro il dolore acuto e cronico.

Occorre quindi che le regioni, anche quelle che su questi temi sono avanzate con maggiore celerità ed efficacia, rileggano i termini del problema e tarino le loro azioni anche alla luce di quanto ormai consolidato nella cultura scientifica in Italia e nel mondo.

Si ritiene che i principali punti di riferimento di tale operazione vadano individuati in:

- allargamento delle cure palliative anche a pazienti non oncologici;
- riconoscimento della criticità e specificità dei problemi legati alla necessità di percorsi organizzativi differenziati per le cure palliative pediatriche;
- riconoscimento della inidoneità, sotto il profilo terapeutico ed economico, delle strutture ospedaliere a gestire le problematiche in questione. E' opinione largamente condivisa che, non appena le condizioni cliniche lo consentano, il paziente, soprattutto in età pediatrica, debba essere affidato ad una adeguata assistenza domiciliare o, solo laddove non sia opportuno o possibile, ad una struttura protetta (hospice);
- coinvolgimento essenziale di tutti gli attori : dalle famiglie ai MMG ai pediatri, dagli hospice agli ambulatori, fino all'ospedale. E' essenziale, infatti, perché questo modello funzioni, che essi comunichino tra loro, coordinando le proprie azioni in modo da non sovrapporsi o, il che sarebbe peggio, lasciare dei vuoti nella continuità dell'assistenza.
- garanzia di una omogenea qualità ed accessibilità dell'assistenza;
- attivazione di percorsi formativi e di aggiornamento professionali specifici per MMG, pediatri, medici ospedalieri e tutti gli operatori socio sanitari coinvolti in particolare in campo pediatrico;
- sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa garantendo al paziente in carico alla rete continuità assistenziale tra hospice e domicilio;
- superamento del progetto "ospedale senza dolore" considerando un nuovo progetto che veda un maggior coinvolgimento del territorio e dei MMG o pediatri di famiglia nelle diverse fasi assistenziali;
- favorire l'utilizzo dei farmaci oppiacei.

Alla luce di quanto sopra, le Regioni sono invitate a presentare, coerentemente con il livello di organizzazione raggiunto da ciascuna in merito alla problematica, progetti diretti alla:

1. ricognizione, in ambito regionale, della situazione esistente in rapporto ai bisogni della popolazione residente sia sulle cure palliative che sulla terapia del dolore;



2. definizione della rete infrastrutturale e quantificazione delle infrastrutture da realizzare ex novo per coprire il fabbisogno di cure palliative e di terapia del dolore;
3. definizione della rete organizzativa ed informatica che si ritiene di dover attivare per garantire, nelle cure palliative, una regia unitaria ed una comunicazione efficace tra i vari attori;
4. definizione di un piano di formazione e di aggiornamento del personale, riguardante cure palliative e terapia del dolore, completo di criteri di valutazione;
5. definizione di reti di terapia del dolore coerentemente con quanto sviluppato a livello centrale;
6. realizzazione di campagne informative sull'utilizzo di farmaci oppiacei;
7. valutazione del processo assistenziale palliativo nel caso di presenza residenziale e non domiciliare.

## 5 . INTERVENTI PER LE BIOBANCHE DI MATERIALE UMANO

In riferimento a quanto previsto dal PSN 2006-2008 in materia di qualificazione delle reti assistenziali, si individua tra gli obiettivi qualificanti quello degli interventi in materia di biobanche.

Le "biobanche" sono unità di servizio situate all'interno di strutture sanitarie pubbliche o private, senza fini di lucro diretto, finalizzate alla raccolta, alla lavorazione, alla conservazione, allo stoccaggio e alla distribuzione di materiale biologico umano, a scopo di indagine diagnostica, ricerca e uso terapeutico. Rappresentano un fattore determinante per lo sviluppo dell'assistenza e della ricerca.

In ambito sanitario, possono essere distinte due diverse tipologie di biobanche:

1. biobanche di materiale biologico umano utilizzato per la diagnosi, studi sulla biodiversità e ricerca;
2. biobanche a scopo terapeutico, nelle quali il materiale biologico conservato (tessuti e/o cellule) è destinato ad applicazioni sull'uomo.


Il materiale biologico umano (cellule, tessuti e liquidi biologici) conservato nelle "biobanche" ad uso diagnostico, di ricerca o terapeutico può derivare da:

- a) accertamenti diagnostici;
- b) interventi terapeutici;
- c) prelievo di tessuti, cellule donati/prelevati per uso terapeutico (trapianto) o per riproduzione assistita previo consenso del donatore o dei familiari aventi diritto;
- d) donazione di organi, tessuti, cellule e liquidi biologici prelevati specificamente a scopo di ricerca.

Le biobanche terapeutiche attualmente presenti in Italia, per la conservazione di tessuti e cellule, sono in numero di:

- a) 15 banche per le cornee;
- b) 5 banche per la cute;
- c) 6 banche di tessuto muscolo - scheletrico;
- d) 5 banche di tessuto vascolare e valvole cardiache;
- e) 17 banche di cellule staminali da sangue cordonale;
- f) 109 banche di cellule staminali emopoietiche da sangue periferico e da sangue midollare.

Sono inoltre da ricordare 3 centri dove vengono preparate e distribuite isole pancreatiche e 2 dove vengono preparati e distribuiti epatociti.



L'attività svolta da queste strutture è strettamente collegata e inserita nella rete trapiantologica costituita da una complessa organizzazione in cui il Centro Nazionale Trapianti (CNT), istituito con la legge n. 91 del 1° aprile 1999, svolge un ruolo importante nella gestione della stessa con funzioni di raccolta dei dati relativi alle attività di trapianto ed con il compito di fissare parametri relativi alla qualità del funzionamento delle strutture trapiantologiche. Il ruolo del CNT nell'ambito del trapianto di cellule staminali emopoietiche è meglio definito nel Decreto Legislativo 6 novembre 2007, n. 191, nel quale (capo III), vengono stabiliti i compiti che le autorità competenti (Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, Regioni e Province autonome con il supporto del CNT e del CNS, dell'ISS e dell'AIFA per gli specifici ambiti di competenza) sono chiamati a svolgere.

Tali compiti prevedono:

- *Vigilanza sull'approvvigionamento dei tessuti e delle cellule umani - Art. 5*
- *Ispezioni e misure di controllo - Art. 7*
- *Tracciabilità - Art. 8*
- *Importazione ed esportazione di tessuti e cellule umani - Art. 9*
- *Registro degli istituti dei tessuti e obbligo di presentare relazioni - Art. 10*
- *Notifica di eventi e reazioni avversi gravi - Art. 11*

L'attività delle "biobanche terapeutiche" o "istituti dei tessuti" come definite dal DLgs. 6 novembre 2007, n. 191, è autorizzata dalle Regioni e Province autonome di appartenenza in base alle disposizioni vigenti in materia, in conformità con una serie di Direttive Europee e di legislazioni nazionali di riferimento (DE 2004/23/CE, DE 2006/17/CE, DE 2006/86/CE, Conferenza Stato - Regioni 23/9/2004, Legge 21/10/2005 n. 219, DLgs. 6 novembre 2007, n. 191, Regolamento Unione Europea 1394/2007).

Dati attività

L'attività trapiantologica, negli anni 2005-2007 si è stabilizzata, superando le 4000 procedure annue. In particolare:

#### Donazione e trapianto di cellule staminali

Negli ultimi anni si è assistito anche in Italia ad un aumento del numero dei trapianti effettuati con cellule staminali cordonali, che sono passati da 72 nel 2007 a 98 nei primi 9 mesi del 2008;

#### Donazione e trapianto di tessuti

Complessivamente, i dati evidenziano un lieve calo delle donazioni e dei trapianti di cornea, una sostanziale stabilità negli anni delle donazioni e dei trapianti di cute, vasi e valvole e infine un significativo aumento delle donazioni e dei trapianti di tessuto muscolo-scheletrico; L'inserimento, quindi, della tematica "biobanche" tra i progetti obiettivi del fondo sanitario nazionale risponde ad una esigenza di attenzione rispetto ad un settore in forte sviluppo e determinante per i livelli di essenziali di assistenza del Servizio Sanitario Nazionale.

Si ritiene, pertanto, che debbano essere presentati progetti atti al potenziamento di tre tipologie di "biobanca" e, a tal fine, per l'anno 2009, si istituisce il vincolo di una quota di 10 milioni di euro.

### **5.1 Biobanche di sangue cordonale**

Le biobanche di sangue cordonale attive sul territorio nazionale svolgono la propria attività in termini di raccolta, conservazione e distribuzione di cellule staminali emopoietiche per trapianto "allogeneico" o per trapianto "dedicato", come previsto dalla normativa vigente in materia. La donazione a uso privato o "autologa", cioè il deposito di cellule del sangue placentare per poterne fare un uso personale in caso di necessità, è tuttora vietata in Italia,

LA GIUNTA  
M  
INNOV

oltre che non raccomandata dalle evidenze scientifiche (ribadito dall'ordinanza ministeriale del 26/02/2009).

Il trapianto di cellule staminali emopoietiche (CSE) rappresenta, da anni, la terapia di elezione per il trattamento di numerose malattie ematologiche e non (leucemie, linfomi, mielomi, malattie congenite del metabolismo, immunodeficienze, malattie autoimmuni, tumori solidi).

E' necessario incrementare l'attività di raccolta e di conservazione del sangue cordonale volontariamente donato ad uso trapiantologico, per far fronte all'aumento del fabbisogno nazionale e internazionale in questo settore terapeutico. Tale incremento può essere realizzato:

- attraverso un potenziamento delle biobanche già attive, inteso come rafforzamento delle strutture esistenti, consentendone il funzionamento h24, sette giorni su sette;
- attraverso l'estensione dell'attività di raccolta presso tutti i punti nascita del territorio nazionale;
- attraverso campagne informative che, con l'ausilio di locandine e opuscoli informativi negli ospedali, nei consultori, negli ambulatori dei medici di famiglia e dei pediatri, nelle scuole e università della Regione, informino e rendano consapevoli i cittadini, del valore della donazione, ma anche che evitino equivoci sul destino del materiale donato e su eventuali benefici di ritorno.

Inoltre va favorita la raccolta di sangue cordonale per la conservazione ad uso "dedicato" in presenza di patologie di familiari di tipo genetico o di malattie genetiche nell'ambito del contesto familiare.

## **5.2 Biobanche di tessuto muscolo - scheletrico**

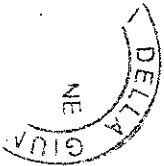
Sempre più frequentemente situazioni in cui si assiste a perdita di matrice ossea per cause diverse (patologie congenite, degenerative o post traumatiche, asportazione di segmenti ossei per patologie tumorali) richiedono l'utilizzo di tessuto osseo, da donatore allogenico o autologo, sottoposto a manipolazioni diverse.

L'attività delle biobanche di tessuto muscolo-scheletrico necessita di una migliore definizione e regolamentazione, non tanto per quanto attiene all'utilizzo di osso congelato, quanto in relazione alla necessità di incrementare la produzione di alcune filiere produttive (osso liofilizzato, pasta d'osso) nel rispetto dei requisiti di qualità e sicurezza introdotti dalle normative nazionali ed europee.

La rete, che vede coinvolti da una parte le banche e dall'altra gli utilizzatori (ortopedici, dentisti e chirurghi maxillo-facciali), deve essere oggetto di maggiore sviluppo, controllo ed integrazione. Questa necessità scaturisce anche dalle segnalazioni di acquisizione di tessuto osseo, non sempre autorizzate dalle autorità competenti, da parte di ditte private estere che commercializzano i loro prodotti in Italia.

E' necessario, dunque:

- incrementare le banche dell'osso per realizzare due obiettivi, uno prettamente economico, legato al risparmio per l'acquisizione di tessuto all'estero e l'altro, ancora più importante, legato alle caratteristiche di sicurezza e di qualità del tessuto raccolto in Italia. Infatti queste banche, come tutte quelle presenti sul territorio italiano, sono oggetto di controlli, da parte del Centro Nazionale Trapianti, per la verifica della conformità delle procedure e del servizio erogato in base a requisiti definiti in specifiche Linee guida, che si rifanno alla normativa nazionale ed europea in materia. Al fine di consentire l'aumento della produzione e la riduzione di importazioni improprie dall'estero, si ritiene necessaria la creazione di un consorzio di produttori italiani di tessuto osseo.



- porre in essere una attività di informazione, comunicazione e sensibilizzazione sull'argomento, la più capillare possibile, diretta agli utilizzatori (ortopedici, dentisti e chirurghi maxillo-facciali) al fine di ridurre le importazioni improprie dall'estero.

### **5.3 Biobanche oncologiche per la conservazione e lo studio di materiale oncologico**

La conservazione e lo studio di materiale di natura oncologica appare un settore di grande interesse non solo per motivi diagnostici, grazie a studi morfologici e analisi di marker effettuati con tecniche di istoimmunologia e biologia molecolare, ma soprattutto per la possibilità di effettuare studi di farmacogenomica, dedicati allo studio della analisi genetica e della risposta biologica del singolo paziente ad uno specifico farmaco antitumorale.

L'impostazione su scala ampia di un programma in questo settore richiede la realizzazione di una rete di biobanche oncologiche, qualificati centri selezionati in grado di conservare un elevato numero campioni in modo standardizzato e di renderli disponibili per ricerca e per diagnostica secondo modalità uniformi e condivise.

E' pertanto necessario:

- regolamentare le modalità di raccolta e conservazione di cellule e tessuti neoplastici a scopo di diagnosi e di ricerca;
- definire gli elementi della rete in numero non superiore a 5-6 unità, verificando che ciascuno di essi operi secondo criteri standardizzati sia in termini di acquisizione e rilascio dei campioni che di qualità, sicurezza e tracciabilità;
- definire un sistema di governance della rete che individui come competent authority il Ministero del Lavoro della Salute e delle Politiche Sociali e le Regioni in modo analogo a quanto avviene per le biobanche terapeutiche.

## **6. LA SANITA' PENITENZIARIA**

Il riordino della Sanità Penitenziaria sancito dal Decreto Legislativo 22 giugno 1999 n. 230 e dal DPCM 1 aprile 2008, nel trasferire al Servizio Sanitario Nazionale le funzioni sanitarie gestite dal Ministero della Giustizia, si pone sulla scia del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992 n. 502, completando un tassello giuridico che dà finalmente attuazione al dettato costituzionale che vuole che, in termini di prestazioni sanitarie, i diritti dei detenuti e degli internati siano identici a quelli di cui godono i cittadini in stato di libertà.

Le linee guida che costituiscono parte integrante del citato DPCM non nascondono certo le difficoltà di una operazione di questa dimensione, anzi le evidenziano dettagliatamente.

In termini sintetici, si potrebbero così riassumere:

- nel mondo delle carceri si concentrano problemi psicologici, clinici, sociali complessi e particolari, non tutti adeguatamente conosciuti, con gradi di prevalenza spesso drammatici, presenti in modo sporadico nel resto della società;
- la fusione tra la cultura del personale sanitario proveniente dal Ministero della Giustizia e di quello proveniente dalle ASL non si presenta priva di problematiche, al di là della volontà reciproca di collaborazione e integrazione. Ciascuno di questi mondi è portatore di esperienze che all'altro sono meno familiari ed ambedue presentano carenze comuni quanto a conoscenza e gestione di problematiche ancora poco approfondite a livello clinico, psicologico e sociale. Se questa fusione non si realizzasse adeguatamente, la sanità penitenziaria avrebbe solo cambiato il soggetto che la gestisce, soffocata dalle attuali insufficienze, e si perderebbe anche l'occasione



di proficue sinergie che potrebbero condurre ad una sensibile contrazione del costo del sistema.

- le infrastrutture trasferite al SSN, realizzate per raggiungere obiettivi diversi, potrebbero mostrarsi parzialmente o totalmente inidonee, richiedere adeguamenti lunghi e costosi e, conseguentemente, transitori da gestire e potenziali conflitti di competenze tra soggetti e istituzioni che, a vario titolo, concorrono alla tutela della salute della popolazione ristretta negli istituti di pena;
- la scarsa conoscenza di dati epidemiologici sistematici sulle patologie prevalenti e dei fattori di rischio specifici che sono causa delle patologie, rendono difficoltosa l'organizzazione di corsi di formazione adeguati;
- la crescita esponenziale della popolazione immigrata detenuta, pone drammaticamente nuove domande per rispondere alle quali è assente una specifica formazione, carente l'apporto dei mediatori culturali, ignoto il tessuto religioso e culturale del paziente.

Una risposta globale e coerente al tema in questione richiede tempo, impegno, risorse culturali ed economiche e, probabilmente, potrebbe risultare velleitario volerne affrontare contemporaneamente tutti gli aspetti. Ferma quindi restando la libertà decisionale delle Regioni in merito al percorso da seguire per dare piena attuazione al disposto di cui al DPCM già citato, ed al netto delle indicazioni emergenti dal tavolo di consultazione istituito presso la Conferenza unificata fra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, si suggeriscono alcune priorità e precisamente:

#### **6.1 la tutela delle detenute sottoposte a provvedimenti penali e della loro prole**

Le detenute costituiscono una minoranza della popolazione carceraria ma gli elementi a disposizione sembrano evidenziare l'emergere di aspetti di marcata fragilità, soprattutto psicologica, nei confronti dei vincoli legati alla detenzione in particolare per le molte che provengono da situazione di disagio sociale, con problemi di tossicodipendenza o affette da malattie virali o a trasmissione sessuale. Al di là dei programmi comuni a tutta la popolazione carceraria, vanno quindi messi a punto percorsi mirati, di tipo sanitario (controlli di carattere ostetrico/ginecologico, prevenzione e profilassi dei tumori dell'apparato genitale e della mammella), di informazione sulla salute della donna, sulle strutture su cui potere contare alla fine della detenzione (consultori, punti nascita, ambulatori) e sui diritti che la legge garantisce loro in quanto donne e madri, di preparazione al parto, di sostegno ad uno sviluppo corretto del bambino (certamente l'aspetto più delicato) attraverso adeguata assistenza pediatrica ed idonei servizi di puericultura.

Le Regioni sono quindi invitate a formulare progetti che, in relazione alle specificità proprie degli istituti penitenziari che insistono sul territorio, realizzino la presa in carico di questi pazienti dal loro ingresso fino al loro reinserimento a pieno titolo nella società.

#### **6.2 la salute mentale**

I disturbi della personalità sono una realtà largamente diffusa negli istituti: vanno da uno stato generale di depressione a patologie mentali gravi ed alimentano un tasso di suicidi o tentati suicidi preoccupante.

Se si escludono i detenuti sottoposti a ricovero in OPG (Ospedali Psichiatrici Giudiziari) o in una CCC (Case di Cura e Custodia), la maggior parte di queste patologie si manifesta nel corso della misura detentiva il che già richiede urgenti e penetranti interventi preventivi per la rimozione dei fattori oggettivi ed ambientali che ne costituiscono una concausa, sempre entro limiti che non pregiudichino la sicurezza.



Tuttavia, a valle di questa considerazione, è necessaria un'azione costante di sorveglianza, individuazione precoce, cura e riabilitazione del malato che non si esaurisca alla scadenza della pena ma prosegua sul territorio a carico delle strutture esistenti ed a ciò dedicate, fino al recupero sociale del paziente.

Alle regioni, pertanto è richiesto di indirizzare la propria progettualità anche su queste tematiche.

Per quanto attiene infine alle problematiche di integrazione tra DSM e OPG, le regioni potranno presentare progetti in coerenza con l'allegato C al DPCM 1 aprile 2008 e con le linee indicate per tale argomento nel Decreto Ministeriale 23 dicembre 2008 (G.U. n. 56 del 9 marzo 2009).

### **6.3 la salute dei minori**

E' di tutta evidenza che i minori sottoposti a provvedimenti penali sono parte inalienabile di quel patrimonio nazionale costituito dai giovani, uniche vere risorse a cui può attingere il futuro del Paese. Pertanto, la loro salute fisica e psichica ed il loro pieno reinserimento sociale debbano essere posti come obiettivi primari etici ancor prima che giuridici da perseguire con assoluta tenacia. Ogni ragazzo non recuperato è di fatto un impoverimento per il Paese oltre a costituire, in prospettiva, un problema.

Si auspica pertanto che le Regioni mettano a punto progetti nei confronti dei minori idonei, fin dal momento dell'ingresso negli istituti, a guarire le loro infermità fisiche e mentali e ad insegnare loro come prevenirle, a liberarli dalle tossicodipendenze, dalle malattie infettive e dall'angoscia, a rassicurarli che, una volta usciti, non saranno abbandonati ma presi in carico da strutture che li accompagneranno verso il pieno recupero sociale, purchè a tutto ciò essi stessi collaborino attivamente.

E' appena il caso di accennare al ruolo centrale che, in questi progetti, gioca la preparazione professionale del personale impegnato a qualunque livello e a come tale preparazione richieda un continuo aggiornamento.

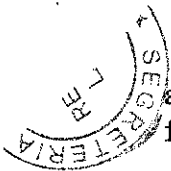
### **6.4 sistema informativo**

Per il successo di quanto previsto nel citato DPCM è fondamentale acquisire, disporre, scambiare, elaborare informazioni all'interno delle ASL, in ambito regionale, tra Regione e Regione e tra Regioni e Stato, il che sarebbe estremamente macchinoso se non impossibile senza l'ausilio di un sistema informativo. Già la complessità insita in una rilevazione epidemiologica sistematica negli istituti, che fornisca ed aggiorni dati sulla prevalenza e l'incidenza degli stati patologici e sulle condizioni che ne favoriscono l'insorgenza o ne ostacolano la cura, al fine di tarare gli interventi da compiere e le risorse da impegnare fa comprendere l'essenzialità dello strumento informatico.

Anche la gestione della cartella clinica, consultabile da personale esterno ed interno agli istituti, che segue il detenuto nei trasferimenti in altre regioni e che infine va alle strutture che prendono in carico il paziente sul territorio dopo la sua liberazione, sembra molto difficoltosa con il vecchio supporto cartaceo e renderebbe quasi impossibile, o comunque lento e costoso, un monitoraggio relativo all'efficacia e all'efficienza degli interventi.

Si invitano pertanto le Regioni a presentare progetti in tal senso; tali progetti, tra l'altro debbono garantire la possibilità che ogni sistema informatico possa colloquiare con tutti gli altri, compreso il costituendo sistema nazionale, in modo da diventare una rete nazionale a disposizione degli operatori e dei ricercatori.

La flessibilità nella costruzione e nella gestione dei report costituirebbe certamente un elemento di pregio di tali sistemi che, oltretutto, potrebbero costituire un primo nodo da



ampliare per inglobarvi altre problematiche del SSN per le quali l'informatizzazione è fortemente auspicata.

## **7. L'ATTIVITÀ MOTORIA PER LA PREVENZIONE DELLE MALATTIE CRONICHE E PER IL MANTENIMENTO DELL'EFFICIENZA FISICA NELL'ANZIANO**

Il tema delle malattie croniche e, in particolare, dell'assistenza sanitaria alla popolazione anziana va acquisendo progressivamente rilevanza sia per l'aumento dei cittadini che sono affetti da tali patologie o appartenenti a questa fascia d'età, sia per le crescenti possibilità tecnologiche in campo preventivo, diagnostico, terapeutico e riabilitativo, che si rendono disponibili per molte malattie cronicodegenerative.

Gli effetti positivi dell'attività fisica sulla patologia cronica non trasmissibile, da quella cardiovascolare, al diabete, all'obesità, alla osteoporosi e ad alcune patologie neoplastiche quali il cancro del colon e della mammella, sono solidamente documentati.

L'attività fisica non è solo un efficace strumento di prevenzione, ma anche una precisa strategia di intervento nei confronti di persone con svariate patologie, al punto che l'esercizio fisico dovrebbe essere inserito nel normale iter terapeutico per il trattamento di queste patologie.

Secondo i dati ONU della popolazione, presentati in occasione della seconda Assemblea Mondiale, tenutasi a Madrid nel 2002 e confermate dalla conferenza di Leon nel novembre 2007 riguardante l'area europea, la classifica dei Paesi più vecchi vede al primo posto l'Italia con una percentuale di popolazione anziana del 25%. I dati ISTAT attestano, al 1 gennaio 2005, che la popolazione italiana al di sopra dei 65 anni è superiore a 11 milioni e la percentuale della popolazione over 80, i grandi vecchi, è in aumento. Per il 2050 è previsto, inoltre, un ulteriore aumento soprattutto della fascia di età compresa fra i 75 e i 79 anni. Ad un allungamento della vita non sempre corrisponde un effettivo miglioramento della sua qualità: con l'aumento dell'età cresce il problema della non autosufficienza aggravata dalla presenza di pluri-patologie con conseguente possibile isolamento sociale. Nei paesi industrializzati, il 65% circa delle risorse del Servizio Sanitario Nazionale e circa il 70% della spesa farmaceutica viene utilizzato per l'assistenza delle persone anziane. Questa rapida crescita del fenomeno di invecchiamento impone un'accelerazione nell'attuazione delle scelte di politiche socio-sanitarie tese a favorire la realizzazione di interventi che migliorino la qualità della vita delle persone anziane e diminuiscano i costi dell'assistenza.

Una vita attiva nell'anziano è lo strumento migliore per prevenire molte patologie. La letteratura su questi argomenti è ormai vastissima e consolidata nel tempo.

In generale sono state documentate significative relazioni positive fra regolare attività fisica aerobica e riduzione della patologia cardiovascolare, del diabete, dell'obesità, miglioramento dello stato cognitivo dell'umore e del "sentirsi bene" in generale, fino alla osteoporosi e ad alcune patologie neoplastiche, quali cancro del colon e della mammella.

La pratica di un'attività fisica costante può dunque rappresentare un importantissimo strumento, in tutte le età della vita, per prevenire l'insorgenza di molte patologie e per prolungare, nella fase dell'invecchiamento, lo stato di benessere e autonomia e per favorire il mantenimento delle relazioni sociali.

Al fine di favorire l'attività fisica in tutte le fasce di età e, in particolare, per gli anziani, si rende necessario individuare, a livello regionale e locale, le modalità, le strutture e le opportunità offerte dal territorio per praticare attività fisica, secondo i seguenti obiettivi:

- attivare programmi di formazione per il personale dedicato, sui diversi contenuti e le diverse metodologie per la promozione della attività fisica (operatori del SSN,



- insegnanti di educazione fisica e operatori delle associazioni ed enti operanti in campo sportivo, associazioni, cittadini competenti, ...);
- favorire la diffusione di interventi di contrasto della sedentarietà e di promozione di stili di vita attivi, sulla popolazione in generale e su gruppi a rischio, utilizzando le metodologie dotate di maggiore efficacia;
  - sviluppare e sostenere un sistema di sorveglianza sullo stato di salute e sugli stili di vita degli anziani, che comprenda anche i temi della alimentazione e della attività fisica;
  - favorire l'attività fisica ed eventualmente la pratica sportiva delle persone anziane, facilitando l'accessibilità economica e logistica ai servizi ed agli impianti, garantendo le fasce economicamente più deboli, al fine di ridurre le disuguaglianze e l'esclusione sociale di alcuni gruppi di cittadini;
  - aumentare la forza e la coerenza dei messaggi informativi/formativi al fine di coinvolgere un numero sempre maggiore di persone in una regolare attività fisica, anche attraverso l'uso dei mezzi di comunicazione più utilizzati dagli anziani;
  - promuovere cultura e legislazione, al fine di modificare l'ambiente urbano in senso favorevole alla pratica della attività fisica, di migliorare l'accessibilità "car-free" a luoghi e servizi, di aumentare la sicurezza percepita nelle strade, di contrastare l'ambiente costruito che induce sedentarietà.

Queste azioni sono rivolte soprattutto alle persone senza importanti patologie conclamate e con condizioni di rischio (obesità, dislipidemia, ipertensione, diabete, abitudine al fumo, ecc) moderate, che possono accedere alle iniziative presenti sul territorio direttamente e/o attraverso la presa in carico da parte dei MMG.

Non dobbiamo però dimenticare che l'attività fisica non è solo un efficace strumento di prevenzione, ma anche una precisa strategia di intervento nei confronti di persone con svariate patologie: pertanto le persone con patologie conclamate o fattori di rischio importanti, e gli anziani più o meno limitati nelle loro attività, possono giovare di una vera e propria "prescrizione di attività fisica" effettuata direttamente dal MMG.

Nonostante le solidissime evidenze scientifiche, il tema della promozione dell'attività fisica nella popolazione generale e della "prescrizione dell'attività fisica" per le persone a rischio più elevato resta una delle aree di intervento più sottovalutate in seno al Sistema Sanitario Nazionale; è pertanto necessario sviluppare sperimentazioni relative all'introduzione di tale pratica in aree del Paese in cui esistono condizioni favorevoli per avviare tale percorso, sottoponendo i risultati raggiunti ad una rigorosa valutazione di efficacia e di costo-efficacia in vista di un'eventuale estensione di tali programmi.

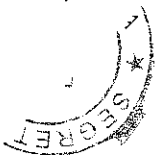
## 8. PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE

Il PNP 2005-2007 si è sviluppato, coerentemente con gli obiettivi della politica sanitaria del Paese, parallelamente ad altre importanti iniziative: dal programma Guadagnare salute (dm 4 maggio 2007) al piano nazionale screening 2007-2009.

La sua attuazione ha visto le regioni fortemente impegnate con importanti iniziative volte al conseguimento di risultati non solo in aree carenti di intervento, ma anche in altri campi con il coinvolgimento e la partnership del mondo professionale.

Per l'anno 2008, Governo, Regioni e Province autonome hanno condiviso l'opportunità, in vista della elaborazione della proposta di PNP 2009-2011, di prorogarne la vigenza, mantenendo inalterati obiettivi e modalità di finanziamento.

Per l'anno 2009, in vista della prossima emanazione del nuovo Piano si ritiene di dare alle Regioni l'opportunità di completare e consolidare i programmi in corso di attuazione, ma



anche, ove l'emanazione del nuovo Piano lo consenta, di riallineare i propri programmi per il perseguimento degli obiettivi in esso individuati.

## **9. TUTELA DELLA MATERNITA' E PROMOZIONE DELL'APPROPRIATEZZA DEL PERCORSO NASCITA**

La tutela della salute della donna, in particolar modo in ambito materno infantile, costituisce un impegno di valenza strategica dei sistemi sociosanitari per il riflesso che gli interventi di promozione della salute, di cura e riabilitazione in tale ambito hanno sulla qualità del benessere psico-fisico nella popolazione generale attuale e futura.

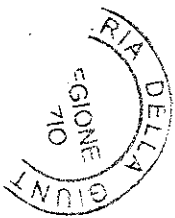
In Italia, negli ultimi 40 anni, si sono verificati notevoli cambiamenti:

- diminuzione drastica della natalità in lieve ripresa solo negli ultimissimi anni per la nascita di bimbi stranieri;
- aumento dell'età minima delle primipare a oltre 28 anni;
- il tasso di gravidanze in età adolescenziale è meno del 2%, fra i più bassi in Europa, ed è in continua diminuzione;
- l'incidenza dei neonati di basso peso si è ridotta al 6% raggiungendo, così, il valore medio europeo;
- la mortalità perinatale (*nati morti e morti a meno di una settimana di vita per 1000 nati vivi*) e la mortalità infantile (*morti nel primo anno di vita per 1000 nati vivi*) è in costante diminuzione ma sussistono notevoli differenze fra le regioni del Nord - Centro Italia e il Sud ove la mortalità è più elevata;
- la mortalità materna (*morti materne su 100000 nati vivi*) si è ridotta da 53,6 per 100000 nati vivi nel 1970 a 5,6 nel 1995 e continua a decrescere. La riduzione è continua e progressiva in tutte le ripartizioni geografiche con il trascorrere degli anni. Tutto ciò è sicuramente da mettere in relazione al fatto che ormai da molti anni, in Italia, si sta cercando di identificare precocemente le gravidanze a rischio affinché vengano trasferite, per tempo, in U.O. di III livello;
- riduzione notevole, di oltre il 40%, del tasso di abortività;
- aumento esponenziale del ricorso al taglio cesareo dal 1994 ad oggi;
- il tasso di ospedalizzazione dei bambini è ancora troppo alto;
- la rete ospedaliera pediatrica è ancora ipertrofica;
- i punti nascita con meno di 500 parti l'anno sono ancora molto numerosi;
- la guardia attiva h 24, sia medico - ostetrica che medico - pediatrica, non è garantita in tutti i punti nascita presenti sul territorio;
- sei regioni non hanno ancora attivato il Servizio del Trasporto Assistito del Neonato in Emergenza (STEN) e quattro hanno una copertura solo parziale; otto regioni non hanno ancora provveduto ad una normativa in materia di trasporto in utero: Trasporto Assistito Materno (STAM).

Alla luce di queste considerazioni e al fine di dare attuazione al Piano Sanitario Nazionale (PSN) ed al Progetto Obiettivo Materno Infantile (POMI), nonché di uniformare su tutto il territorio nazionale le prestazioni a tutela della donna e del bambino, le Regioni e le Province autonome possono predisporre progetti finalizzati a:

### **9.1 Favorire il parto naturale**

La gravidanza ed il parto sono eventi fisiologici che possono talvolta complicarsi in modo non prevedibile con conseguenze gravi per la donna, il nascituro ed il neonato. E' necessario che:



- ad ogni parto venga garantito un livello essenziale ed appropriato di assistenza ostetrica e pediatrica - neonatologica.
- vi sia la massima corrispondenza tra necessità assistenziali della singola persona e appropriatezza ed efficacia delle cure erogate
- l'offerta dei servizi ostetrici e pediatrici - neonatologici, nella rete regionale, sia rispondente all'organizzazione articolata su tre livelli (I livello-consultori familiari; II livello- ambulatori specialistici del Distretto e dell'Ospedale; III livello- U.O.C. Ospedaliera) .
- venga posta, particolare attenzione, in sede di programmazione regionale, affinché si consegua una uniformità di livello assistenziale tra U.O. ostetriche e U.O. neonatologiche - pediatriche.

### **9.2 Umanizzare l'evento nascita**

Attraverso il miglioramento dell'assistenza ostetrico e pediatrica-neonatologica che, colmando le disuguaglianze esistenti tra le Regioni, deve prevedere:

- il parto indolore;
- l'allattamento materno precoce;
- il rooming-in.

### **9.3 Ridurre la mortalità neonatale e materna:**

- ottimizzando il numero dei reparti pediatrici e dei punti nascita (riducendo il numero di punti nascita con meno di 500 parti l'anno);
- concentrando le gravidanze a rischio e programmando per tempo l'invio della partorienti in una struttura di terzo livello;
- attivando, nei punti nascita, una guardia attiva, medico-ostetrico e pediatrica -neonatologica, 24 ore su 24.

In tutto il percorso assistenziale particolare attenzione va posta alla sempre maggiore presenza di cittadini non italiani, in particolare extracomunitari. A queste donne deve essere garantita la comunicazione interculturale e la garanzia di assistenza specialistica nei casi di portatrici di mutilazioni genitali.

### **9.4 Trasporto neonatale**

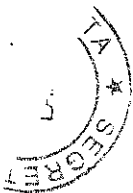
Il trasporto della gravida e del neonato deve essere considerato una componente essenziale di un piano di regionalizzazione delle cure perinatali.

Devono quindi essere attivati e completati:

- il sistema di Trasporto in Emergenza Neonatale (S.T.E.N.) collegato con le reti regionali dell'emergenza - urgenza sanitaria (118).

Quando le condizioni che hanno richiesto il trasferimento del neonato si sono risolte, deve essere previsto il suo ritorno presso l'Ente trasferente, al fine di ridurre i disagi organizzativi delle famiglie ed i costi assistenziali.

- il Servizio di Trasporto Assistito Materno (S.T.A.M.) che deve essere realizzato sulla base di un collegamento funzionale tra strutture territoriali e strutture di ricovero, collegate in rete tra loro e con le reti regionali dell'emergenza - urgenza sanitaria territoriale (Servizio 118).

**ALLEGATO B****TABELLA 1****Linea progettuale 1: "Facilitazione della comunicazione nei pazienti con gravi patologie neuromotorie"**

| REGIONI       | Popolazione riparto 2009 | somma disponibile spettante |
|---------------|--------------------------|-----------------------------|
| PIEMONTE      | 4.401.266                | 738.229                     |
| VAL D'AOSTA   | 125.979                  | 21.131                      |
| LOMBARDIA     | 9.642.406                | 1.617.330                   |
| BOLZANO       | 493.910                  | 82.844                      |
| TRENTO        | 513.357                  | 86.106                      |
| VENETO        | 4.832.340                | 810.533                     |
| FRIULI        | 1.222.061                | 204.977                     |
| LIGURIA       | 1.609.822                | 270.017                     |
| EMILIA R.     | 4.275.802                | 717.184                     |
| TOSCANA       | 3.677.048                | 616.755                     |
| UMBRIA        | 884.450                  | 148.350                     |
| MARCHE        | 1.553.063                | 260.497                     |
| LAZIO         | 5.561.017                | 932.755                     |
| ABRUZZO       | 1.323.987                | 222.074                     |
| MOLISE        | 320.838                  | 53.814                      |
| CAMPANIA      | 5.811.390                | 974.750                     |
| PUGLIA        | 4.076.546                | 683.763                     |
| BASILICATA    | 591.001                  | 99.129                      |
| CALABRIA      | 2.007.707                | 336.755                     |
| SICILIA       | 5.029.683                | 843.634                     |
| SARDEGNA      | 1.665.617                | 279.376                     |
| <b>TOTALE</b> | <b>59.619.290</b>        | <b>10.000.000</b>           |





**TABELLA 2**

**Linea progettuale 2: "Interventi in materia di Biobanche di materiale umano"**

| REGIONI       | Popolazione riparto<br>2009 | somma disponibile<br>spettante |
|---------------|-----------------------------|--------------------------------|
| PIEMONTE      | 4.401.266                   | 1.107.343                      |
| VAL D'AOSTA   | 125.979                     | 31.696                         |
| LOMBARDIA     | 9.642.406                   | 2.425.995                      |
| BOLZANO       | 493.910                     | 124.266                        |
| TRENTO        | 513.357                     | 129.159                        |
| VENETO        | 4.832.340                   | 1.215.799                      |
| FRIULI        | 1.222.061                   | 307.466                        |
| LIGURIA       | 1.609.822                   | 405.025                        |
| EMILIA R.     | 4.275.802                   | 1.075.776                      |
| TOSCANA       | 3.677.048                   | 925.132                        |
| UMBRIA        | 884.450                     | 222.524                        |
| MARCHE        | 1.553.063                   | 390.745                        |
| LAZIO         | 5.561.017                   | 1.399.132                      |
| ABRUZZO       | 1.323.987                   | 333.110                        |
| MOLISE        | 320.838                     | 80.722                         |
| CAMPANIA      | 5.811.390                   | 1.462.125                      |
| PUGLIA        | 4.076.546                   | 1.025.644                      |
| BASILICATA    | 591.001                     | 148.694                        |
| CALABRIA      | 2.007.707                   | 505.132                        |
| SICILIA       | 5.029.683                   | 1.265.450                      |
| SARDEGNA      | 1.665.617                   | 419.063                        |
| <b>TOTALE</b> | <b>59.619.290</b>           | <b>15.000.000</b>              |



**TABELLA 3**

**Linea progettuale 4 : "Cure palliative e terapia del dolore"**

| REGIONI       | Popolazione riparto<br>2009 | somma disponibile<br>spettante |
|---------------|-----------------------------|--------------------------------|
| PIEMONTE      | 4.401.266                   | 7.382.285                      |
| VAL D'AOSTA   | 125.979                     | 211.306                        |
| LOMBARDIA     | 9.642.406                   | 16.173.299                     |
| BOLZANO       | 493.910                     | 828.440                        |
| TRENTO        | 513.357                     | 861.059                        |
| VENETO        | 4.832.340                   | 8.105.330                      |
| FRIULI        | 1.222.061                   | 2.049.774                      |
| LIGURIA       | 1.609.822                   | 2.700.170                      |
| EMILIA R.     | 4.275.802                   | 7.171.843                      |
| TOSCANA       | 3.677.048                   | 6.167.547                      |
| UMBRIA        | 884.450                     | 1.483.496                      |
| MARCHE        | 1.553.063                   | 2.604.967                      |
| LAZIO         | 5.561.017                   | 9.327.547                      |
| ABRUZZO       | 1.323.987                   | 2.220.736                      |
| MOLISE        | 320.838                     | 538.145                        |
| CAMPANIA      | 5.811.390                   | 9.747.500                      |
| PUGLIA        | 4.076.546                   | 6.837.629                      |
| BASILICATA    | 591.001                     | 991.292                        |
| CALABRIA      | 2.007.707                   | 3.367.546                      |
| SICILIA       | 5.029.683                   | 8.436.335                      |
| SARDEGNA      | 1.665.617                   | 2.793.755                      |
| <b>TOTALE</b> | <b>59.619.290</b>           | <b>100.000.000</b>             |

**TABELLA 4**

**Linea progettuale 8: "Piano nazionale di prevenzione"**

| REGIONI       | Popolazione riparto<br>2009 | somma disponibile<br>spettante |
|---------------|-----------------------------|--------------------------------|
| PIEMONTE      | 4.401.266                   | 17.717.484                     |
| VAL D'AOSTA   | 125.979                     | 507.134                        |
| LOMBARDIA     | 9.642.406                   | 38.815.917                     |
| BOLZANO       | 493.910                     | 1.988.256                      |
| TRENTO        | 513.357                     | 2.066.541                      |
| VENETO        | 4.832.340                   | 19.452.791                     |
| FRIULI        | 1.222.061                   | 4.919.459                      |
| LIGURIA       | 1.609.822                   | 6.480.407                      |
| EMILIA R.     | 4.275.802                   | 17.212.424                     |
| TOSCANA       | 3.677.048                   | 14.802.114                     |
| UMBRIA        | 884.450                     | 3.560.391                      |
| MARCHE        | 1.553.063                   | 6.251.921                      |
| LAZIO         | 5.561.017                   | 22.386.112                     |
| ABRUZZO       | 1.323.987                   | 5.329.766                      |
| MOLISE        | 320.838                     | 1.291.547                      |
| CAMPANIA      | 5.811.390                   | 23.393.999                     |
| PUGLIA        | 4.076.546                   | 16.410.310                     |
| BASILICATA    | 591.001                     | 2.379.100                      |
| CALABRIA      | 2.007.707                   | 8.082.110                      |
| SICILIA       | 5.029.683                   | 20.247.204                     |
| SARDEGNA      | 1.665.617                   | 6.705.012                      |
| <b>TOTALE</b> | <b>59.619.290</b>           | <b>240.000.000</b>             |

*[Circular stamp and handwritten signature]*

*[Circular stamp: SEGRETERIA DELLA GIUNTA REGIONALE LAZIO]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

ALLEG. alla DELIB. N. **393**  
 DEL **22 MAG. 2009**

SCHEDA N.1

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

SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI



**GENERALITA'**

|                                    |  |
|------------------------------------|--|
| REGIONE PROPONENTE                 | REGIONE LAZIO  |
| DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO) |  |
| LINEA PROGETTUALE                  | CURE PRIMARIE – ASSISTENZA H24<br>"RIDUZIONE DEGLI ACCESSI IMPROPRI IN PS" |
| TITOLO DEL PROGETTO                | AMBULATORIO CODICI BIANCHI   |
| DURATA DEL PROGETTO                | 12 MESI  |
| REFERENTE                          | Dr. Luca Casertano – Area Programmazione Rete Ospedaliera e Ricerca        |

**ASPETTI FINANZIARI**

|   |               |
|---|---------------|
| COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO                      | €. 12.500.776 |
| IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2009 |               |
| QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE                       |               |

**IL PROGETTO**

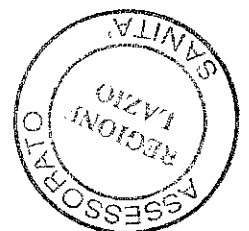
| CONTESTO        | Nella Regione Lazio, nell'anno 2008, più dell'80% degli accessi in pronto soccorso era rappresentato da codici bianchi e verdi. Il Dato analitico è indicato nella seguente tabella:<br><br><table border="1"> <thead> <tr> <th>CODICE TRIAGE</th> <th>ACCESSI</th> <th>%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CODICE VERDE</td> <td>1.550.610</td> <td>72,94</td> </tr> <tr> <td>CODICE GIALLO</td> <td>334.894</td> <td>15,75</td> </tr> <tr> <td>CODICE BIANCO</td> <td>205.484</td> <td>9,67</td> </tr> <tr> <td>CODICE ROSSO</td> <td>23.872</td> <td>1,12</td> </tr> <tr> <td>NON ESEGUITO</td> <td>10.859</td> <td>0,51</td> </tr> <tr> <td>GIUNTO CADAVERE</td> <td>104</td> <td>0,00</td> </tr> <tr> <td>Totale</td> <td>2.125.823</td> <td>100,00</td> </tr> </tbody> </table> | CODICE TRIAGE | ACCESSI | % | CODICE VERDE | 1.550.610 | 72,94 | CODICE GIALLO | 334.894 | 15,75 | CODICE BIANCO | 205.484 | 9,67 | CODICE ROSSO | 23.872 | 1,12 | NON ESEGUITO | 10.859 | 0,51 | GIUNTO CADAVERE | 104 | 0,00 | Totale | 2.125.823 | 100,00 |
|-----------------|--|---------------|---------|---|--------------|-----------|-------|---------------|---------|-------|---------------|---------|------|--------------|--------|------|--------------|--------|------|-----------------|-----|------|--------|-----------|--------|
| CODICE TRIAGE   | ACCESSI  | %             |         |   |              |           |       |               |         |       |               |         |      |              |        |      |              |        |      |                 |     |      |        |           |        |
| CODICE VERDE    | 1.550.610  | 72,94         |         |   |              |           |       |               |         |       |               |         |      |              |        |      |              |        |      |                 |     |      |        |           |        |
| CODICE GIALLO   | 334.894  | 15,75         |         |   |              |           |       |               |         |       |               |         |      |              |        |      |              |        |      |                 |     |      |        |           |        |
| CODICE BIANCO   | 205.484  | 9,67          |         |   |              |           |       |               |         |       |               |         |      |              |        |      |              |        |      |                 |     |      |        |           |        |
| CODICE ROSSO    | 23.872   | 1,12          |         |   |              |           |       |               |         |       |               |         |      |              |        |      |              |        |      |                 |     |      |        |           |        |
| NON ESEGUITO    | 10.859   | 0,51          |         |   |              |           |       |               |         |       |               |         |      |              |        |      |              |        |      |                 |     |      |        |           |        |
| GIUNTO CADAVERE | 104  | 0,00          |         |   |              |           |       |               |         |       |               |         |      |              |        |      |              |        |      |                 |     |      |        |           |        |
| Totale          | 2.125.823  | 100,00        |         |   |              |           |       |               |         |       |               |         |      |              |        |      |              |        |      |                 |     |      |        |           |        |
| DESCRIZIONE     | Attivare ambulatori per la gestione dei codici di minore gravità presso i Pronto Soccorso Regionali soggetti a maggiori condizioni di sovraccollamento   |               |         |   |              |           |       |               |         |       |               |         |      |              |        |      |              |        |      |                 |     |      |        |           |        |

*l'allegato è completo*



DELLA

|   |   |
|---|---|
| OBIETTIVI   | Ridurre il grado di sovraffollamento dei pronto soccorso<br>Ridurre il numero degli accessi impropri  |
| TEMPI DI ATTUAZIONE<br>(CRONOPROGRAMMA)                 | Mese 1: analisi di contesto e definizione del documento progettuale<br>Mesi 2-4: acquisizione delle risorse<br>Mesi 4-11: attivazione dei poliambulatori e monitoraggio attuazione progetto<br>Mese 12: analisi dei risultati |
| INDICATORI<br>(di struttura, di processo, di risultato) | Numero di ambulatori attivati<br>Numero di pazienti trattati per poliambulatorio  |
| RISULTATI ATTESI  | Riduzione numero accessi impropri nei pronto soccorso a maggiore criticità  |



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

**SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI**

**GENERALITA'**

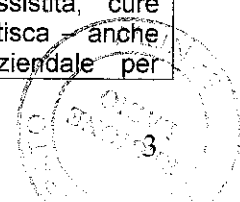
|                                    |  |
|------------------------------------|--|
| REGIONE PROPONENTE                 | Lazio                                  |
| DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO) |  |
| LINEA PROGETTUALE                  | Cure primarie                          |
| TITOLO DEL PROGETTO                | Miglioramento della rete assistenziale |
| DURATA DEL PROGETTO                | 2009-2010                              |
| REFERENTE                          | Valentino Mantini                      |

**ASPETTI FINANZIARI**

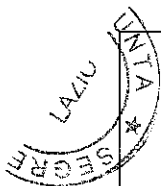
|   |               |
|---|---------------|
| COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO                      | 22.465.000,00 |
| IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2009 |               |
| QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE                       |               |

**IL PROGETTO**

|          |   |
|----------|---|
| CONTESTO | <p>La transizione epidemiologica, fortemente determinata dai mutamenti demografici in corso, impone in modo ormai improrogabile il riorientamento dell'intera offerta assistenziale, volta non solo ad assicurare adeguate risposte agli eventi acuti correlati all'aumento della prevalenza e dell'incidenza di patologie cronico-degenerative, ma soprattutto a garantire efficaci strategie preventive e pro-attive (<i>chronic care model</i>), assicurando altresì l'attivazione di setting assistenziali che consentano di affrontare e gestire, in un'ottica di continuità delle cure, le problematiche di salute connesse agli esiti già manifesti della cronicità.</p> <p>In tale contesto l'insieme delle cure intermedie, imperniato su strutture residenziali sotto il governo del Distretto, si pone come uno dei nodi chiave della rete dei servizi destinati a soggetti con problematiche assistenziali complesse e articolate, quali possono essere le persone in situazione di non autosufficienza più o meno grave. Affinché tale funzione possa essere compiutamente esercitata è necessario che sia realmente garantita la "continuità assistenziale", intesa come l'attivazione di specifici percorsi di cura attraverso l'adozione di opportuni strumenti di raccordo tra i diversi ambienti assistenziali, quali l'utilizzo della Valutazione multidimensionale (VMD) e la conseguente adozione di Piani assistenziali individualizzati (PAI) con la finalità di restituire alla persona le migliori condizioni di qualità di vita ottenibili anche facendo ricorso, laddove necessario, al case manager.</p> <p>Poiché un punto di estrema sofferenza del sistema assistenziale è rappresentato dai casi di particolare complessità e intensità assistenziale (ad esempio, nutrizione artificiale, ventilazione meccanica assistita, cure palliative), si sottolinea la necessità che ciascuna ASL garantisca anche attraverso il ricorso a servizi centralizzati a livello aziendale per</p> |
|----------|---|



|             |  |
|-------------|--|
|             | <p>l'organizzazione delle cure (sul modello delle UO per la nutrizione artificiale) – percorsi di qualificazione professionale, strumenti di informazione, documentazione e valutazione (Registri di patologia) e adeguate risorse professionali, tecnologiche e organizzative per fornire, privilegiando l'ambito domiciliare, risposte sicure e qualitativamente adeguate a tali bisogni.</p>  |
| DESCRIZIONE | <p><i>Presidi Territoriali di Prossimità (PTP)</i></p> <p>Negli ultimi decenni il progressivo aumento della speranza di vita della popolazione, e il contemporaneo incremento delle patologie cronicodegenerative, hanno portato come conseguenza l'aumento di bisogni assistenziali "a lungo termine", con implicazioni importanti sui costi che il sistema sanitario deve affrontare per l'assistenza a questo tipo di pazienti.</p> <p>In questa situazione, la necessità di fornire risposte appropriate alla domanda di salute, espressa soprattutto dagli anziani, implica l'attivazione di nuove forme assistenziali, rispetto a quelle offerte tradizionalmente dagli ospedali per acuti. Appare quindi strategico programmare la realizzazione di strutture in grado di fornire risposte sociosanitarie non basate soltanto sull'alta tecnologia ma che risultino appropriate ai bisogni del paziente e dei suoi familiari.</p> <p>Per rendere i servizi territoriali in grado di svolgere tale ruolo, è necessaria una trasformazione importante del quadro attuale, con modifiche organizzative e culturali imposte sulla centralità della persona e non della patologia, basate sull'integrazione dell'assistenza primaria e intermedia e di queste con quella ospedaliera, con la creazione di percorsi incentrati sulla continuità assistenziale, e che prevedono un maggiore coinvolgimento di figure professionali e delle istituzioni che sono più vicine al paziente, in termini di accesso territoriale, sociale e culturale.</p> <p>Su queste basi, la Regione Lazio propone l'introduzione di un nuovo ambito assistenziale a livello distrettuale, i Presidi territoriali di prossimità (PTP) (già avviati nella Azienda Sanitaria RMG a Palombara Sabina e nella Azienda Sanitaria RMA presso l'Ospedale Nuovo Regina Margherita), strutture a vocazione multifunzionale e a gestione multiprofessionale (con particolare valorizzazione della figura dell'infermiere-case manager) destinate a trattare persone affette da patologie cronicodegenerative in fase non acuta e con esigenze diversificate, che in passato afferivano alla tradizionale degenza ospedaliera. Il PTP garantisce, quale elemento innovativo, attraverso le Unità operative di degenza infermieristica (UODI), l'assistenza in regime residenziale di natura medico-infermieristica di quei soggetti che, spesso appartenenti alle fasce più deboli della popolazione (anziani, fragili), sono affetti da riacutizzazione di patologie croniche che non necessitano di terapie intensive o di diagnostica a elevata tecnologia e che non possono, per motivi sia di natura clinica sia sociale, essere adeguatamente trattati a domicilio. Il PTP favorisce l'integrazione dei servizi sanitari e sociali, e valorizza il ruolo del Medico di medicina generale e degli altri professionisti che operano nell'area delle cure primarie e intermedie. Tale ambito assistenziale si colloca a pieno titolo nella rete dei servizi territoriali ed è da considerarsi quale "domicilio allargato".</p> <p>La tipologia di assistenza erogata dalle UODI possiede, pertanto, caratteristiche intermedie tra il ricovero ospedaliero e le altre risposte assistenziali domiciliari (ADI) o residenziali (RSA), alle quali non si pone in alternativa, ma piuttosto in un rapporto di forte integrazione e collaborazione, rappresentando uno snodo fondamentale della rete di assistenza territoriale. All'interno dei PTP vengono svolte, in forma integrata anche con il sociale, le attività di assistenza domiciliare, le cure intermedie, le funzioni specialistiche territoriali e le attività di promozione della salute/prevenzione.</p> |
| OBIETTIVI   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ridurre i ricoveri ospedalieri inappropriati fornendo un'alternativa di cura e assistenza per pazienti post-acuti o per soggetti con patologie cronicodegenerative in fase di riacutizzazione.</li> <li>2. Ridurre giornate di degenza ospedaliera inappropriate, attraverso il monitoraggio dello stato clinico generale dei pazienti con patologie cronicodegenerative e consolidando i risultati terapeutici ottenuti nel reparto ospedaliero per acuti, prevenire le complicanze e favorire il recupero dell'autonomia, in un'ottica di rientro a domicilio, o di ricorso a</li> </ol>   |



|   |   |     |   |     |  |     |   |     |  |     |   |     |                         |     |                      |     |   |     |   |     |                                   |     |  |     |                                  |           |  |           |                    |        |  |        |                    |         |                           |         |                           |         |                                     |       |                                |       |                      |       |                            |
|---|---|-----|---|-----|--|-----|---|-----|--|-----|---|-----|-------------------------|-----|----------------------|-----|---|-----|---|-----|-----------------------------------|-----|--|-----|----------------------------------|-----------|--|-----------|--------------------|--------|--|--------|--------------------|---------|---------------------------|---------|---------------------------|---------|-------------------------------------|-------|--------------------------------|-------|----------------------|-------|----------------------------|
|   | <p>forme assistenziali territoriali.</p> <p>3. Limitare gli ingressi a carattere definitivo in strutture residenziali, legati all'insorgenza di difficoltà familiari e sociali o alle difficoltà di gestione delle mutate condizioni fisiche e funzionali dell'anziano dopo un'evenienza acuta.</p> <p>4. Favorire l'integrazione tra strutture ospedaliere e territoriali e la condivisione di risorse umane e tecnologiche.</p>   |     |   |     |  |     |   |     |  |     |   |     |                         |     |                      |     |   |     |   |     |                                   |     |  |     |                                  |           |  |           |                    |        |  |        |                    |         |                           |         |                           |         |                                     |       |                                |       |                      |       |                            |
| <b>TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)</b>                 | <p>2009-2010<br/>Attivazione di almeno un PTP per ogni ASL entro dicembre 2010:</p> <table><tr><td>RMA</td><td>Implementazione Nuovo Regina Margherita</td></tr><tr><td>RMB</td><td>Distretto B2: poliambulatorio di via Bresadola</td></tr><tr><td>RMB</td><td>Distretto B4: poliambulatorio di via Antistio</td></tr><tr><td>RMC</td><td>Distretto C11: Istituto S.Michele Palazzina Liuzzi</td></tr><tr><td>RMD</td><td>Realizzazione Presidio Territoriale Ostia</td></tr><tr><td>RMF</td><td>Distretto F2, Ladispoli</td></tr><tr><td>RMF</td><td>Distretto F4, Capena</td></tr><tr><td>RMG</td><td>Implementazione PTP di Palombara Sabina</td></tr><tr><td>RMG</td><td>PTP Distretto "Ex Ospedale di Zagarolo"</td></tr><tr><td>RMG</td><td>Distretto G4, Ospedale di Subiaco</td></tr><tr><td>RMH</td><td>Da riconversione dell'Ospedale Spolverini di Ariccia</td></tr><tr><td>RMH</td><td>Distretto H3: Ospedale di Marino</td></tr><tr><td>FROSINONE</td><td>Da riconversione dell'Ospedale Civile di Ceccano</td></tr><tr><td>FROSINONE</td><td>Distretto C: Atina</td></tr><tr><td>LATINA</td><td>Terracina: Ospedale vecchio di San Francesco</td></tr><tr><td>LATINA</td><td>Ospedale di Latina</td></tr><tr><td>VITERBO</td><td>Ospedale di Acquapendente</td></tr><tr><td>VITERBO</td><td>Ospedale di Montefiascone</td></tr><tr><td>VITERBO</td><td>Distretto VT2: Presidio di Montalto</td></tr><tr><td>RIETI</td><td>Ospedale di Magliano Sabina 10</td></tr><tr><td>RIETI</td><td>Ospedale di Amatrice</td></tr><tr><td>RIETI</td><td>Ospedale di Poggio Mirteto</td></tr></table> | RMA | Implementazione Nuovo Regina Margherita | RMB | Distretto B2: poliambulatorio di via Bresadola | RMB | Distretto B4: poliambulatorio di via Antistio | RMC | Distretto C11: Istituto S.Michele Palazzina Liuzzi | RMD | Realizzazione Presidio Territoriale Ostia | RMF | Distretto F2, Ladispoli | RMF | Distretto F4, Capena | RMG | Implementazione PTP di Palombara Sabina | RMG | PTP Distretto "Ex Ospedale di Zagarolo" | RMG | Distretto G4, Ospedale di Subiaco | RMH | Da riconversione dell'Ospedale Spolverini di Ariccia | RMH | Distretto H3: Ospedale di Marino | FROSINONE | Da riconversione dell'Ospedale Civile di Ceccano | FROSINONE | Distretto C: Atina | LATINA | Terracina: Ospedale vecchio di San Francesco | LATINA | Ospedale di Latina | VITERBO | Ospedale di Acquapendente | VITERBO | Ospedale di Montefiascone | VITERBO | Distretto VT2: Presidio di Montalto | RIETI | Ospedale di Magliano Sabina 10 | RIETI | Ospedale di Amatrice | RIETI | Ospedale di Poggio Mirteto |
| RMA   | Implementazione Nuovo Regina Margherita   |     |   |     |  |     |   |     |  |     |   |     |                         |     |                      |     |   |     |   |     |                                   |     |  |     |                                  |           |  |           |                    |        |  |        |                    |         |                           |         |                           |         |                                     |       |                                |       |                      |       |                            |
| RMB   | Distretto B2: poliambulatorio di via Bresadola  |     |   |     |  |     |   |     |  |     |   |     |                         |     |                      |     |   |     |   |     |                                   |     |  |     |                                  |           |  |           |                    |        |  |        |                    |         |                           |         |                           |         |                                     |       |                                |       |                      |       |                            |
| RMB   | Distretto B4: poliambulatorio di via Antistio   |     |   |     |  |     |   |     |  |     |   |     |                         |     |                      |     |   |     |   |     |                                   |     |  |     |                                  |           |  |           |                    |        |  |        |                    |         |                           |         |                           |         |                                     |       |                                |       |                      |       |                            |
| RMC   | Distretto C11: Istituto S.Michele Palazzina Liuzzi  |     |   |     |  |     |   |     |  |     |   |     |                         |     |                      |     |   |     |   |     |                                   |     |  |     |                                  |           |  |           |                    |        |  |        |                    |         |                           |         |                           |         |                                     |       |                                |       |                      |       |                            |
| RMD   | Realizzazione Presidio Territoriale Ostia   |     |   |     |  |     |   |     |  |     |   |     |                         |     |                      |     |   |     |   |     |                                   |     |  |     |                                  |           |  |           |                    |        |  |        |                    |         |                           |         |                           |         |                                     |       |                                |       |                      |       |                            |
| RMF   | Distretto F2, Ladispoli   |     |   |     |  |     |   |     |  |     |   |     |                         |     |                      |     |   |     |   |     |                                   |     |  |     |                                  |           |  |           |                    |        |  |        |                    |         |                           |         |                           |         |                                     |       |                                |       |                      |       |                            |
| RMF   | Distretto F4, Capena  |     |   |     |  |     |   |     |  |     |   |     |                         |     |                      |     |   |     |   |     |                                   |     |  |     |                                  |           |  |           |                    |        |  |        |                    |         |                           |         |                           |         |                                     |       |                                |       |                      |       |                            |
| RMG   | Implementazione PTP di Palombara Sabina   |     |   |     |  |     |   |     |  |     |   |     |                         |     |                      |     |   |     |   |     |                                   |     |  |     |                                  |           |  |           |                    |        |  |        |                    |         |                           |         |                           |         |                                     |       |                                |       |                      |       |                            |
| RMG   | PTP Distretto "Ex Ospedale di Zagarolo"   |     |   |     |  |     |   |     |  |     |   |     |                         |     |                      |     |   |     |   |     |                                   |     |  |     |                                  |           |  |           |                    |        |  |        |                    |         |                           |         |                           |         |                                     |       |                                |       |                      |       |                            |
| RMG   | Distretto G4, Ospedale di Subiaco   |     |   |     |  |     |   |     |  |     |   |     |                         |     |                      |     |   |     |   |     |                                   |     |  |     |                                  |           |  |           |                    |        |  |        |                    |         |                           |         |                           |         |                                     |       |                                |       |                      |       |                            |
| RMH   | Da riconversione dell'Ospedale Spolverini di Ariccia  |     |   |     |  |     |   |     |  |     |   |     |                         |     |                      |     |   |     |   |     |                                   |     |  |     |                                  |           |  |           |                    |        |  |        |                    |         |                           |         |                           |         |                                     |       |                                |       |                      |       |                            |
| RMH   | Distretto H3: Ospedale di Marino  |     |   |     |  |     |   |     |  |     |   |     |                         |     |                      |     |   |     |   |     |                                   |     |  |     |                                  |           |  |           |                    |        |  |        |                    |         |                           |         |                           |         |                                     |       |                                |       |                      |       |                            |
| FROSINONE   | Da riconversione dell'Ospedale Civile di Ceccano  |     |   |     |  |     |   |     |  |     |   |     |                         |     |                      |     |   |     |   |     |                                   |     |  |     |                                  |           |  |           |                    |        |  |        |                    |         |                           |         |                           |         |                                     |       |                                |       |                      |       |                            |
| FROSINONE   | Distretto C: Atina  |     |   |     |  |     |   |     |  |     |   |     |                         |     |                      |     |   |     |   |     |                                   |     |  |     |                                  |           |  |           |                    |        |  |        |                    |         |                           |         |                           |         |                                     |       |                                |       |                      |       |                            |
| LATINA  | Terracina: Ospedale vecchio di San Francesco  |     |   |     |  |     |   |     |  |     |   |     |                         |     |                      |     |   |     |   |     |                                   |     |  |     |                                  |           |  |           |                    |        |  |        |                    |         |                           |         |                           |         |                                     |       |                                |       |                      |       |                            |
| LATINA  | Ospedale di Latina  |     |   |     |  |     |   |     |  |     |   |     |                         |     |                      |     |   |     |   |     |                                   |     |  |     |                                  |           |  |           |                    |        |  |        |                    |         |                           |         |                           |         |                                     |       |                                |       |                      |       |                            |
| VITERBO   | Ospedale di Acquapendente   |     |   |     |  |     |   |     |  |     |   |     |                         |     |                      |     |   |     |   |     |                                   |     |  |     |                                  |           |  |           |                    |        |  |        |                    |         |                           |         |                           |         |                                     |       |                                |       |                      |       |                            |
| VITERBO   | Ospedale di Montefiascone   |     |   |     |  |     |   |     |  |     |   |     |                         |     |                      |     |   |     |   |     |                                   |     |  |     |                                  |           |  |           |                    |        |  |        |                    |         |                           |         |                           |         |                                     |       |                                |       |                      |       |                            |
| VITERBO   | Distretto VT2: Presidio di Montalto   |     |   |     |  |     |   |     |  |     |   |     |                         |     |                      |     |   |     |   |     |                                   |     |  |     |                                  |           |  |           |                    |        |  |        |                    |         |                           |         |                           |         |                                     |       |                                |       |                      |       |                            |
| RIETI   | Ospedale di Magliano Sabina 10  |     |   |     |  |     |   |     |  |     |   |     |                         |     |                      |     |   |     |   |     |                                   |     |  |     |                                  |           |  |           |                    |        |  |        |                    |         |                           |         |                           |         |                                     |       |                                |       |                      |       |                            |
| RIETI   | Ospedale di Amatrice  |     |   |     |  |     |   |     |  |     |   |     |                         |     |                      |     |   |     |   |     |                                   |     |  |     |                                  |           |  |           |                    |        |  |        |                    |         |                           |         |                           |         |                                     |       |                                |       |                      |       |                            |
| RIETI   | Ospedale di Poggio Mirteto  |     |   |     |  |     |   |     |  |     |   |     |                         |     |                      |     |   |     |   |     |                                   |     |  |     |                                  |           |  |           |                    |        |  |        |                    |         |                           |         |                           |         |                                     |       |                                |       |                      |       |                            |
| <b>INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)</b> | <p>Numero ricoveri ospedalieri inappropriati 2009/ Numero ricoveri ospedalieri inappropriati 2008</p> <p>Numero ricoveri ospedalieri inappropriati 2010/ Numero ricoveri ospedalieri inappropriati 2009</p> <p>Numero PTP attivati nel biennio 2009-2010</p>  |     |   |     |  |     |   |     |  |     |   |     |                         |     |                      |     |   |     |   |     |                                   |     |  |     |                                  |           |  |           |                    |        |  |        |                    |         |                           |         |                           |         |                                     |       |                                |       |                      |       |                            |
| <b>RISULTATI ATTESI</b>                                     | <p>Attivazione di almeno un PTP sul territorio di ogni ASL, diminuzione dei ricoveri ospedalieri inappropriati</p>  |     |   |     |  |     |   |     |  |     |   |     |                         |     |                      |     |   |     |   |     |                                   |     |  |     |                                  |           |  |           |                    |        |  |        |                    |         |                           |         |                           |         |                                     |       |                                |       |                      |       |                            |





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

**SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI**

**REGIONE PROPONENTE**

Regione Lazio

**DELIBERA REGIONALE**

**LINEA PROGETTUALE NELLA QUALE IL PROGETTO SI COLLOCA**

Linea progettuale 1: cure primarie

**TITOLO DEL PROGETTO**

“Facilitazione della comunicazione nei pazienti con gravi patologie neuromotorie”

**DURATA DEL PROGETTO**

Annuale con possibilità di proroga

**REFERENTE REGIONALE DEL PROGETTO**

Nominativo: **Dott. Valentino Mantini**

Struttura di appartenenza: **Direzione Regionale Programmazione Sanitaria**

**Area Programmazione dei servizi territoriali e delle attività distrettuali e dell'integrazione socio sanitaria**

Funzione: Dirigente.....

Tel. 06 51683606 – fax 06 51684974

e-mail [vmantini@regione.lazio.it](mailto:vmantini@regione.lazio.it)

.....

**ASPETTI FINANZIARI:**

**COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO**

Importo complessivo: € 932.755





## **CONTESTO e soggetti beneficiari**

Il presente progetto nasce dalla necessità di garantire la comunicazione a persone affette da gravi malattie neuromotorie degenerative o comunque invalidanti (come la sclerosi laterale amiotrofica, le distrofie muscolari progressive, la sclerosi multipla, l'atrofia muscolare spinale o la locked-in syndrome ecc.) che oltre a compromettere gravemente le funzionalità corporee, ne minano irreversibilmente la comunicazione verbale. Trovarsi in questa condizione senza i dovuti sostegni assistenziali, significa perdere completamente la dignità umana. In questi casi, la comunicazione facilitata è uno degli elementi fondamentali per il mantenimento di rapporti interpersonali, a partire dalla necessità di esprimere il più elementare dei bisogni.

La comunicazione facilitata, in persone affette da patologie gravemente invalidanti, può essere garantita attraverso diversi sistemi di comunicazione, alcuni semplici, altri invece, sono sistemi ad alta tecnologia, che richiedono particolare attenzione nella scelta, in quanto deve:

- garantire alla persona la migliore performance a lui possibile;
- annullare qualsiasi elemento di frustrazione che possa derivare per esempio dal mal funzionamento dell'ausilio, che in casi di grave disabilità, va sicuramente ad aggravare un quadro psicologico già fortemente provato, sia nella persona con disabilità che nella sua famiglia;
- evitare la dispersione di fondi.

La Regione Lazio in attuazione della Legge Regionale 28 aprile 2006 n° 4 e successive deliberazioni, ha già realizzato un percorso per l'acquisizione e l'erogazione di ausili per la comunicazione destinati a persone affette da SLA.

## **DESCRIZIONE del progetto**

L'erogazione di dispositivi per la comunicazione richiede una serie di azioni necessarie a garantire l'appropriatezza dell'ausilio, in termini di:

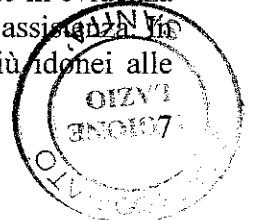
- funzionalità,
- efficacia,
- economicità.

Per garantire le tre caratteristiche elencate è necessario implementare un percorso che rispetti le caratteristiche funzionali, ambientali e culturali della persona avente bisogno. L'attuazione di un percorso di questo tipo richiede:

- valutazione a domicilio per l'individuazione dell'ausilio;
- prescrizione del dispositivo;
- acquisizione ed erogazione dell'ausilio;
- training a domicilio per l'utilizzo;
- consulenza per il monitoraggio dell'efficacia;
- ritiro a domicilio dell'ausilio;
- riciclo;
- formazione per il personale delle Asl che opera a domicilio.

## **Valutazione**

La valutazione è indispensabile per individuare gli ausili più idonei alle necessità della persona. Consiste in una prima valutazione funzionale, accompagnata da un'indagine che mette in evidenza le caratteristiche ambientali e culturali della persona, della famiglia e del personale di assistenza. In seguito a tale valutazione, vengono proposti alla persona gli ausili che risultano più idonei alle



esigenze della stessa. Si procede, quindi, con una prova pratica necessaria per verificare l'adeguatezza dell'ausilio.

La valutazione viene svolta, secondo la necessità, da un'équipe multidisciplinare composta dal terapeuta occupazionale, ingegnere e assistente sociale, che a seconda della gravità del caso opera presso la struttura individuata, o a domicilio della persona e comunque su tutto il territorio regionale.

La Regione Lazio per la valutazione finalizzata all'acquisizione e all'erogazione degli ausili per la comunicazione a favore dei malati di SLA, si è avvalsa del Centro per l'Autonomia - CpA, come da DGR n. 325 del 06/06/06.

## **Prescrizione**

La struttura individuata alla fine della valutazione rilascia una relazione nella quale, oltre ad indicare gli ausili più idonei alla persona ne motiva la scelta.

Il medico o centro prescrittore, verificata la condizione di avente diritto del richiedente, si avvale della suddetta relazione per prescrivere l'ausilio.

## **Acquisizione ed erogazione**

La prescrizione verrà presentata direttamente dall'interessato o dai suoi familiari all'ente erogatore. L'ente erogatore provvederà all'acquisizione e incaricherà la ditta fornitrice della consegna a domicilio. La ditta segnala l'avvenuta consegna sia all'ente erogatore che alla struttura individuata per la valutazione.

## **Training a domicilio per l'utilizzo**

La struttura individuata attraverso il proprio ingegnere elettronico provvede all'addestramento, sia della persona avente diritto che ai care giver e/o personale di assistenza.

## **Consulenza per il monitoraggio dell'efficacia**

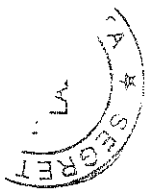
Vista la sofisticata tecnologia di alcuni dispositivi, al fine di garantire la continuità del funzionamento, la struttura individuata attraverso la consulenza del personale esperto fornisce supporto telefonico per problematiche di facile risoluzione, interviene direttamente a domicilio per problematiche più importanti che non siano di competenza della ditta fornitrice.

## **Ritiro a domicilio dei dispositivi**

Considerato l'alto costo di alcuni dispositivi e tenendo conto delle caratteristiche degenerative di alcune patologie, si ritiene indispensabile attivare un sistema di riciclo che prevede:

1. tracciamento ausili: individuazione e monitoraggio degli ausili dati in comodato d'uso;
2. recupero: consiste nel recuperare gli ausili a domicilio delle persone a cui non sono più necessari;
3. verifica del funzionamento: verifica dei dispositivi per appurarne il corretto funzionamento e l'assenza di danni;





4. interventi tecnici per il ricondizionamento: interventi specifici che riguardano l'eventuale riparazione dei danni ed il ripristino dello stato di fabbrica<sup>1</sup>;
5. sanificazione: consiste nell'attuare una serie di azioni atte a sanificare con presidi idonei gli ausili;
6. assicurazione: sugli ausili per eventuali danni o furti;
7. immagazzinamento: disponibilità di luoghi idonei alla conservazione degli ausili dal momento del recupero a quello della nuova assegnazione;
8. valutazioni con la persona: percorsi di valutazione necessari per l'individuazione degli ausili idonei alle caratteristiche della persona;
9. trasferte per valutazioni domiciliari: viste le gravi condizioni cliniche in cui versano le persone affette da malattie degenerative, per i casi più gravi si rende necessaria la valutazione a domicilio del paziente in tutta la Regione Lazio;
10. interventi tecnici per la personalizzazione dei dispositivi: interventi necessari per rendere i dispositivi massimamente rispondenti alle specifiche condizioni ed esigenze di ogni singolo utente;
11. consegna e training per la persona e care giver: consegna del dispositivo assegnato e addestramento all'utilizzo. Quando le condizioni cliniche della persona lo rendono necessario queste prestazioni possono essere svolte a domicilio.

## Formazione

La formazione è diretta ai responsabili e agli operatori di tutte le Asl ed è necessaria per favorire la diffusione di informazione e formazione sulle tecnologie per la comunicazione. Gli eventi informativi si rendono necessari per trasmettere una conoscenza più specifica della normativa che regola l'erogazione di tali dispositivi, nonché la sensibilizzazione al problema.

Gli eventi formativi hanno l'obiettivo di fornire indicazioni più esaustive sul corretto utilizzo delle tecnologie per la comunicazione e per garantire un supporto il più capillare possibile alle persone aventi diritto ed ai loro familiari.

## Obiettivi

Dotare di sistemi per la comunicazione pazienti affetti da gravi patologie neurodegenerative che compromettono la comunicazione verbale, attraverso l'effetto di scala della fornitura, manutenzione e aggiornamento, soprattutto dei dispositivi a tecnologia più sofisticata.

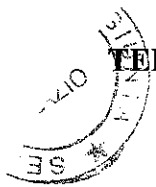
## INDICATORI

Sono indicatori di realizzazione del progetto:

- Il numero di persone valutate
- Il numero di dispositivi erogati
- Il numero di persone rivalutate
- Il numero di ausili riciclati
- Il numero di operatori delle Asl che hanno preso parte agli eventi informativi e formativi.

<sup>1</sup> Con la dizione "ripristino dello stato di fabbrica" si intende, nello specifico contesto di riferimento, la cancellazione di tutte le informazioni personali in memoria relative al precedente utilizzatore.

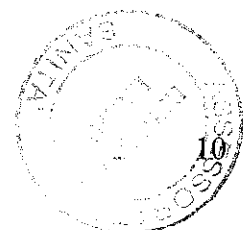





# TEMPI DI ATTUAZIONE

## Cronoprogramma delle attività

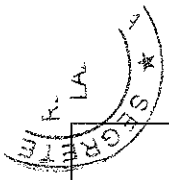
| Obiettivi   | Tempistica espressi in mesi |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |
|---|-----------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|
|   | 1                           | 2 | 3 | 4 | 4 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| Individuazione dell'azienda erogatrice e definizione della modalità di acquisizione               | ■                           |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |
| Implementazione del sistema di scambio di informazioni tra Asl erogatrice e struttura individuata |                             | ■ |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |
| Preparazione ed esecuzione dei corsi di informazione e formazione                                 | ■                           | ■ |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |
| Inizio delle valutazioni  |                             | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■  | ■  | ■  |
| Erogazione degli ausili   |                             | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■  | ■  | ■  |



SECRETARIA

|                     |  |
|---------------------|--|
|                     | <p>lavoro a tempo pieno. Il ruolo del medico consiste nel coordinare gli sforzi e discutere con il paziente e la sua famiglia il momento adeguato per ogni tipo di intervento.</p> <p><b>Il percorso assistenziale per pazienti di SLA</b> può essere schematizzato come segue:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1 Diagnosi</li><li>2 Presa in carico ospedaliera</li><li>3 Cartella clinica</li><li>4 Presa in carico territoriale</li><li>5 Follow up clinico e assistenziale</li><li>6 Gestione delle Urgenze - Emergenze</li><li>7 Assistenza alla qualità della vita</li></ol> |
| OBIETTIVI           | <ul style="list-style-type: none"><li>■ Sperimentazione di un percorso assistenziale alle persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica - SLA</li><li>■ Attuazione di una rete ospedale- territorio in grado di modulare la risposta alle diverse esigenze assistenziali del paziente con SLA</li></ul> <p>(Vedi estratto documento allegato)</p>  <p>C:\Documents and Settings\10c00006\D</p>   |
| TEMPI DI ATTUAZIONE | 2009-2010  |
| INDICATORI          | Numero di pazienti presi in carico a livello domiciliare sul totale dei pazienti.  |
| RISULTATI ATTESI    | <ul style="list-style-type: none"><li>■ Ampliare il numero dei pazienti presi in carico a domicilio</li><li>■ Rafforzare il sostegno domiciliare</li><li>■ Ridurre le riacutizzazioni che richiedono il ricovero</li><li>■ Sostenere e accompagnare il paziente nelle scelte delle terapie invasive affinché possano avvenire in modo programmato e non d'urgenza.</li></ul>   |

ASSESSORATO  
REGIONE  
LIGURIA



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

SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI

**GENERALITA'**

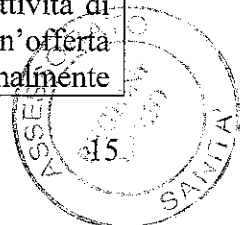
|                                    |   |
|------------------------------------|---|
| REGIONE PROPONENTE                 |   |
| DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO) |   |
| LINEA PROGETTUALE                  | LA NON AUTOSUFFICIENZA                                      |
| TITOLO DEL PROGETTO                | La rete dei servizi territoriali per la non autosufficienza |
| DURATA DEL PROGETTO                | 2009-2010   |
| REFERENTE                          | Dott. Mantini Valentino                                     |

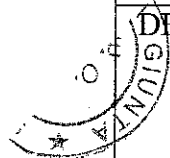
**ASPETTI FINANZIARI**

|   |             |
|---|-------------|
| COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO                      | €35 milioni |
| IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2009 |             |
| QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE                       |             |

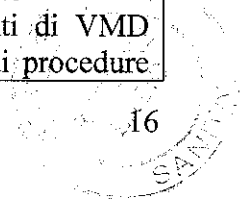
**IL PROGETTO**

|          |  |
|----------|--|
| CONTESTO | <p>Sulla definizione di non autosufficienza esiste un ampio dibattito, dove si confrontano molteplici approcci. Dal punto di vista concettuale, il riferimento è quella introdotta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 2001: sono non autosufficienti le persone che hanno una riduzione o una perdita delle capacità funzionali di condurre un'attività in modo considerato "normale" per un essere umano. Si tratta di una definizione generica, che richiede una maggiore specificazione. A tal fine l'Istat impiega la scala Adl e considera non autosufficienti le persone impossibilitate a svolgere almeno una delle funzioni fondamentali della vita quotidiana indicate nella scala stessa; si tratta di una definizione simile a quelle utilizzate in molti paesi europei. Attraverso l'uso di questi strumenti, si stima che vi siano in Italia 2,8 milioni di persone non autosufficienti, di cui la gran parte - il 75 % circa - sono anziane (65 anni o più). Allo stato attuale non sono disponibili dati regionali attendibili per stimare il numero di persone affette da disabilità. Applicando alla popolazione anziana residente nel Lazio, i dati di prevalenza di disabilità relative alla popolazione toscana (cfr: Anziani in Toscana: dati demografici e stime di demenza e non autosufficienza - Documenti dell'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana Giugno 2007), si stima che per oltre 70.000 sarebbero compromesse solo le attività strumentali della vita quotidiana mentre oltre 100.000 persone presentino disabilità media o grave (perdita nelle attività di base della vita quotidiana). Per tali soggetti è necessario progettare un'offerta di servizi che siano articolati, flessibili e organizzati in rete, funzionalmente</p> |
|----------|--|





|   |  |
|---|--|
| <b>DESCRIZIONE</b>                          | <p>rispondenti ai diversi livelli di bisogno espressi.</p> <p><b>La rete dei servizi per la non autosufficienza dovrà prevedere le seguenti articolazioni e funzioni:</b></p> <p><b>1) Punto unico di accesso</b>, inteso quale funzione del Distretto in grado di fornire informazioni e orientamento al cittadino, risolvere problemi semplici e rinviare i casi a maggior complessità verso le sedi adeguate (funzione filtro – triage). All'interno del PUA sarà attivata un'unità funzionale di pre-valutazione integrata, con utilizzo di strumenti di valutazione multidimensionale standardizzati e semplificati. In particolare, il PUA funzionerà su due distinti canali: il primo riservato ai cittadini, con una funzione prevalente di orientamento e accompagnamento (funzione diffusa nei servizi distrettuali e sociosanitari). Il secondo canale destinato a relazionarsi con la rete dei servizi e a garantire la presa in carico, per i differenti livelli di intensità assistenziale, mediante valutazione multidimensionale.</p> <p><b>2) Valutazione Multidimensionale e Piano di Assistenza Individuale</b>, intesi quali approcci che integrano le diverse aree tematiche fondamentali che caratterizzano la condizione di soggetti portatori di patologie croniche con livelli medi o gravi di non autosufficienza. In particolare la VMD indaga le aree della salute fisica, lo stato cognitivo, lo stato funzionale e la condizione economica e sociale e deve necessariamente essere effettuata da un'équipe multidisciplinare, l'Unità di valutazione (UV), la cui composizione minima è data dalla presenza di una figura medica, infermieristica e dell'assistente sociale. Il Piano di assistenza individualizzato (PAI), costituisce lo strumento in grado di integrare le prestazioni sanitarie, sociosanitarie e assistenziali e prevede l'identificazione della figura che svolgerà il ruolo di coordinamento funzionale degli interventi previsti, il case manager (generalmente rappresentato da una figura infermieristica).</p> <p><b>3) Sistema informativo ADI ed RSA</b>, a sostegno della riorganizzazione e della riqualificazione della rete dei servizi destinati alla non autosufficienza e in ottemperanza ai Decreti Ministeriali del 17/12/2008 concernenti il Nuovo Sistema Informativo Sanitario, lo sviluppo di specifici sistemi informativi negli ambiti assistenziali domiciliare e residenziale consente la gestione e il monitoraggio degli interventi resi, nonché la corretta programmazione delle attività future con conseguente appropriata allocazione delle risorse.</p> |
| <b>OBIETTIVI</b>                            | <p>1) Costituzione di almeno un PUA per distretto integrato con l'ente locale</p> <p>2) Adozione degli strumenti di valutazione multidimensionale omogenei a livello regionale e predisposizione del progetto di informatizzazione relativo agli strumenti</p> <p>3) Predisposizione e adozione di un modello standardizzato di PAI che garantisca l'esplicitazione degli elementi minimi finalizzati alla personalizzazione dell'assistenza e alla presa in carico dei pazienti complessi</p> <p>4) Conclusione della sperimentazione del sistema informativo prestazioni residenziali</p> <p>Implementazione di un Sistema informativo sulle RSA in ottemperanza a quanto previsto dal D.M.17/12/2008</p> <p>5) Progettazione e sperimentazione del Sistema informativo per i servizi di Assistenza Domiciliare Integrata</p>  |
| <b>TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)</b> | <p>Per l'obiettivo 1) predisposizione dei protocolli di intesa ASL/Municipi-Comuni entro settembre 2009, avvio della formazione degli operatori coinvolti nelle attività di PUA entro settembre 2009 e suo completamento entro il primo trimestre 2010, entro dicembre 2009 attivazione di almeno un PUA per ASL, entro dicembre 2010 attivazione di almeno un PUA per ogni Distretto</p> <p>Per l'obiettivo 2) adozione entro novembre 2009 degli strumenti di VMD omogenei. Attivazione e formalizzazione presso ciascuna ASL di procedure</p>   |



|  |   |
|--|---|
|  | <p>specifiche per la valutazione multidimensionale integrata entro marzo 2010, avvio della formazione degli operatori coinvolti nelle attività di valutazione entro settembre 2009 e suo completamento entro il primo trimestre 2010,</p> <p>Per l'obiettivo 3) adozione entro novembre 2009 del modello standardizzato di PAI. Attivazione e formalizzazione presso ciascuna ASL di procedure specifiche per predisposizione di PAI secondo il modello deliberato entro marzo 2010, avvio della formazione degli operatori coinvolti nelle attività di valutazione entro settembre 2009 e suo completamento entro il primo trimestre 2010,</p> <p>Per l'obiettivo 4) conclusione della sperimentazione del Sistema informativo sulle RSA entro dicembre 2009. Implementazione di un Sistema informativo sulle RSA in ottemperanza a quanto previsto dal D.M.17/12/2008 entro giugno 2010.</p> <p>Per l'obiettivo 5) entro giugno 2009 ricognizione delle base dati esistenti a livello di ASL e distretto, entro settembre 2009 studio di fattibilità del Sistema informativo ADI, entro dicembre 2009 progettazione del Sistema informativo ADI, entro gennaio 2010 avvio sperimentazione del S.I. ADI, entro dicembre 2010 conclusione sperimentazione ed avvio implementazione su tutto il livello regionale.</p>   |
| <p><b>INDICATORI</b><br/>(di struttura, di processo, di risultato)</p> | <p>Per obiettivo 1)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Numero di protocolli di intesa ASL-Municipi-Comuni per la definizione delle attività e delle risorse destinabili da parte di ciascun ente alla funzione PUA/numero complessivo distretti ASL</li> <li>- Numero di procedure operative formalizzate per il funzionamento del PUA per ciascuna ASL/numero complessivo distretti ASL</li> <li>- Numero di PUA attivati per ciascuna ASL</li> <li>- Numero degli operatori formati/totale degli operatori dei servizi territoriali dedicati al PUA (ASL/Municipi e Comuni).</li> </ul> <p>Per obiettivo 2)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Disponibilità di specifica procedura formalizzata per la valutazione multidimensionale integrata in ciascuna ASL/totale ASL</li> <li>- Numero di Unità di valutazione integrate /numero di ASL</li> <li>- Numero degli operatori coinvolti nelle attività di formazione/totale degli operatori delle unità di valutazione</li> </ul> <p>Obiettivo 3)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Disponibilità di specifica procedura formalizzata per la redazione di Piani Individuali di assistenza in ciascuna ASL/totale ASL</li> <li>- numero degli operatori coinvolti nelle attività di formazione/totale degli operatori delle unità di valutazione</li> </ul> <p>Obiettivo 4)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Numero di asl che rispondo al debito informativo / totale asl regione</li> <li>-Numero di RSA che rispondono al debito informativo / totale RSA accreditate in regione</li> </ul> <p>Obiettivo 5)</p> <p>Disponibilità dello studio di fattibilità<br/>Redazione progetto Sistema Informativo ADI<br/>Formalizzazione della sperimentazione del Sistema Informativo ADI</p> |
| <p><b>RISULTATI ATTESI</b></p>   | <p>Risultati attesi:</p> <p>Garanzia della presa in carico del cittadino non autosufficiente e/o portatore di problematiche assistenziali complesse secondo criteri di appropriatezza ed equità</p> <p>Sviluppo delle capacità di governo clinico assistenziale dei servizi territoriali coniugando una programmazione efficace delle risposte assistenziali con la corretta allocazione delle risorse disponibili</p>  |

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

SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI

**GENERALITA'**

|                                    |   |
|------------------------------------|---|
| REGIONE PROPONENTE                 |   |
| DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO) |   |
| LINEA PROGETTUALE                  | LA PROMOZIONE DI MODELLI ORGANIZZATIVI E ASSISTENZIALI DEI PAZIENTI IN STATO VEGETATIVO E DI MINIMA COSCIENZA |
| TITOLO DEL PROGETTO                | I percorsi di cura extraospedalieri per i pazienti in SV e SMC – Percorsi di assistenza domiciliare           |
| DURATA DEL PROGETTO                | 2009-2010   |
| REFERENTE                          | Dott. Valentino Mantini   |

**ASPETTI FINANZIARI**

|   |            |
|---|------------|
| COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO                      | €7.582.802 |
| IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2009 |            |
| QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE                       |            |

**IL PROGETTO**

|          |  |
|----------|--|
| CONTESTO | <p>Secondo Jennet e Plum, per Stato Vegetativo (SV) si intende uno "stato cronico di veglia senza alcun segno comportamentale di interazione con l'ambiente (e quindi senza una apparente coscienza), durante il quale il respiro, la pressione sanguigna e, più in generale, le funzioni necessarie a mantenere la vita sono preservate". Secondo la Multy-Society Task Force on PVS 3 è possibile formulare una diagnosi di SV se la persona dimostra: nessuna consapevolezza di sé e dell'ambiente circostante; l'incapacità ad interagire con gli altri; nessuna evidenza di comportamenti sostenuti, riproducibili, finalizzati o volontari in risposta; a stimoli visivi, uditivi, tattili o dolorosi; nessun segno di comprensione o espressione verbale; una stato di intermittente vigilanza compatibile con un ritmo sonno-veglia; il parziale mantenimento delle funzioni autonome del tronco e dell'ipotalamo, sufficienti a garantire la sopravvivenza in presenza di cure mediche e infermieristiche; incontinenza urinaria e fecale; variabile conservazione delle risposte riflesse dei nervi cranici (riflessi della pupilla, oculocefalici, corneali, vestibolo-oculari e suzione) e di quelli spinali. Lo SV può essere conseguenza di insulti cerebrali di diversa natura, traumatici e non traumatici, o essere determinato da malattie neurologiche degenerative o metaboliche o da malformazioni dello sviluppo del sistema nervoso centrale. Nel primo caso si tratta di eventi acuti: un terzo di origine traumatica (32%), due terzi di origine medica (anossie cerebrali per il 27%, incidenti cerebrovascolari per il 15%; nel complesso l'encefalopatia post-anossica determina quasi la metà degli SV per cause mediche). Stime statunitensi indicano in 600.000-1.875.000 \$ il costo di cura medio life-time</p> |
|----------|--|

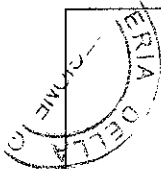
per persona conseguente a danni encefalici post-traumatici di grave entità, ma l'impegno economico può essere anche più elevato. Limitandosi agli SV conseguenza di eventi acuti, traumatici e non traumatici, le casistiche pubblicate permettono di stimare una prevalenza di 64-140 casi per milione di abitanti. I dati relativi alle casistiche europee sembrano attestarsi sui livelli inferiori di queste stime, rispetto a quelli di origine nordamericana. L'entità dei numeri in gioco cambia radicalmente se al numero di persone in SV in conseguenza di eventi acuti viene sommato quello dei malati con caratteristiche clinico-funzionali simili, ma espressione della evoluzione avanzata di una **malattia cronico-degenerativa** di lunga durata. Le sole sindromi di **demenza** coinvolgono circa 1.100.000 italiani; l'aspettativa di vita media di questi malati è stimabile in 7-10 anni di vita, gli ultimi 2-3 dei quali attinenti alla fase avanzata, vegetativa della malattia: si tratta di persone gestite in gran parte nella propria casa dalle rispettive reti familiari o accolti, in minor misura, nelle strutture residenziali per anziani. Dopo un anno dall'evento l'aspettativa di vita residua media è di 10,5 anni, la mediana di 5,2; dopo 4 anni di 12,2 e di 7 anni rispettivamente. Il tasso di mortalità per gli adulti in SV conseguente a danno encefalico acuto riportato è del 70% a 3 anni e dell'84% a 5 anni 28. Oltre a una ridotta aspettativa di vita, lo SV condiziona un'elevata attesa di disabilità. La maggior parte delle famiglie dei malati in SV è accomunata dalla eterogeneità, superata la fase acuta, dei percorsi di cura intermedi e finali. L'eterogeneità è oggi acuita dalle differenze strutturali presenti sul territorio regionale. Così, malati con caratteristiche anche omogenee, sono accolti in modo apparentemente casuale in reparti ospedalieri di rianimazione o terapia intensiva, in reparti di degenza ordinaria (generalisti o specialistici), in strutture di degenza riabilitativa con diverse caratteristiche (ospedalità riabilitativa pubblica o accreditata, RSA specializzate,...), in strutture del comparto sociale o socio-sanitario (case di riposo, RSA), in strutture per disabili. Una quota residuale è gestita al proprio domicilio, con il parziale sostegno di servizi ADI, di cure domiciliari eterogenei e poco confrontabili. Queste diversità sono acuite dalla carenza di certezze scientifiche, di informazioni di base e di esperienza degli operatori sanitari e sociali di ogni livello. Anche il costo per la sanità pubblica può essere molto variabile a seconda dei DRG adottati e del tipo di reparto e di degenza; dai 100-150 euro al giorno in RSA a quelli ben più elevati dei malati gestiti in rianimazione o terapia intensiva. E' quindi necessario favorire la diffusione di norme e soluzioni organizzative in grado di garantire standard qualitativi omogenei ai processi di cura e assistenza offerti alle persone e alle famiglie, e costi omogenei e sostenibili.

**DESCRIZIONE** Un approccio multidimensionale e multidisciplinare al paziente in stato vegetativo e l'identificazione dei fattori predittivi di complicanze cliniche dovrebbero avere importanti ricadute positive sull'uso delle risorse socio-sanitarie (riduzione del ricorso all'assistenza ospedaliera, riduzione del numero di accessi in Pronto Soccorso, diminuzione della durata della degenza ospedaliera,...). In particolare, l'analisi dell'esistente nell'ambito dell'assistenza ai pazienti in stato vegetativo potrà permettere la costruzione di un **modello di continuità di cura** esportabile in ogni realtà, ospedaliera/residenziale/domiciliare, al fine di individuare e assicurare l'ambiente di assistenza e cura più idoneo nelle diverse fasi della malattia (fase acuta → fase post-acuta → fase degli esiti) e di creare protocolli operativi standardizzati e modelli di lavoro in équipe proiettati sull'intero territorio regionale .

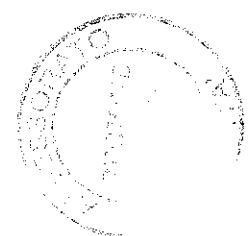
**OBIETTIVI** In risposta alla necessità di superare l'eterogeneità dei percorsi di cura intermedi e finali per i pazienti in SV, eterogeneità che fa sì che malati con caratteristiche anche omogenee vengano a tutt'oggi accolti in modo apparentemente casuale (in reparti ospedalieri di rianimazione o di terapia intensiva, in reparti di degenza ordinaria, in reparti di degenza riabilitativa, in RSA, a domicilio), si pone come obiettivo principale del progetto quanto segue:

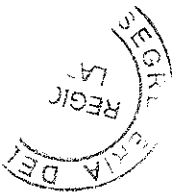
1. valutazione delle caratteristiche dei pazienti in SV nei diversi setting di cura presi in esame (dall'ospedale al domicilio), per individuare i fattori prognostici di sopravvivenza, i bisogni assistenziali e creazione di un modello organizzativo che sia in grado di diversificare le soluzioni di collocazione extra-ospedaliera rispondendo in maniera appropriata e personalizzata ai bisogni dell'unità paziente-famiglia
2. individuazione di criteri di trasferibilità dalle strutture ospedaliere a quelle extra-ospedaliere
3. individuazione di strutture residenziali con funzione di Speciali Unità di Accoglienza Permanente (strutture R1 del DC 17/08)





|   |   |
|---|---|
|   | <p>4. sperimentare laddove possibile percorsi di Assistenza Domiciliare Integrata</p> <p>5. costituzione di una rete assistenziale in grado di assicurare la continuità di cura dei pazienti in SV e SMC, favorendo la diffusione di norme e soluzioni organizzative in grado di garantire standard qualitativi omogenei ai processi di cura ed assistenza offerti alle persone e alle famiglie, e costi omogenei e sostenibili</p>   |
| <b>TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)</b>                 | <p>1) tempo 0-3 mesi : a) costituzione di un gruppo di lavoro regionale per la formulazione di un modello regionale di rete per le continuità di cura dei soggetti in SV o SMC, b) ricognizione a livello regionale dei soggetti in SV o SMC nei diversi setting assistenziali 2) tempo 3-6 mesi elaborazione del modello regionale di rete per la continuità di cura dei soggetti in SV o SMC, 3) tempo 6-9 mesi, individuazione di strutture residenziali con funzione di Speciali Unità di Accoglienza e sperimentazione di tale funzione assistenziale 4) 9-12 mesi identificazione e sperimentazione di percorsi di Assistenza domiciliare integrata presso una o due Asl regionali. 5) tempo 13 -24 mesi implementazione a livello regionale della rete di cure continuative per soggetti in SV o SMC</p> |
| <b>INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)</b> | <p>Formalizzazione della costituzione del gruppo di lavoro entro tre mesi dall'avvio del progetto</p> <p>Completamento della ricognizione dei soggetti in Sv o SMC entro tre mesi dall'avvio del progetto</p> <p>Elaborazione del modello regionale della rete per la continuità di cura dei soggetti in SV o SMC, entro 6 mesi dall'avvio del progetto</p> <p>Avvio della sperimentazione dei nuovi modelli organizzativi e assistenziali, entro 12 mesi dall'avvio del progetto</p> <p>Documento di valutazione della sperimentazione</p> <p>Delibera regionale di costituzione della rete di cure continuative per i soggetti in SV o SMC</p>  |
| <b>RISULTATI ATTESI</b>                                     | <p>Costruzione di un percorso di miglioramento dell'efficacia, efficienza, appropriatezza e qualità della cura di pazienti affetti da SV, al fine di individuare indicatori validati ed esportabili in ogni realtà assistenziale. Ne potranno derivare, pertanto, informazioni utili alle future programmazioni dei servizi socio-sanitari regionali, in termini di efficacia ed adeguatezza dei percorsi assistenziali proposti</p>  |





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

SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI

**GENERALITA'**

|                                    |  |
|------------------------------------|--|
| REGIONE PROPONENTE                 | Regione Lazio  |
| DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO) |  |
| LINEA PROGETTUALE                  | Linea 4 Le cure palliative e la terapia del dolore   |
| TITOLO DEL PROGETTO                | Realizzazione di una rete integrata per le cure palliative e la terapia del dolore nella Regione Lazio |
| DURATA DEL PROGETTO                | 24 mesi  |
| REFERENTE                          | Dr. Luca Casertano – Area Programmazione Rete Ospedaliera e Ricerca                                    |

**ASPETTI FINANZIARI**

|  |           |
|--|-----------|
| COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO           | 9.327.547 |
| COSTO ANNO 2009                          | 9.327.547 |
| QUOTA FINANZIATA DALLA REGIONE ANNO 2009 | 0         |

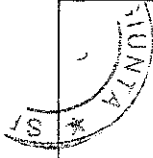


## Le cure palliative e la terapia del dolore

**TRE PAROLE CHIAVE: Terapia del Dolore – Continuità delle Cure – Cure Palliative**

|             |   |
|-------------|---|
| CONTESTO    | <p>La garanzia di una omogenea qualità e accessibilità alle cure nell'ambito della terapia del dolore comporta la ricerca di un modello di organizzazione che integri al suo interno la gestione del dolore acuto, di quello cronico (oncologico e non) e delle cure palliative.</p> <p>La Terapia del Dolore e le Cure Palliative rappresentano due realtà consistenti e diffuse nelle strutture sanitarie italiane anche se in modo non omogeneo. Le Unità ospedaliere che esercitano queste cure sono spesso diverse tra loro sia in termini di identificazione formale (Centri di terapia del dolore e cure palliative, Servizi di terapia del dolore, Unità Operative di Cure Palliative, Hospice ecc.), sia sotto il profilo strutturale, organizzativo e clinico. Benché nelle due realtà (Centri di terapia del dolore e Centri di Cure Palliative) siano presenti caratteristiche culturali e presupposti scientifici in parte differenti, la presenza del dolore e la necessità di un trattamento adeguato, le richieste di cura connesse all'evoluzione della malattia cronica degenerativa o della patologia neoplastica, possono certamente rappresentare il principio di coesione, di collaborazione e di integrazione. In Italia, non esistono al momento modelli operativi riproducibili e validati in tutto il territorio nazionale.</p> |
| DESCRIZIONE | <p>Il piano di azione che la regione Lazio intende strutturare per la presa in carico del paziente con dolore si fonda su quattro assi :1)definizione degli ambiti di intervento per il dolore acuto, cronico, oncologico con specificità relativa a pazienti anziani e pediatrici 2)strutturazione di centri di medicina del dolore per livelli di complessità 3)strutturazione di una rete di cure con garanzia della continuità assistenziale tra ospedale e territorio e integrata con le associazioni di volontariato 4)formazione dei professionisti con particolare coinvolgimento del MMG e pediatri di famiglia nella continuità assistenziale 5) informazione all'utenza e campagna informativa.</p> <p>L'architettura del progetto viene rappresentata in fig.1</p>  |





### ARCHITETTURA DEL PROGETTO

PROGETTAZIONE  
E MONITORAGGIO DEI  
SOTTOPROGETTI

1 Studio del fabbisogno  
Ricognizione dell'esistente sul territorio regionale

2 Modello organizzativo  
dei Centri di terapia del  
Dolore e della rete del  
dolore

3 Modello  
organizzativo della  
rete di cure palliative

4 Sviluppo e aggiornamento della rete informatica

5 Formazione e Aggiornamento

6 Informazione all'utenza

FASE OPERATIVE: ATTIVAZIONE DEIL MODELLO

#### OBIETTIVI

1. Delineare e definire una rete assistenziale per la terapia del dolore al fine di ottenere una maggiore facilità di accesso alle risorse, rafforzando l'offerta assistenziale nel territorio

2. Sperimentare un modello organizzativo per la terapia del dolore e di cure palliative modulabili su tutto il territorio regionale

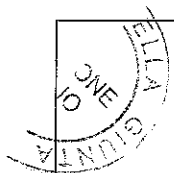
Per raggiungere l'obiettivo prefissato, si è ritenuto opportuno procedere all'identificazione di sei sotto-obiettivi affidati a sei Unità di Ricerca con relativi responsabili (schede in allegato)

#### TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)

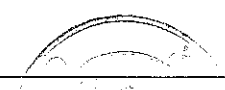
Tempo 0-3 mesi: attuazione delle conferenze di organizzazione. Composizione dei gruppi di approfondimento metodologico con raccolta e analisi dei documenti di letteratura e preparazione della documentazione e degli strumenti a supporto dei gruppi di lavoro.

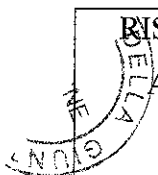
Tempo 3-6 mesi (Gennaio 2010): inizio lavori nei singoli sottogruppi. Acquisizione e valutazione dei risultati dell'analisi del fabbisogno e della ricognizione delle realtà esistenti sul territorio regionale. Avvio dell'Audit plenario del coordinamento con i sottogruppi: presentazione del materiale e analisi dei problemi. Rimodulazione dei programmi operativi e definizione dei processi di lavoro.





|   |   |
|---|---|
|   | <p>Tempo 6-21 mesi : Definizione del modello organizzativo. Definizione della rete infrastrutturale e quantificazione delle infrastrutture da realizzare ex novo e adeguamento dell'esistente. Linee Guida per i singoli item procedurali. Identificazione degli Standard di Processo e di Controllo nelle differenti patologie. Attivazione della Centrale Operativa per utenti e medici. Analisi statistica. Validazione dei procedimenti. Audit finale e valutazione dei risultati. Campagna di informazione agli utilizzatori. Sperimentazione del modello su area metropolitana e provinciale</p> <p>Tempo 21-24 mesi : report per l'attuazione dei processi di Accredimento della rete. Attivazione della linea web per sanitari e utenti.</p> <p>Rendiconto dei risultati</p>  |
| <p>INDICATORI<br/>(di struttura, di processo, di risultato)</p> | <p>Processo: Analisi del contesto comprensivo di: n. strutture di terapia antalgica sul territorio regionale ,orari di accesso e caratteristiche di attività, caratteristiche di tipologia pazienti trattati, terapie e trattamenti in uso, dotazione di ore personale dedicato e ore personale in consulenza attiva, tecnologia a disposizione- indici di utilizzo e indici di vetustà delle stesse.( entro gennaio 2010)</p> <p>Processo: Analisi dei modelli organizzativi della rete comprensivo di criteri requisiti e standard per l'accreditamento dei centri Hub e spoke<br/>( entro il gennaio 2010)</p> <p>Processo: rilevazione dei bisogni formativi presso gli operatori.( sottoprogetto formazione)</p> <p>Processo: definizione del set minimo di dati su supporto informatico unico da adottare nei centri identificati ( rete informatica)</p> <p>Risultato: Documento di progetto "Rete della Terapia del dolore e delle cure palliative nella Regione Lazio" per la realizzazione di una rete del dolore strutturata e integrata</p> <p>Risultato: Documento relativo ai percorsi terapeutici ritenuti fondamentali per l'accreditamento di una Unità di Terapia del dolore e Cure Palliative, ipotizzando diversi livelli di accreditamento e di complessità dell'Unità. (entro giugno 2010)</p> <p>Risultato: Documento inerente il modello organizzativo proposto (Entro giugno 2010)</p> <p>Risultato: Delibera di definizione requisiti di accreditamento istituzionale per i Centri di terapia antalgica e Cure palliative ( struttura -processo)</p> <p>Risultato: Documento di assegnazione risorse alle Strutture indicate come di 1° livello ( Hub) e di 2° livello( Spoke)</p> <p>Risultato: n. corsi di formazione strutturati entro giugno 2011</p> <p>Risultato : attivazione della rete web per gli utilizzatori</p> <p>Risultato: Inizio sperimentazione in almeno 5 Centri entro ottobre 2010</p> <p>Risultato : Documento conclusivo dei risultati e della valutazione della sperimentazione Entro Giugno 2011</p> |

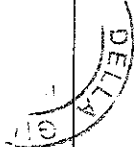


|  |   |
|--|---|
|  <p><b>RISULTATI<br/>ATTESI</b></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Definizione di un modello strutturale, clinico ed organizzativo, ripetibile e adattabile alle diverse realtà pubbliche o private della regione Lazio</li> <li>- Offerta di modelli organizzativi e assistenziali, che garantiscono continuità della cura del dolore integrato con la rete delle cure palliative</li> <li>- Sperimentazione e Attivazione del modello sul territorio regionale</li> </ul> |
|--|---|

**SOTTOPROGETTO 1: Analisi del fabbisogno e ricognizione sul territorio regionale**

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| <p><b>OBIETTIVI SPECIFICI</b></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Definizione univoca e standardizzata di dolore acuto e dolore cronico</li> <li>- Verifica degli strumenti di misurazione del dolore e del loro impiego a livello regionale</li> <li>- Verifica delle modalità di registrazione e documentazione del dolore</li> <li>- Stima della prevalenza del dolore nella popolazione</li> <li>- Stima della dimensione del fenomeno mediante banche dati regionali e mappatura per tipologia dei servizi</li> <li>- Identificazione delle tipologie di persone più colpite (per patologia sottostante, sesso, età, ecc.)</li> <li>- Valutazione degli esiti del dolore (quali ad es., immobilità, ansia e depressione, disturbi del sonno, uso inappropriato dei servizi sanitari, ecc.) e loro ricaduta sul SSN</li> <li>- Censimento dei Centri di Medicina del Dolore attivi sul territorio regionale</li> </ul>  |
| <p><b>DESCRIZIONE</b></p>         | <p>Il progetto parte da un'analisi, secondo i metodi della evidence-based medicine, delle informazioni disponibili in letteratura scientifica per ottenere (su base di consenso tra esperti) una definizione univoca e standardizzata di dolore acuto e cronico e sintetizzare sia stime di prevalenza del dolore sia stime delle tipologie di pazienti più rilevanti per la realtà regionale.</p> <p>In collaborazione con le associazioni professionali e scientifiche operanti sul territorio e con inchieste specifiche presso alcune strutture campione, sono indagate le misurazioni del dolore in termini discriminativi [ad es., per distinguere tra diversi livelli di dolore in diversi pazienti, o tra diverse condizioni patologiche] e in termini valutativi [ad es., per monitorare l'andamento nel tempo in un paziente o gruppi di pazienti].</p> <p>Record-linkage sui data-base regionali per un'ulteriore quantificazione del fenomeno e delle sue conseguenze, aggiustate per potenziali confondenti, quali ad es. eventuali comorbidità.</p> <p>In relazione con, e di concerto a queste valutazioni di richiesta</p> |






|                  |   |
|------------------|---|
|                  | <p>utilizzo di servizi e di impatto su altre patologie, l'analisi dell'offerta di servizi sanitari disponibili sul territorio viene condotta allo scopo di governare la ristrutturazione di tale offerta e migliorare sia in termini di copertura territoriale che di efficacia.</p>  |
| RISULTATI ATTESI | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Completamento del censimento delle strutture interessate</li> <li>- Descrizione del fenomeno e valutazione dei bisogni assistenziali complessivi e per tipologie di pazienti</li> <li>- Stesura raccomandazioni per la misurazione del dolore nella routine clinica e per la registrazione sistematica delle informazioni rilevanti</li> <li>- Supporto a un piano di riorganizzazione della rete assistenziale</li> </ul> |

**SOTTOPROGETTO 2 : "Il modello organizzativo dei Centri di terapia del dolore e della rete"**

|                     |   |
|---------------------|---|
| OBIETTIVI SPECIFICI | <p>Elaborazione di un progetto per definire l'offerta di modelli organizzativi e assistenziali, che garantiscono continuità della cura dall'Ospedale per acuti del paziente con dolore acuto, cronico e oncologico</p> <p>Organizzazione e realizzazione di un "sistema" delle cure del dolore basato su livelli di intensità delle cure erogate e integrato con la rete delle cure palliative.</p> <p>Sperimentazione del modello individuato in area metropolitana e in ASL provinciale</p> <p>Adeguamento e implementazione sistematica della rete</p>   |
| DESCRIZIONE         | <p>Il progetto per la realizzazione di una rete del dolore strutturata e integrata prevede :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'identificazione di centri di Medicina del Dolore articolati secondo il criterio della diversa complessità dell'offerta di metodologie di diagnosi, dei percorsi di trattamento e di gestione del paziente,</li> <li>- la definizione dei livelli di accreditamento,</li> <li>- la definizione di processi organizzativi che rispondano a standard minimi definiti e applicabili nelle differenti specificità locali,</li> <li>- la definizione di percorsi diagnostici e di trattamento omogenei,</li> <li>- la descrizione di sistemi di valutazione di processo, di performance, di costi, e rischio clinico</li> <li>- l'assessment tecnologico ed economico.</li> </ul> |

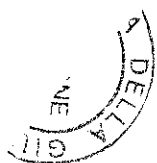


|                  |  |
|------------------|--|
|                  | Sottogruppi : Pazienti in età pediatrica e anziani   |
| RISULTATI ATTESI | Risposta assistenziale adeguata alla gestione delle sindromi dolorose garantita da un sistema di cure erogate attraverso una rete di servizi integrati.<br><br>Attivazione del modello organizzativo e della rete del dolore integrata |

**SOTTOPROGETTO 3 : “Modello organizzativo della rete palliativa ospedale- territorio, domiciliare e residenziale”**

|                     |   |
|---------------------|---|
| OBIETTIVI SPECIFICI | <p>Elaborazione del progetto per la presa in carico a livello territoriale del paziente con dolore, sia di natura oncologica che originante da altre cause, attraverso la costruzione di una rete di servizi.</p> <p>Sperimentazione del modello di rete individuato in un distretto di area metropolitana e in un distretto di una ASL provinciale.</p> <p>Adeguamento e implementazione sistematica della rete dei servizi territoriali nel territorio regionale.</p>   |
| DESCRIZIONE         | <p>Il progetto della rete territoriale terrà conto degli aspetti strutturali e funzionali dei servizi, considerando i seguenti livelli:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- accesso: criteri di elegibilità dei pazienti; valutazione; referenza certa e unica per malati e famiglie.</li> <li>- percorso: individuazione dei nodi della rete territoriale (presidi territoriali ambulatoriali, Centri specialistici ospedalieri, servizi distrettuali, volontariato, Ente locale).</li> <li>- strumenti: documentazione clinica e assistenziale comune tra ambito ospedaliero e territoriale; valutazione algologica e multidimensionale; procedure di continuità ospedale – territorio.</li> </ul> |
| RISULTATI ATTESI    | <p>Risposta assistenziale adeguata alla gestione delle sindromi dolorose garantita da un sistema di cure erogate attraverso una rete di servizi integrati.</p> <p>Attivazione della rete territoriale integrata</p>   |





## SOTTOPROGETTI TRASVERSALI


### SOTTOPROGETTO 4 : “Sviluppo e aggiornamento della rete informatica”

|                     |   |
|---------------------|---|
| OBIETTIVI SPECIFICI | Valutazione dell'adeguatezza dell'attuale rete informativa regionale.<br><br>Integrazione dei flussi informativi correnti per la determinazione della prevalenza del dolore nella popolazione.<br><br>Sviluppo di supporti web per la comunicazione e la divulgazione   |
| DESCRIZIONE         | Il progetto di sviluppo e aggiornamento della rete informatica è orientato alla creazione di flussi informativi ottimizzati, in particolare: <ul style="list-style-type: none"><li>- Modulazione dei flussi SIO-SIAS alla luce delle esigenze specifiche emerse dai sottoprogetti 2,3.</li><li>- Creazione di un supporto informativo per l'elaborazione della casistica e la definizione di indicatori</li><li>- Messa a disposizione di strumenti <i>web-based</i> al fine di favorire l'interazione tra gli attori</li></ul> |
| RISULTATI ATTESI    | Creazione di un sistema informativo appropriato alla rete assistenziale per la terapia del dolore che favorisca la comunicazione tra gli attori e garantisca facilità di accesso alle risorse<br><br>Implementazione della rete Web per facilitare l'accesso alle informazioni e la valutazione dei risultati e delle criticità fra Aziende sanitarie.  |

### SOTTOPROGETTO 5 : Formazione e aggiornamento

|                     |  |
|---------------------|--|
| OBIETTIVI SPECIFICI | Sviluppo di percorsi formativi finalizzati a: <ol style="list-style-type: none"><li>1. acquisire nuove conoscenze e pratiche in tema di terapia del dolore e cure palliative, differenziandole per competenze, tra i professionisti che operano sul territorio e nelle strutture ospedaliere della regione Lazio ;</li><li>2. implementare strumenti di revisioni tra pari e attività di Audit</li></ol> |
|---------------------|--|



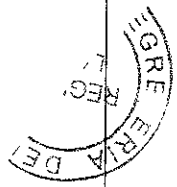
|   |   |
|---|---|
|  | <p>rivolte alla diffusione e sperimentazione del modello assistenziale individuato, in alcune aree selezionate del Lazio.</p>   |
| <p>DESCRIZIONE</p>  | <p>La componente formativa del progetto è caratterizzata da un percorso di educazione continua sul luogo del lavoro contrassegnato da fasi successive:</p> <p>La prima di tipo preliminare prevede l'analisi e la valutazione dei bisogni formativi, ed ha lo scopo di offrire una fotografia circa lo stato attuale delle conoscenze sul dolore del personale sanitario coinvolto. Al termine sarà possibile progettare i moduli formativi, predisponendo un pacchetto didattico base.</p> <p>Le fasi successive saranno di tipo residenziale e di formazione sul luogo di lavoro presso i centri del dolore individuati a livello regionale in coordinamento con i MMG.</p> <p>La formazione sul luogo del lavoro, finalizzata al <i>..”controllo, riflessione, supervisione e ricerca, a partire dalla propria pratica professionale e dai problemi posti nello specifico contesto di lavoro”<sup>2</sup></i> prevede l'utilizzo di tecniche di valutazione e miglioramento della qualità come la Revisione tra pari e l'Audit.</p> <p>I cinque principi di fondo che guideranno il percorso sono: 1) vincolo dell'apprendimento alla pratica; 2) confronto continuo tra raccomandazioni e pratica quotidiana, e loro applicazione; 3) apprendimento contestuale, adattato alla realtà dei partecipanti; 4) sviluppo della consuetudine alla valutazione della propria pratica ed analisi dei propri errori; 5) diffusione di una cultura dell'apprendimento continuo e del cambiamento organizzativo.</p> |
| <p>RISULTATI ATTESI</p>   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Formazione di tutti i professionisti coinvolti nella sperimentazione</li> <li>2. Realizzazione di attività di Audit e costituzione di gruppi di Revisione tra pari nelle strutture sanitarie oggetto di sperimentazione</li> </ol>  |

**SOTTOPROGETTO 6 : Campagna Informativa: “La lotta al dolore”**

|                            |   |
|----------------------------|---|
| <p>OBIETTIVI SPECIFICI</p> | <p>Elaborazione progetto per la Realizzazione di una campagna informativa per il cittadino sul diritto ad usufruire della terapia del dolore in qualsiasi modo esso si presenti, dal dolore cronico, al dolore oncologico a quello pediatrico.</p> <p>Informazione per il cittadino sui benefici derivanti da un uso consapevole e corretto della terapia del dolore, come strumento dell'offerta assistenziale</p> |
|----------------------------|---|

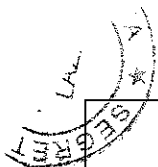
<sup>2</sup> Glossario ECM Regione Veneto





|                  |  |
|------------------|--|
|                  | <p>integrata a livello territoriale.</p> <p>Informazione sulla riorganizzazione dei percorsi assistenziali che la Regione Lazio sta implementando sul modello hub&amp;spoke e dei benefici per il cittadino in termini di miglioramento della qualità della vita.</p>  |
| DESCRIZIONE      | <p>Il progetto prevede:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- ideazione, progettazione e realizzazione materiali informativi;</li><li>- collaborazione e partnership con soggetti istituzionali e del privato sociale per la creazione di una rete informativa che coinvolga il cittadino-utente dall'ospedale al territorio al domicilio;</li><li>- coinvolgimento testimonial per campagna informativa;</li><li>- strumenti: materiali cartacei, materiali multimediali, spot informativi radio-televisione-cinema, eventi culturali-sportivi,</li></ul> |
| RISULTATI ATTESI | <p>Creazione di una consapevolezza del paziente rispetto al diritto di poter usufruire della terapia del dolore come strumento assistenziale abituale per alleviare le sofferenze.</p>   |





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

SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI

**GENERALITA'**

|                                    |   |
|------------------------------------|---|
| REGIONE PROPONENTE                 | REGIONE LAZIO   |
| DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO) |   |
| LINEA PROGETTUALE                  | Interventi per le biobanche di materiale umano                                |
| TITOLO DEL PROGETTO                | Biobanche di sangue cordonale   |
| DURATA DEL PROGETTO                | 12 mesi dall'erogazione del finanziamento                                     |
| REFERENTE                          | Dr. Luca Casertano – Dirigente Area Programmazione Rete Ospedaliera e Ricerca |

**ASPETTI FINANZIARI**

|   |            |
|---|------------|
| COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO                      | 937.418,44 |
| IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2009 | 937.418,44 |
| QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE                       | 0,00       |

**IL PROGETTO**

|  |                 |
|--|-----------------|
| CONTESTO   | Vedi Allegato 1 |
| DESCRIZIONE  | Vedi Allegato 1 |
| OBIETTIVI  | Vedi Allegato 1 |
| TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)                 | Vedi Allegato 2 |
| INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato) | Vedi Allegato 3 |
| RISULTATI ATTESI                                     | Vedi Allegato 3 |





## Allegato 1

### CONTESTO

Attualmente il trapianto di cellule staminali emopoietiche (CSE) prelevate dal midollo osseo o dal sangue venoso periferico, rappresenta una procedura terapeutica largamente impiegata nel trattamento di numerose patologie. La difficoltà a reperire per alcuni pazienti un donatore compatibile o la necessità di un intervento terapeutico rapido, ha spinto a ricercare delle fonti alternative di CSE rispetto al midollo. L'identificazione di CSE nel sangue cordonale e la possibilità di effettuare trapianti con queste cellule ha indotto la costituzione di vere e proprie "banche", dove vengono conservate le unità di sangue cordonale raccolte. In Italia sono attive 17 banche di sangue cordonale distribuite su tutto il territorio nazionale. Al 31/12/2008 sono state bancate oltre 20.000 unità e di queste oltre 17.000 sono disponibili per trapianto in Italia ed esposte attraverso l'IBMDR di Genova per eventuale uso extra-nazionale. Delle unità conservate, 783 sono state utilizzate per trapianto "unrelated" (in paesi esteri e in Italia) e 106 per trapianto "related". La rete di donazione e banking italiana, che vede coinvolti le banche, i trapiantologi e le autorità competenti (regioni, CNS e CNT), si distingue per l'applicazione rigorosa dei requisiti di qualità e sicurezza, introdotti dalle normative italiane ed europee e per lo sviluppo di una rete di collaborazione nazionale ed internazionale che ha come principale obiettivo la garanzia di un elevato grado di qualità e sicurezza delle unità cordonali destinate al trapianto.

### DESCRIZIONE

L'obiettivo strategico del progetto è incrementare il numero delle unità bancate effettivamente disponibili all'uso trapiantologico per il fabbisogno nazionale ed internazionale garantendo i livelli di qualità e sicurezza previsti dalle disposizioni normative nazionali e comunitarie vigenti e dagli standard internazionalmente accettati. Il progetto prevede di realizzare inoltre una rete integrata di punti nascita autorizzati alla raccolta del sangue. Lo sviluppo della rete dovrà prevedere inoltre un sistema coordinato per il trasporto delle unità raccolte, atto a garantire la conservazione delle proprietà biologiche delle unità trasportate e la massima efficienza delle trasferimento delle stesse.

### OBIETTIVI

#### Generali

- a. Estensione dell'attività di raccolta presso un numero progressivamente crescente di punti nascita del territorio in base alla programmazione regionale, nonché alla garanzia di un adeguato livello di formazione e mantenimento delle competenze degli operatori addetti alla raccolta nei punti nascita;
- b. estensione dei tempi di ricezione delle unità cordonali raccolte da parte della Banca, finalizzato ad eliminare le limitazioni orarie e giornaliere della donazione (raccolta h 24);
- c. sistematica applicazione dei requisiti di qualità e sicurezza previsti dalle disposizioni normative vigenti e degli standard tecnici ed operativi condivisi all'interno della rete delle banche;
- d. incremento dell'inventario nazionale delle unità cordonali conservate;





- e. realizzazione di campagne di informazione, comunicazione e sensibilizzazione sul territorio con l'obiettivo di informare e rendere consapevoli i cittadini del valore della donazione solidaristica del sangue cordonale e sull'utilizzo appropriato del sangue cordonale.

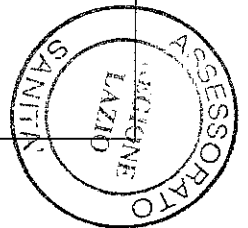
### Specifici

- a. costituzione di una rete regionale integrata di punti nascita aventi ognuno un numero di parti superiore a 500/anno con accordi tra Banche cordonali di riferimento e punti nascita. La Regione, in relazione alla propria programmazione, provvederà: a) a definire con specifici atti i punti nascita da attivare; b) attraverso i propri Organismi tecnici coordinare gli accordi tra Banche e punti nascita e le relative modalità operative. I punti nascita che effettuano tra i 500 e 1000 parti/anno dovranno effettuare tra il 10 al 15% di raccolte rispetto al numero dei parti effettuati, mentre quelli con un numero di parti superiori a 1000 tra il 8-10%. E' inoltre necessario garantire una formazione iniziale ed il mantenimento delle competenze del personale addetto alla raccolta (almeno 2 corsi di formazione/anno).
- b. apertura delle Banche cordonali dal lunedì al sabato, questo comporta la possibilità di effettuare le raccolte in regime h 24 eliminando la criticità legata a limitazioni di orario e giorni festivi. E' chiaro che questo obiettivo è realizzabile solo previa sostenibilità economica e autorizzazione all'adeguamento del personale della Banca;
- c. realizzazione degli adeguamenti strutturali, tecnologici, organizzativi finalizzati all'applicazione dei requisiti di qualità e sicurezza previsti da requisiti cogenti e standard nazionali ed internazionali. Dal momento che le unità cordonali vengono inserite in una rete internazionale, è necessario che le Banche seguano requisiti accettati internazionalmente e che abbiano quindi come obiettivo il conseguimento dell'accREDITAMENTO internazionale FACT-NETCORD;
- d. definizione di un piano triennale di bancaggio per singola banca/rete regionale integrata di banche da effettuare in accordo con Centro Nazionale Sangue e Centro Nazionale Trapianti al fine del raggiungimento, nel triennio 2009-2011, di un incremento dell'inventario nazionale di 12.000 unità bancate;
- e. campagne di informazione che prevedano la diffusione di materiale informativo già disponibile e la realizzazione di attività di comunicazione e sensibilizzazione dell'utenza e del personale sanitario direttamente coinvolto. La diffusione dell'informazione deve avvenire attraverso organismi ed enti sanitari quali dipartimenti materno infantili, consultori, punti nascita. E' necessario il coinvolgimento di specifiche figure professionali, direttamente coinvolte nel processo, quali le ostetriche e i ginecologi, o indirettamente, quali i pediatri di libera scelta e i medici di medicina generale. E' auspicabile che le campagne di informazione siano preliminarmente condivise nell'ambito di un coordinamento centrale e che siano effettuate in stretta collaborazione con associazioni di volontariato già impegnate nel settore (ADISCO).



**TEMPI DI ATTUAZIONE  
(CRONOPROGRAMMA)**

| Attività  | Mesi   |  |  |  |
|---|--|--|--|--|
|   | 3  | 6  | 9  | 12   |
| <p>Estensione dell'attività di raccolta e adeguato livello di formazione degli operatori addetti alla raccolta</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• costituzione di reti regionali integrate di punti nascita;</li> <li>• realizzazione di corsi di formazione iniziale e per il mantenimento delle competenze del personale addetto alla raccolta</li> </ul> | <p>Identificazione delle sedi metropolitane e (Roma) ad alto numero di parti (stipula convenzioni )</p>                    | <p>Identificazione delle sedi regionali extra-romane non ancora collegate (stipula convenzioni i)</p>        | <p>Completamento della formazione del personale ostetrico e medico delle aree parto identificate</p>     | <p>Valutazione e degli operatori con indicatori di efficacia e qualità della raccolta</p>          |
|   | <p>Unificazione delle procedure di raccolta e conservazione delle strutture già operanti (inclusa l'informatizzazione)</p> | <p>Avvio della formazione del personale identificato sulla base delle procedure unificate e del supporto</p> | <p>Indottrinamento specifico del personale di sala e dei medici dell'area ostetrico-ginecologica con</p> | <p>Verifica del processo di formazione e mediante analisi integrata degli indicatori condivisi</p> |



|   |   |   |   |  |
|---|---|---|---|--|
|   | unificata)  | informatico<br>unico<br>collocabile<br>sulla rete<br>informatica<br>regionale | definizione<br>del percorso<br>di<br>collaborazio<br>ne con le<br>strutture<br>trasversionali<br>competenti                             | dalla rete<br>regionale e<br>verifica di<br>funzionalità<br>a' e<br>sicurezza<br>del<br>supporto<br>informatic<br>o                  |
| <p><b>Estensione dei tempi di ricezione delle unità cordonali raccolte da parte della Banca (raccolta h 24)</b></p>   | <p>Censimento<br/>del<br/>personale<br/>coinvolto ed<br/>analisi delle<br/>criticità<br/>nella<br/>copertura<br/>del servizio<br/>6gg/7 nelle<br/>strutt.<br/>esistenti</p> |   | <p>Censimento<br/>del<br/>personale in<br/>via di<br/>formazione<br/>e<br/>pianificazione<br/>delle<br/>attività nei<br/>nuovi siti</p> | <p>Adegua<br/>mento del<br/>personale<br/>operante in<br/>ambito<br/>ostetrico<br/>(contratti<br/>ad<br/>obiettivo<br/>ed altro)</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• apertura delle Banche cordonali dal lunedì al sabato</li> <li>• adeguamento e/o stabilizzazione del personale della Banca</li> </ul> | <p>Stesura del<br/>piano<br/>operativo<br/>per la<br/>copertura<br/>del servizio</p>  |   |   | <p>Stesura del<br/>piano<br/>operativo e<br/>complessiv<br/>o per la<br/>copertura</p>   |



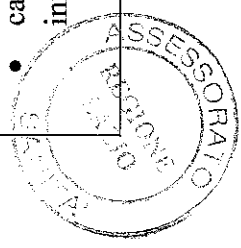
PREMI

|   |   |                    |   |  |
|---|---|--------------------|---|--|
|   | 6gg/7 per le strutture esistenti  |                    |   | del servizio 6gg/7 della rete integrata  |
| <p><b>Applicazione dei requisiti di qualità e sicurezza</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Realizzazione di adeguamenti strutturali, tecnologici, organizzativi finalizzati all'applicazione di requisiti di qualità e sicurezza (<i>application a FACT-NETCORD</i>)</li> </ul> | <p>Verifica delle strutture laboratorio a servizio della rete regionale</p> | <p>Avanzamento</p> | <p>Adeguamento delle risorse strutturali e tecnologiche e ove applicabile</p> | <p>ispezioni e verifiche da parte del certificato re dello standard di settore</p> |
| <p><b>Incremento dell'inventario nazionale delle unità cordionali conservate</b></p>  | <p>Verifica delle 1500 unità già bancate in regione</p>                     |                    | <p>Verifica del "rate" mansile d'incremento</p>                               | <p>Pianificazioni dell'attività di rete per il raggiungimento delle 3000</p>       |



10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65  
66  
67  
68  
69  
70  
71  
72  
73  
74  
75  
76  
77  
78  
79  
80  
81  
82  
83  
84  
85  
86  
87  
88  
89  
90  
91  
92  
93  
94  
95  
96  
97  
98  
99  
100

|  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| <p>utilità bancate totali al compitamento del triennio (+1500 unita')</p>  | <p>Definizione della performance e di raccolta su 9 mesi delle strutture già operanti</p> | <p>Attivazione e progressiva dell'intera rete su base FACT-Netcord</p>              | <p>Conferenza regionale sulla rete regionale del sangue cordonale</p> |
| <p>definizione di un piano triennale di bancaggio per singola banca/rete regionale integrata di banche</p>   | <p>Censimento delle unita bancate su base ISO 9001</p>                                    | <p>Raccolta delle unita SCO su base FACT-Netcord</p>                                | <p>Predisposizione di depliant</p>                                    |
| <p>Realizzazione di campagne di informazione, comunicazione e sensibilizzazione</p>  | <p>Verifica del materiale sistente</p>  | <p>Integrazione e del materiale disponibile e di nuovi strumenti d'informazione</p> | <p>Identificazione di un tavolo</p>                                   |
| <p>campagne di informazione regionale che prevedano la diffusione di materiale informativo già disponibile e la realizzazione di attività di comunicazione e</p> | <p>Acquisizione e del materiale</p>   | <p>Identificazione di un tavolo</p>   | <p>Campagna pubblicitaria</p>   |



AVANTI  
O ME

|   |                                   |   |                                  |  |
|---|-----------------------------------|---|----------------------------------|--|
| sensibilizzazione dell'utenza e del personale sanitario direttamente coinvolto. | informativo<br>già<br>disponibile | tecnico<br>misto con<br>le<br>associazion<br>i di settore | informativi,<br>spot e<br>poster | ricosurre<br>successiva<br>mente la<br>Conferenz<br>a<br>Regionale |
|   |                                   |   |                                  |  |





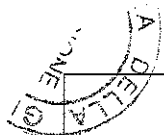
## INDICATORI

- a. **Indicatori di struttura:** realizzazione degli adeguamenti strutturali, tecnologici e organizzativi. Ricezione delle unità cordionali raccolte h 24 (numero delle unità raccolte/numero parti effettuati nel fine settimana e festivi). Dotazione organica della banca (numero personale strutturato/numero personale totale).
- b. **Indicatori di processo:** attivazione di punti nascita con un numero di parti superiore a 500/anno. I punti nascita che effettuano tra i 500 e 1000 parti/anno dovranno effettuare tra 10 e 15% di raccolte rispetto al numero dei parti effettuati, mentre quelli con un numero di parti superiori a 1000 tra 8 e 10%.
- c. **Indicatori di risultato:** incremento del numero delle raccolte effettuate e dell'inventario delle unità conservate (numero delle unità bancate per anno sulla base del piano definito).

## RISULTATI ATTESI

1. incremento del 10-15%/anno delle raccolte effettuate, con riferimento alle unità totali raccolte sul territorio nazionale nel 2008 (11.517 unità);
2. incremento di 8-10%/anno delle unità criopreservate;
3. riduzione del 10%/anno delle unità esportate presso strutture private estere ad uso autologo non solidaristico.





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

**SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI**

**GENERALITA'**

|                                    |   |
|------------------------------------|---|
| REGIONE PROPONENTE                 | REGIONE LAZIO   |
| DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO) |   |
| LINEA PROGETTUALE                  | 5.2 BANCA DI TESSUTO DI MUSCOLO - SCHELETRICO   |
| TITOLO DEL PROGETTO                | ATTIVAZIONE DELLA BANCA DI TESSUTO DI MUSCOLO - SCHELETRICO (BTMS) DELLA REGIONE LAZIO E DEL PERCORSO DI SICUREZZA PER MINIMIZZARE IL RISCHIO INFETTIVOLOGICO NELLE ATTIVITA' DI PROCUREMENT-BANKING-DISTRIBUZIONE. |
| DURATA DEL PROGETTO                | 12 MESI   |
| REFERENTE                          | Dr. Luca Casertano – Dirigente Area Programmazione Rete Ospedaliera e Ricerca   |

**ASPETTI FINANZIARI**

|   |            |
|---|------------|
| COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO                      | 461.713,56 |
| IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2009 | 461.713,56 |
| QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE                       |            |

**CONTESTO**

Con la legge della Regione Lazio n° 3 del 8-4-2006 (art.145) è stata istituita la Banca del Tessuto Muscolo Scheletrico (BTMS) della Regione Lazio alla costituzione della quale partecipano L'Azienda USL RME, L'Università Cattolica del Sacro Cuore e L'IRCCS IFO.

L'episodio di trasmissione dell'infezione HIV, accaduto non molto tempo fa, ha rappresentato per la rete nazionale dei trapianti un incidente di rilevanti proporzioni che ha richiesto la messa in atto di adeguate contromisure, privilegiando l'ottica della *"valutazione in termini di sistema, piuttosto che quella in termini di singole responsabilità"* (Ministero della Salute, 13 marzo 2007).

Questo ha determinato che è necessario identificare un percorso della sicurezza per minimizzare il rischio infettivologico nel procurement-banking-distribuzione del tessuto muscolo scheletrico.

Le principali criticità del percorso possono essere identificate nel fatto che:

- a. i servizi clinici (inclusi quelli di microbiologia e virologia, anatomia patologica ed immunologia/HLA) devono essere accreditati a livello regionale.

b. la valutazione/certificazione dei laboratori e del personale deve avvenire periodicamente. I test diagnostici devono essere test validati e standardizzati il più possibile dal punto di vista tecnico, per minimizzare il rischio di errore analitico.

la refertazione dei test ed il trattamento dei campioni devono essere automatizzati il più possibile.

Tutti gli operatori, quindi, devono conoscere bene il processo di prelievo in tutte le sue fasi e aver ricevuto una specifica formazione a livello regionale. Pertanto dovranno essere informati/formati sugli aspetti specifici del processo di distribuzione e dell'utilizzo dei tessuti e sulle valutazioni che ne garantiscono la sicurezza.

Il momento conclusivo di un necessario percorso di qualità dell'attività della banca si realizza con il Suo accreditamento da parte delle istituzioni. Ciò implica che vengano certificate le strutture coinvolte e siano definite le modalità per la gestione di:

- a. eventi Non in Conformità;
- b. quasi eventi (near miss);
- c. errori;

e l'attivazione e attuazione di Azioni Correttive con valutazione della loro efficacia attuato un percorso continuo di qualità.

Attualmente la BTMS del Lazio ha completato l'iter organizzativo e di adeguamento delle strutture individuate come sede della banca stessa e si appresta ad iniziare la sua attività tenendo conto delle disposizioni nazionali, europee e internazionali e delle conoscenze scientifiche riguardanti gli standard di sicurezza e di qualità per l'utilizzo di tessuti a scopo di trapianto.

## DESCRIZIONE

Le BTMS, come previsto dalla normativa vigente e dalle linee guida nazionali, hanno il compito di: conservare e distribuire i tessuti e le cellule prelevate, certificandone la tracciabilità, l'idoneità e la sicurezza

E' indispensabile identificare una realtà di eccellenza che, avendo già strutturato percorsi formativi comuni per gli operatori e definito standard minimi per le attività analitiche, sia in grado di ottemperare a tutte le indicazioni e le linee di indirizzo.

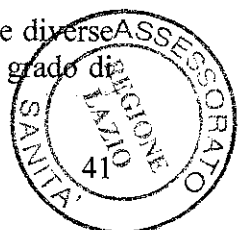
La struttura laboratoristica, già identificata (06/03/2009) dalla Regione Lazio presso il Laboratorio di Virologia dell' IRCCS "Lazzaro Spallanzani" ha realizzato, in collaborazione con il Centro Regionale Trapianti Lazio, uno specifico percorso di sicurezza infettivologica sviluppando il progetto regionale sperimentale "*Sicurezza infettivologica dei potenziali Donatori di organi e tessuti*".

La Banca Regionale di Tessuto Muscolo-Scheletrico integrando le proprie attività di procurement tessuti, processazione e validazione con tale percorso potrà garantire a tutto il processo sanitario un livello di sicurezza in grado di ridurre al minimo il rischio infettivologico connesso con l'utilizzo di tessuti muscolo-scheletrici da donatore cadavere e vivente.

Ci si propone inoltre di incrementare in regione l'utilizzo di tali prodotti attraverso una campagna formativa che illustri a tutti i possibili utilizzatori le potenzialità della banca e la tipologia e la disponibilità presso la stessa dei diversi prodotti osteo-tendinei

## OBIETTIVI

L'obiettivo è quello di attivare una rete regionale per il procurement e la distribuzione delle diverse tipologie di tessuto muscolo scheletrico (segmenti, osso liofilizzato, pasta d'osso, etc.) in grado di



integrarsi nella rete nazionale delle banche di tessuto garantendo la qualità e la sicurezza dei prodotti.



### **Obiettivi generali**

- Attivare un adeguato procurement regionale di tessuto muscolo scheletrico sia da donatore vivente che da donatore cadavere
- Realizzare un'attività di informazione-formazione sul corretto utilizzo dei tessuti muscolo scheletrici di origine umana diretta a tutte le tipologie di utilizzatori ( ortopedici, dentisti, chirurghi maxillo-facciali).
- Creare i presupposti tecnico-organizzativi per garantire la qualità e la sicurezza dei tessuti al fine di salvaguardare la salute dei pazienti e permettere la partecipazione a un consorzio nazionale delle banche di tessuto muscolo scheletrico.

### **Obiettivi qualitativi e quantitativi**

Attivazione delle attività di procurement, processazione e distribuzione dei tessuti muscolo scheletrici di provenienza regionale entro ottobre 2009; in particolare saranno definiti gli standard comuni di riferimento delle procedure utilizzate e pianificati i protocolli per la gestione del rischio clinico e infettivologico; saranno inoltre uniformate le modalità di esecuzione delle necessarie procedure di qualità sia della banca che del procurement.

#### **Indicazione I**

Elaborazione dei manuali entro 31 Maggio 2009

#### **Indicazione II**

Attivazione del Percorso di sicurezza per minimizzare il rischio infettivologico nel procurement del tessuto muscolo scheletrico integrandosi con il percorso regionale della sicurezza della donazione di organi entro 31 ottobre 2009

#### **Indicazione III**

Realizzazione di almeno 3 corsi formativi per gli utilizzatori delle diverse tipologie di tessuto entro 31 dicembre 2009

#### **Indicazione IV**

Raggiungere a 6 mesi dall'attivazione un tasso di donazione di donatori viventi di  $TMS \geq 10 / \text{pmp}$  (4,5/mese) e di donatori cadaveri di  $TMS \geq 2 / \text{pmp}$  ( $n^{\circ}2/\text{mese}$ ).

#### **Indicazione V**

Ottenere entro marzo 2010 l'accreditamento da parte del CNT che permette l'afferenza al consorzio nazionale

### **TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)**

1. Elaborazione dei manuali : entro 31 maggio 2009



2. Attivazione del procurement, processazione e distribuzione : entro 31 ottobre 2009

3. Attivazione del Percorso di sicurezza : aggiornamento di procedure e manuali entro 30 settembre

2009

4. Realizzazione di 3 corsi formativi-informativi: settembre 2009 - dicembre 2009

5. Attività: raggiungimento degli indicatori di risultato previsti a 6 mesi dall'attivazione.

6. Accreditemento della banca: marzo 2010





|   |
|---|
| <b>ASSEGNAZIONE DELLE QUOTE VINCOLATE AGLI OBIETTIVI DI<br/>PIANO SANITARIO NAZIONALE</b> |
| <b>SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI</b>                    |

**GENERALITA'**

|                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| REGIONE PROPONENTE                    | <i>Regione Lazio</i>   |
| DELIBERA REGIONALE<br>(DATA E NUMERO) |  |
| LINEA PROGETTUALE                     | La sanità Penitenziaria<br><br><b>6.1: La tutela delle detenute sottoposte a provvedimenti penali e della loro prole.</b>  |
| TITOLO DEL PROGETTO                   | <b>"Istituzione di un servizio di sostegno e terapia psicologica dedicato alla popolazione femminile detenuta o sottoposte ad altre misure limitative della libertà con minori sino a tre anni".</b> |
| DURATA DEL PROGETTO                   | Biennale   |
| REFERENTE                             | Simonetta Fratini  |

**ASPETTI FINANZIARI**

|  |           |
|--|-----------|
| COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO                         | 900.000 € |
| IMPORTO ASSEGNATO A VALERE<br>SULLA QUOTA DEL FSN 2008 |           |
| QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE                          |           |





## IL PROGETTO

### CONTESTO

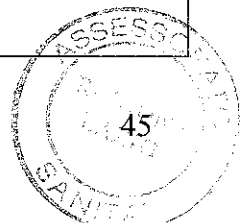
Il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1.04.2008, in attuazione del Decreto Legislativo 22 giugno 1999, n. 230, disciplina le modalità e i criteri per il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature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

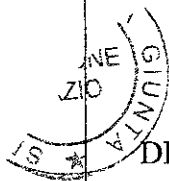
A decorrere dalla data di entrata in vigore del decreto, sono state trasferite al Servizio Sanitario Nazionale tutte le funzioni sanitarie svolte dal Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e dal Dipartimento della giustizia minorile del Ministero della giustizia, comprese quelle concernenti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

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

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

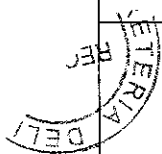
Come stato di principio e di diritto i minori, specie se di età inferiore a tre anni, non dovrebbero permanere in Istituti Penitenziari pena evidenti danni nel loro sviluppo evolutivo. D'altro canto rimane comunque importante e determinante per lo stesso sviluppo del minore la convivenza con le rispettive madri anche se autrici di reato e sottoposte a detenzione per cui l'Amministrazione Penitenziaria ha in progetto l'istituzione nazionale di strutture nuovi servizi per madri con minori .



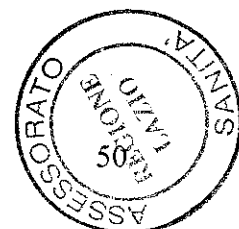


|  |  |
|--|--|
| DESCRIZIONE  | <p>Per quanto riguarda la Regione Lazio ed eventualmente l'ASL coinvolta per territorio, sarà necessario prevedere un potenziamento dell'assistenza sanitaria relativa, in aggiunta a quanto già dovuto per il DPCM del 1 aprile del 2008. In particolare si prevede un aumento delle prestazioni dei Pediatri del territorio e delle figure infermieristiche o comunque di supporto sociosanitario necessari. Sarà attivamente coinvolto il volontariato con altre iniziative di sostegno.</p>  |
| OBIETTIVI  | <p>Tutela della salute dei minori inferiori a tre anni ospiti delle strutture penitenziarie insieme alle madri detenute o sottoposte ad altre forme di restrizione della libertà personale.</p>  |
| TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)                 | <ol style="list-style-type: none"><li>1. Selezione dei partners (tre mesi)</li><li>2. sottoscrizione dei necessari accordi con i partners e gli enti coinvolti (ASL; Municipi; Comuni, ecc.)</li><li>3. Start-Up – Fine programma (24 mesi)</li><li>4. valutazione dello stato di benessere al T0 e a T24</li></ol>  |
| INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato) | <ol style="list-style-type: none"><li>1) Numero dei Bilanci di Salute effettuati dai Pediatri del territorio competente</li><li>2) Numero delle prestazioni sociosanitarie nella struttura ICAM</li><li>3) Numero delle madri e dei bambini coinvolti nell'iniziativa</li><li>4) Numero di giornate di assistenza erogate nell'anno per "Unità madre-bimbo"</li><li>5) benessere dell'Unità Madre-Bambino</li></ol>  |
| RISULTATI ATTESI                                     | <ul style="list-style-type: none"><li>• Miglioramento del valore degli indicatori di benessere dell'Unità Madre-Bambino e singolarmente.</li><li>• Diminuzione delle prescrizioni di farmaci psicotropi alle madri</li><li>• Diminuzione degli episodi di auto ed eterolesionismo nel gruppo trattato rispetto ad un gruppo precedente e non trattato</li><li>• Miglioramento delle performances sociali e delle relazioni</li><li>• Miglioramento dell'appropriatezza delle attività svolte e delle prestazioni erogate verificabile con la raccolta campionaria di dati e l'utilizzo di indicatori specifici da utilizzare periodicamente;</li><li>• Miglioramento della qualità tecnico-professionale delle prestazioni erogate, grazie all'utilizzo di strumenti operativi adeguati (linee guida, protocolli, standard, etc.)</li><li>• Incremento dell'attività di formazione specifica;</li><li>• Miglioramento della qualità dei servizi erogati incentrati su percorsi terapeutici che garantiscano la tempestività degli interventi, la continuità assistenziale, l'appropriatezza e la qualità delle prestazioni, la verifica dei risultati;</li></ul> |





|   |  |
|---|--|
| <p>TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)</p>                 | <ol style="list-style-type: none"><li>5. Selezione dei partners (tre mesi)</li><li>6. sottoscrizione dei necessari accordi con i partners e gli enti coinvolti (ASL; Municipi; Comuni, ecc.)</li><li>7. Start-Up – Fine programma (24 mesi)</li><li>8. valutazione dello stato di benessere al T0 e a T24</li></ol>  |
| <p>INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)</p> | <p>Le attività di valutazione saranno condotte dall’Agenzia della Sanità Pubblica e si inseriscono in un percorso di preparazione all’accreditamento istituzionale dei Presidi Sanitari Penitenziari. Esse garantiscono la qualità acquisita attraverso una valutazione continua e permanente dei servizi e delle prestazioni rese ai clienti interni ed esterni e attraverso un rilevamento delle percezioni dei clienti esterni.</p> <p>Prodotti del monitoraggio e della supervisione:<br/>f. rapporti periodici, almeno trimestrali</p> <p>Prodotti delle valutazioni:<br/>- ogni valutazione produrrà rapporti specifici</p> <p>Altri indicatori:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) numero di nuclei per mediazione culturale attivati negli istituti di pena;</li><li>2) numero di interventi effettuati</li><li>3) numero di prestazioni protesiche odontoiatriche eseguite;</li><li>4) numero di richieste farmacologiche in fascia C e H eseguite nell’anno;</li></ol> |
| <p>RISULTATI ATTESI</p>                                     | <p>Durante e alla fine di questo progetto i risultati attesi sono i seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• coinvolgimento motivante degli operatori delle UO che partecipano al progetto;</li><li>• aumento delle ore di prestazioni specialistiche e diagnostica psicometrica a favore della popolazione dei 'Nuovi Giunti';</li><li>• Minore ricorso agli psicofarmaci</li><li>• diminuzione degli episodi di lesionismo</li><li>• Miglioramento della Presa in Carico sanitaria dei detenuti ed internati anche se migranti o che necessitano di prestazioni sanitarie mirate in ragione della loro stessa condizione detentiva ed in preparazione di un necessario percorso di recupero sociale</li><li>• Miglioramento della collaborazione ed interazione interregionale nell’attuazione del DPCM oltre che del livello di omogeneità interregionale degli interventi sul Livello assistenziale negli Istituti di pena</li></ul>                                      |



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

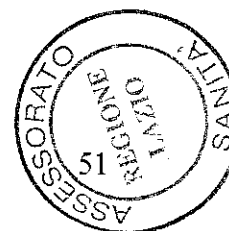
SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI

**GENERALITA'**

|                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| REGIONE PROPONENTE                    | <i>Regione Lazio</i>  |
| DELIBERA REGIONALE<br>(DATA E NUMERO) |   |
| LINEA PROGETTUALE                     | La sanità Penitenziaria<br><br><b>6.1: La Salute dei minori.</b>  |
| TITOLO DEL PROGETTO                   | <b>“Creazione di un percorso di formazione continua per operatori del settore della sanità penitenziaria con particolare riguardo al settore minorile”.</b> |
| DURATA DEL PROGETTO                   | Triennale   |
| REFERENTE                             | Simonetta Fratini   |

**ASPETTI FINANZIARI**

|  |             |
|--|-------------|
| COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO                         | 1.200.000 € |
| IMPORTO ASSEGNATO A VALERE<br>SULLA QUOTA DEL FSN 2008 |             |
| QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE                          |             |



## IL PROGETTO

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

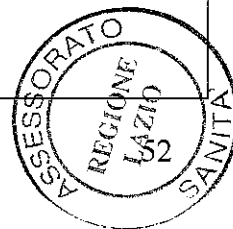
A decorrere dalla data di entrata in vigore del decreto, sono state trasferite al Servizio Sanitario Nazionale tutte le funzioni sanitarie svolte dal Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e dal Dipartimento della giustizia minorile del Ministero della giustizia, comprese quelle concernenti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

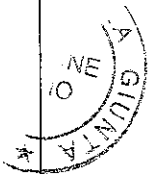
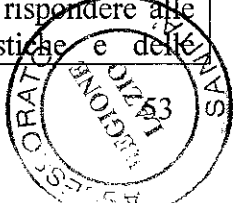
### CONTESTO

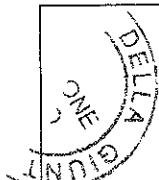
La materia si è da subito palesata di notevole complessità soprattutto per quanto attiene al trasferimento dei rapporti di lavoro, sia per la peculiarità del servizio reso all'interno degli istituti penitenziari, sia per le modalità e procedure adottate dall'Amministrazione Penitenziaria per il reclutamento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

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

Come stato di principio e di diritto i minori, specie se di età inferiore a tre anni, non dovrebbero permanere in Istituti Penitenziari pena evidenti danni nel loro sviluppo evolutivo. D'altro canto rimane comunque importante e determinante per lo stesso sviluppo del minore la convivenza con le rispettive madri anche se autrici di reato e sottoposte a detenzione per cui l'Amministrazione Penitenziaria ha in progetto l'istituzione nazionale di strutture nuovi servizi per madri con minori .

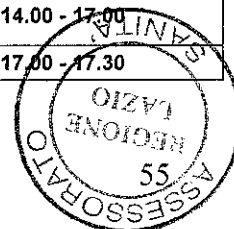


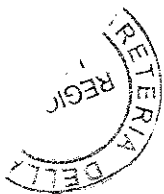
|   |   |
|---|---|
|  <p>DESCRIZIONE</p> | <p>Il progetto prevede un intervento che interesserà tutte le ASL della Regione Lazio.</p> <p>Un Comitato Scientifico formato dai partner e da elementi esterni con esperienza nel settore coordinerà le attività didattiche e procedurali da un punto di vista scientifico e dottrinario.</p> <p>Il percorso formativo proposto si pone due distinti approcci: la dimensione del problema che si vuole aggredire (consistenza della popolazione carceraria tossicodipendente) e la dimensione dei compiti, delle responsabilità e delle competenze specifiche degli utenti della formazione.</p> <p>Il contributo del processo formativo proposto è proporzionale alla capacità di accrescere competenze specifiche di tutti gli attori coinvolti, la consapevolezza della necessità di una rilettura delle metodologie, delle procedure e della gestione degli aspetti organizzativi.</p> <p>Diversi saranno i momenti operativi e di trattamento che caratterizzeranno questo cammino: riduzione della soglia di accesso dei detenuti ai servizi sanitari ed alle prestazioni del SSN; facilitare i contatti con le ASL territoriali, programmare percorsi terapeutici intracarcerari; creazione di strutture interne stabili di presa in carico;</p>  |
| <p>OBIETTIVI</p>  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. l'integrazione dei servizi territoriali alle AUSL e del Sistema Penitenziario è la garanzia della diagnosi, della cura e della riabilitazione psicosociale del tossicodipendente detenuto, comprese le patologie cliniche correlate alla tossicodipendenza come l'AIDS e la sieropositività, le epatopatie, l'assistenza alla gravidanza a rischio e l'alcolismo. Tale garanzia di tutela sarà espressa con l'avvio di una relazione di aiuto, agevolando la riflessione sul proprio stato e fornendo informazioni sui percorsi terapeutici al fine di costruire un programma terapeutico personalizzato.</li> <li>2. Migliorare le competenze specifiche soprattutto per quanto concerne gli aspetti metodologici, organizzativi e procedurali degli interventi svolti entro le strutture di pena. una definizione dell'esistente come leggi, come prassi e come significati da adottare per interpretare il tutto in modo da arrivare poi ad una situazione condivisa.</li> <li>3. approntare una prassi su chi e su come si prende in carico il soggetto</li> <li>4. per il trattamento psicosociale. Attivazione di esercitazioni su una serie di casi emblematici, in modo da incrementare la parte sperimentale ed esperienziale dei moduli formativi finalizzati anche alla produzione di una ipotesi di linee guida per i progetti di prevenzione e miglioramento della qualità della vita su base locale e provinciale</li> </ol> <p>Nell'ambito del progetto è prevista una valutazione di processo che permetta di monitorare gli indicatori prestabiliti e di offrire dati sulla congruenza delle scelte organizzative del progetto. La valutazione di processo prevede una rilevazione dei dati sia in itinere, sia finale. Inoltre si attuerà una valutazione delle diverse fasi del progetto distinguendole e individuandole attraverso una definizione dettagliata che ne analizzi i contenuti specifici e il legame con le altre fasi all'interno di una visione d'insieme del processo. Infine si prevede una valutazione delle variazioni effettuate all'operato durante l'attuazione del progetto per rispondere alle trasformazioni dei bisogni dell'utenza, delle caratteristiche e delle</p>  |

|  |  |
|--|--|
|  | <p>evoluzioni storico-sociali del territorio, alle nuove esigenze della committenza.</p> <p>I corsi saranno accreditati presso il Ministero della Salute per l'Educazione Continua in Medicina (ECM) questo permetterà di utilizzare gli strumenti di verifica ministeriali previsti che saranno utilizzati per la valutazione complessiva degli eventi.</p> <p>Destinatari Del Corso Di Formazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• operatori delle ASL che si occupano della gestione dei 14 Istituti presenti nella Regione Lazio, ed in particolare: medici, psicologi, assistenti sociali, infermieri ed altre figure;</li> <li>• Operatori delle Comunità Terapeutiche e Enti Ausiliari, Terzo Settore e Volontariato.</li> </ul>   |
| <p>TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)</p>                                      | <ol style="list-style-type: none"> <li>9. Selezione dei partners (tre mesi)</li> <li>10. sottoscrizione dei necessari accordi con i partners e gli enti coinvolti (Università, Enti vari, ASL, Ministero della Giustizia, ecc.)</li> <li>11. Accredimento ECM</li> <li>12. Start-Up – Fine programma (36 mesi)</li> <li>13. Creazione comitato scientifico (T0 a T3)</li> <li>14. Svolgimento delle attività didattiche (T3 – T30)</li> <li>15. Stampa degli atti (T10)</li> </ol>   |
| <p>INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)</p>                      | <ol style="list-style-type: none"> <li>6) Numero di personale professionale formato</li> <li>7) Esito dei tests pre e post formazione</li> <li>8) Creazione di un network interattivo (n. accessi)</li> <li>9) Modifiche delle prassi in atto</li> <li>10) Attivazione di nuove prassi operative</li> </ol>  |
| <p>RISULTATI ATTESI</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Miglioramento dell'appropriatezza delle attività svolte e delle prestazioni erogate verificabile con la raccolta campionaria di dati e l'utilizzo di indicatori specifici da utilizzare periodicamente;</li> <li>• Miglioramento della qualità tecnico-professionale delle prestazioni erogate, grazie all'utilizzo di strumenti operativi adeguati (linee guida, protocolli, standard, etc.)</li> <li>• Incremento dell'attività di formazione specifica;</li> <li>• Miglioramento della qualità dei servizi erogati incentrati su percorsi terapeutici che garantiscano la tempestività degli interventi, la continuità assistenziale, l'appropriatezza e la qualità delle prestazioni, la verifica dei risultati;</li> <li>• Creazione delle equipe multiprofesionali. Il particolare stato spesso pluripatologico del detenuto evidenzia un fecondo terreno di intervento integrato per un Servizio Sanitario Regionale: un progetto di trattamento deve necessariamente prevedere l'integrazione dell'opera professionale delle diverse figure sanitarie mirata ad evitare la sovrapposizione degli interventi di vigilanza terapeutica.</li> </ul> <p>Alla formazione saranno ammessi anche operatori penitenziari in qualità di uditore.</p> |



| TEMI TRATTATI  |                           | ORARIO                 |
|--|---------------------------|------------------------|
| <b>modulo A - (I° giornata)</b>  |                           | <b>IL FENOMENO</b>     |
| Registrazione dei partecipanti   |                           | 8.30 - 9.30            |
| Presentazione del corso  |                           | 9.00 - 9.30            |
| Compilazione del test d'ingresso   |                           | 9.30 - 10.30           |
| Il panorama delle leggi a livello internazionale e nazionale: evoluzione storico - normativa   |                           | 10.00 - 11.30          |
| Regolamento ed ordinamento penitenziario   |                           | 11.45 - 13.15          |
| Il Consumo di sostanze stupefacenti in Europa, Italia, Lazio   |                           | 14.00 - 15.30          |
| Tipologie dei trattamenti  |                           | 15.45 - 16.15          |
| Dibattito ed interventi  |                           | 16.15 - 17.30          |
| <b>modulo B1 - (II° giornata)</b>  |                           | <b>LE PROCEDURE</b>    |
| Procedure di accoglienza e presa in carico:<br>- prima accoglienza in istituto<br>- decodifica della first treatment demand - le emergenze |                           | 9.00 - 11.00           |
| Pausa  |                           |                        |
| Procedure diagnostiche di abuso e dipendenza negli istituti di pena.<br>La presa in carico   |                           | 11.15 - 13.15          |
| Pausa  |                           |                        |
| Procedure per la gestione degli stupefacenti   |                           | 14.00 - 15.15          |
| Pausa  |                           |                        |
| Procedure per le terapie farmacologiche nella presa in carico di tossicodipendenti   |                           | 15.30 - 17.00          |
| Discussione e chiusura lavori  |                           | 17.00 - 17.45          |
| <b>modulo B2 - (III° giornata)</b>   |                           | <b>PROCEDURE</b>       |
| Le misure alternative  |                           | 9.00 - 10.30           |
| Normativa e procedure ASL  |                           | 10.30 - 11.30          |
| Pausa  |                           |                        |
| La certificazione di tossicodipendenza   |                           | 11.45 - 13.15          |
| Pausa  |                           |                        |
| Trattamento psico sociale  |                           | 14.00 - 15.30          |
| Trattamento psico sociale (seconda parte)  |                           | 15.30 - 17.00          |
| Dibattito e chiusura   |                           | 17.00 - 17.45          |
| <b>modulo C - (IV° giornata)</b>   |                           | <b>IL MONITORAGGIO</b> |
| Metodi di lavoro e modulistica   |                           | 9.00 - 11.15           |
| Le attività delle figure professionali dei Servizi per le Tossicodipendenze in carcere   |                           | 11.30 - 13.45          |
| Pausa  |                           |                        |
| supervisione   | GRUPPI DI LAVORO TEMATICI | 14.00 - 17.00          |
| Tutor d'aula   | Test Finale               | 17.00 - 17.30          |





## CALENDARIO DEGLI INCONTRI

| <i>GIORNATE</i>                                | <i>ROMA</i> | <i>FROSINONE</i> | <i>VITERBO</i>  |
|--|-------------|------------------|-----------------|
| <b><u>PRIMA GIORNATA</u></b><br>08,30 – 17,30  |             |                  | <b>Ottobre</b>  |
| <b><u>SECONDA GIORNATA</u></b><br>09,00 -17,45 |             |                  | <b>Ottobre</b>  |
| <b><u>TERZA GIORNATA</u></b><br>09,00 -17,45   |             |                  | <b>Novembre</b> |
| <b><u>QUARTA GIORNATA</u></b><br>09,00 – 17,30 |             |                  | <b>Novembre</b> |





|   |
|---|
| <b>ASSEGNAZIONE DELLE QUOTE VINCOLATE AGLI OBIETTIVI DI<br/>PIANO SANITARIO NAZIONALE</b> |
| <b>SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI</b>                    |

**GENERALITA'**

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

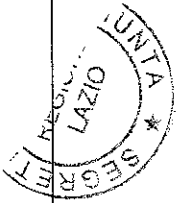
**ASPETTI FINANZIARI**

|  |           |
|--|-----------|
| COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO                         | 900.000 € |
| IMPORTO ASSEGNATO A VALERE<br>SULLA QUOTA DEL FSN 2008 |           |
| QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE                          |           |

**IL PROGETTO**

|          |  |
|----------|--|
| CONTESTO | <p>Il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1.04.2008, in attuazione del Decreto Legislativo 22 giugno 1999, n. 230, disciplina le modalità e i criteri per il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria.</p> <p>A decorrere dalla data di entrata in vigore del decreto, sono state trasferite al Servizio Sanitario Nazionale tutte le funzioni sanitarie svolte dal Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e dal Dipartimento della giustizia minorile del Ministero della giustizia, comprese quelle</p> |
|----------|--|





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

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

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

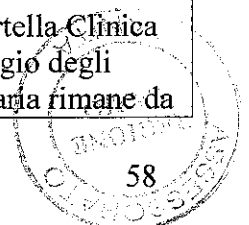
Il DPCM del 1 aprile 2008 ha transitato la competenza della tutela della Salute al Servizio Sanitario Nazionale ed una base indispensabile è quella della gestione dei dati sanitari dei detenuti ed internati necessaria per una corretta presa in carico sanitaria tramite l'implementazione del percorso della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


Pur non esistendo un sistema di rilevazione nazionale o regionale delle patologie in ambito penitenziario e permanendo gravi lacune nella possibilità di osservare in modo scientificamente rigoroso la natura e la frequenza delle patologie di cui è affetta la popolazione carceraria, l'osservazione diretta degli operatori sanitari ha evidenziato come, attualmente, prevalgano le patologie infettive (epatiti virali, tubercolosi, AIDS, patologie psichiatriche e gastroenterologiche).

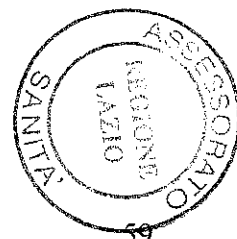
La regione Lazio sta infatti potenziando il sistema informativo per le tossicodipendenze adeguato ed in linea con l'NSIS del Ministero della Salute per le necessità specifiche dell'ambiente carcerario, implementandolo in una forma supportabile senza i sistemi di collegamento in rete con il server regionale centrale.

DESCRIZIONE

All'interno del percorso nazionale ed interregionale per la Cartella Clinica Informatizzata e fermo restando che la competenza del cablaggio degli Istituti Penitenziari è in carico all'Amministrazione Penitenziaria rimane da



|   |  |
|---|--|
|  | <p>migliorare, da parte regionale, la strumentazione informatica necessaria per raggiungere l'obiettivo.</p>   |
| <p>OBIETTIVI</p>  | <p>Costruzione di una sostenibile rete informatizzata, in accordo con l'Amministrazione penitenziaria per quanto di competenza, per implementare il percorso di una Cartella Clinica Informatizzata</p>  |
| <p>TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)</p>                                       | <p>16. Selezione dei partners (tre mesi)<br/> 17. Valutazione dello stato della rete esistente e della possibilità e delle condizioni di uso della rete del Ministero della Giustizia.<br/> 18. Start-Up – Fine programma (24 mesi)<br/> 19. Realizzazione di opportuna interfaccia informatica (12 mesi)<br/> 20. collaudo delle potenzialità della rete LAN/intranet (6 mesi)<br/> 21. Addestramento degli operatori e formazione continua (6 mesi)</p>  |
| <p>INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)</p>                       | <p>Le attività di valutazione saranno condotte dall'Agencia di Sanità Pubblica e si inseriscono in un percorso di preparazione all'accreditamento istituzionale dei Presidi Sanitari Penitenziari. Esse garantiscono la qualità acquisita attraverso una valutazione continua e permanente dei servizi e delle prestazioni rese ai clienti interni ed esterni e attraverso un rilevamento delle percezioni dei clienti esterni.</p> <p>Prodotti del monitoraggio e della supervisione:<br/> g. rapporti periodici, almeno trimestrali</p> <p>Prodotti delle valutazioni:<br/> h. ogni valutazione produrrà rapporti specifici<br/> i. numero computer per Presidio Sanitario in ogni Istituto Penitenziario<br/> j. Attivazione di un apposito Protocollo operativo e di collaborazione interistituzionale come da accordi nazionali<br/> k.</p> |
| <p>RISULTATI ATTESI</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Completamento analisi dei dati del sistema da informatizzare</li> <li>4. Definizione e selezione delle variabili da prendere in considerazione</li> <li>5. Analisi, potenziamento della rete informatica esistente</li> <li>6. Sperimentazione del modulo di raccolta dei dati sanitari</li> </ul>  |





## \* ATTIVITA' MOTORIA PER LA PREVENZIONE DELLE MALATTIE CRONICHE E PER IL MANTENIMENTO DELL'EFFICIENZA FISICA DELL'ANZIANO

### CONTESTO

L'assistenza sanitaria alla popolazione anziana riveste sempre maggiore rilevanza sia per l'aumento numerico di cittadini in questa fascia di età che per il fatto che nella medesima popolazione si dimostra un aumento delle patologie a carattere cronico-degenerativo.

È altresì dimostrato dalle evidenze scientifiche che l'incremento dell'attività fisica, attraverso programmi e attività adeguatamente strutturati, hanno effetti positivi sia in termini di prevenzione che di recupero precoce nelle patologie croniche non trasmissibili.

I dati internazionali evidenziano che l'Italia è uno dei Paesi a maggiore incidenza di popolazione al di sopra dei 65 anni di età.

La Regione Lazio, in coerenza con questi indirizzi, ha aderito, nell'aprile 2008, al **Progetto Nazionale di Promozione dell'attività motoria**, promosso in coerenza con il programma Guadagnare Salute e con il conseguente Protocollo d'Intesa tra il Ministero della Salute ed il Dipartimento per le Politiche Giovanili e le attività sportive del 19 settembre 2007.

Pertanto è necessario sviluppare appieno le strategie e gli obiettivi rivolti ad una adeguata ed efficace azione di sanità pubblica che affronti in maniera risolutiva tali problematiche.

### DESCRIZIONE

Il progetto ha l'obiettivo di promuovere l'attività motoria nella popolazione anziana attraverso l'offerta di attività da attuarsi nella vita quotidiana, assieme alla promozione di una sana alimentazione e di gruppi di cammino, per favorire il complessivo miglioramento degli stili di vita nella fascia di popolazione target.

### OBIETTIVI GENERALI

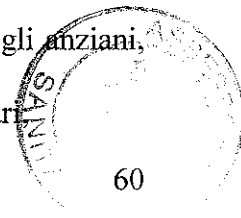
Incrementare l'attività motoria nella popolazione anziana intesa quale importante strumento per l'inclusione e l'integrazione sociale, anche delle persone diversamente abili e dei disabili psichici e mentali, privilegiando le modalità integrabili nella vita quotidiana in sinergia con il Piano Nazionale di Prevenzione;

Integrare la promozione dell'attività motoria con la promozione di alcune semplici regole fondamentali di corretta alimentazione.

-

### OBIETTIVI SPECIFICI

- attivare, nella Regione Lazio una rete permanente di referenti nei Dipartimenti di Prevenzione delle singole ASL, che si assuma il compito di promuovere in modo organico l'attività motoria;
- attivare modalità per una sorveglianza rivolta alla popolazione target
- attivare reti locali di soggetti che concorrano alla promozione dell'attività motoria (associazioni, comuni, scuole, operatori sanitari e altri soggetti pubblici e privati, compresi gli istruttori educatori che operano con gruppi particolari quali le persone con disabilità diversificate);
- coinvolgere in modo strutturato i medici di medicina generale (MMG) mediante la formazione (intervenendo su conoscenze, atteggiamenti e abilità) e l'inserimento della promozione/prescrizione dell'AM nei patti aziendali, al fine di integrarla nella loro attività ambulatoriale quotidiana;
- realizzare a livello locale iniziative organizzate, come i gruppi di cammino per gli anziani, mirati a favorire l'attività motoria nella vita quotidiana
- diffondere fra i partecipanti alle diverse iniziative informazioni nutrizionali basilari





diffondere conoscenze scientificamente validate sugli interventi urbanistici in grado di influenzare concretamente lo stile di vita rendendolo più attivo (ad es. mediante interventi che promuovono il cammino, l'uso della bicicletta o delle scale nella vita quotidiana).

Pertanto sarà identificata una rete di referenti locali per le ASL che aderiscono al progetto.

Sarà definita la rete di soggetti appartenenti ad istituzioni ed associazioni da coinvolgere (volontariato, associazioni pazienti, centri anziani, case di cura, associazioni ambientaliste, MMG, specialisti, soggetti delle organizzazioni sportive, ecc.).

Sarà prevista specifica attività di formazione dei referenti regionali e dei loro stretti collaboratori (rappresentanti dei MMG e di operatori di sanità pubblica, ecc.).

Le ASL coordinate dal referente regionale, con il supporto esterno del Dipartimento di prevenzione di Verona (materiali, know-how, formazione a distanza), predisporranno programmi di formazione rivolti agli operatori della Sanità Pubblica, ai laureati in Scienze motorie ed agli altri professionisti coinvolti (ad es. FKT).

Il progetto prevede, successivamente, l'attivazione di programmi di promozione e diffusione dell'attività motoria a livello territoriale.

Sarà definito ed attivato un programma di monitoraggio delle azioni intraprese.

Il progetto comprenderà specifiche iniziative di divulgazione ed informazione, anche da coordinare con altre iniziative di comunicazione attivate a livello regionale/o territoriale.

La gestione operativa del progetto è affidata a Laziosanità – ASP.

La durata del Progetto prevista è di due anni.

Il finanziamento è di euro 3.000.000

#### INDICATORI

**Indicatori di processo:** costituzione della rete regionale, qualificazione del personale, coinvolgimento delle ASL e dei soggetti esterni,

**Indicatori di risultato:** attivazione gruppi di cammino, realizzazione di iniziative di diffusione delle informazioni

#### Risultati attesi:

coinvolgimento di almeno 6 ASL su 12  
attivazione di almeno 1 gruppo di cammino per ogni asl partecipante  
realizzazione di 1 convegno finale



**Linea progettuale 8. Piano nazionale di prevenzione € 22.386.112,00**

Piano nazionale della prevenzione 2009 – Scheda sintetica di progetto

*Referente*

Dott. Antonio Pagano

Cardiologo – Direzione Scientifica  
Laziosanità – Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio  
Via di Santa Costanza 53 - 00198 Roma  
tel. 06-83060443, fax 06-83060463

*Razionale*

Il progetto si sviluppa sulla base dell'analisi delle criticità e delle opportunità relative all'implementazione del Piano di prevenzione cardiovascolare primaria 2008, in proroga al Piano di prevenzione 2005-2007.

L'approccio già individuato è finalizzato a conciliare l'adozione di strategie di prevenzione primaria su base individuale con quelle di popolazione. Da una parte il progetto è finalizzato alla individuazione<sup>3</sup> e gestione clinica degli individui ad alto rischio cardiovascolare. Dall'altra, la consapevolezza che una larga parte della popolazione risulta esposta a fattori di rischio moderatamente elevati, è alla base di una strategia di popolazione che trova i suoi principali strumenti nella creazione di una rete tra i professionisti impegnati nella prevenzione e nella promozione di una cultura mirata alla adozione di corretti stili di vita, anche attraverso lo sviluppo di alleanze con le diverse espressioni della società civile.

Il progetto, che mira a promuovere la sensibilizzazione al tema della prevenzione primaria del rischio cardiovascolare (RCV) tra i MMG, gli operatori e la popolazione attraverso la diffusione del calcolo del punteggio individuale e l'identificazione di percorsi diagnostico-terapeutici dedicati, nel corso del 2009 si focalizzerà sul superamento delle principali criticità che hanno finora impedito il decollo del progetto a livello aziendale:

- concertazione ed implementazione di un sistema premiante per i diversi attori; questa criticità è di assoluto rilievo per i MMG poiché l'Accordo Integrativo Regionale della Medicina Generale vigente prevede incentivi collegati ai progetti e programmi deliberati nell'ambito del Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007 ed incarica il Comitato regionale, ex art. 24 dell'Accordo Collettivo Nazionale della Medicina Generale vigente, di definire l'entità di tali incentivi (art. 15 AIR Lazio 23/03/2006);
- inadeguata definizione, finanziamento ed implementazione di un sistema informativo funzionale alle necessità del progetto, accettabile da tutti gli attori coinvolti.

*Obiettivo generale*

<sup>3</sup> Mediante il calcolo del punteggio individuale con il software del Progetto CUORE dell'Istituto Superiore di Sanità

Il progetto è finalizzato al consolidamento ed all'implementazione del Piano di Prevenzione Attiva Cardiovascolare Primaria nella Regione Lazio.

#### Obiettivi specifici

Il progetto ha sofferto del contesto caratterizzato da notevoli difficoltà economiche del Sistema Sanitario Regionale, con priorità posta dagli organi di governo all'implementazione del Piano di Rientro (Articolo 1 comma 180 della Legge 311/2004): cionondimeno, l'adozione di politiche di indirizzo regionale finalizzate a riconoscere il "Distretto" quale sede istituzionale per la realizzazione della prevenzione primaria e come luogo di integrazione dei diversi attori e strategie testimoniano l'"inversione di rotta" che ha coinvolto il sistema regionale. Il distretto diviene quindi sede privilegiata di intervento e di sperimentazioni organizzative e gestionali: un esempio è la sperimentazione del Care Manager nel Progetto PREVASC.

Il superamento delle criticità, già riportate come motivazioni del parziale o mancato raggiungimento di alcuni obiettivi previsti dal PPA cardiovascolare primaria 2005-2007 prorogato al 2008, è finalizzato allo sviluppo di un intervento mirato a:

- concertare ed implementare un sistema premiante per i MMG in accordo con quanto previsto dall'Accordo Integrativo Regionale
- sviluppare un sistema informativo in grado di rispondere alle esigenze del progetto.
- Avviare la formazione sul campo dei MMG

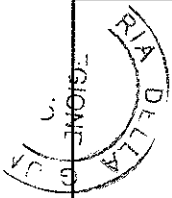
#### Attività

Il progetto, mira al consolidamento del PPA cardiovascolare primaria, si realizza attraverso le seguenti attività:

- completare la fase di sperimentazione e sviluppo del sistema informativo per il PPA cardiovascolare, avvalendosi del software "Quick", sviluppato dalla società Openetica, già in uso presso la Regione Abruzzo, come più avanti meglio specificato;
- sperimentare il sistema informativo in almeno tre ASL pilota;
- definire ed implementare un progetto formativo e avviare la formazione sul campo dei MMG.

L'Agenzia di Sanità Pubblica, che assieme al CRCM, coordina tecnicamente i Piani di Prevenzione, a seguito di un approfondimento tecnico, ha identificato nel software "Quick" - utilizzato con successo dalla Regione Abruzzo per raccogliere dati dei pazienti dei MMG funzionali sia al monitoraggio individuale della salute del paziente da parte del medico sia alla valutazione dei risultati del progetto - lo strumento in grado di rispondere più adeguatamente alla necessità del Piano, oltre che per le caratteristiche summenzionate per la facilità d'uso e per la ampia compatibilità con i più diffusi software gestionali di studio dei MMG.





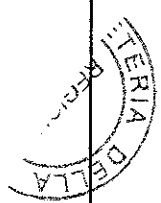
**PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE 2009**

**Programma della Regione Lazio per la Prevenzione Primaria del Rischio Cardiovascolare**

**Cronoprogramma**

**Pianificazione**

| Codice attività   | Descrizione attività   | Peso % attività | Data inizio prevista | Data fine prevista | Traguardo   | Eventuali vincoli o criticità |
|---|--|-----------------|----------------------|--------------------|---|-------------------------------|
| 1. Fase di progettazione  | Promozione Rete della Prevenzione  | 10%             | 01/01/2009           | 31/03/2009         | Coordinamento PPA e coinvolgimento operatori                          |                               |
|   | Definizione ed adozione Sistema incentivi Attori del Profilo Assistenziale | 10%             | 31/03/2009           | 31/06/2009         | Definizione Sistema di incentivi                                      |                               |
|   | Progettazione esecutiva sistema informativo in sinergia con altri PPA      | 10%             | 01/01/2009           | 31/06/2009         | Progetto esecutivo Sistema Informativo                                |                               |
|   | Definizione indicatori per monitoraggio e valutazione                      | 5%              | 01/05/2009           | 31/06/2009         | Ultimazione Protocollo operativo                                      |                               |
| 2. Realizzazione delle diverse componenti del modello assistenziale | Arruolamento MMG   | 5%              | 01/05/2009           | 31/07/2009         | Campione MMG  |                               |
|   | Organizzazione dei corsi di formazione per i MMG                           | 5%              |                      |                    | Piano di formazione, Obiettivi didattici, Materiali, programmi, etc.. |                               |
|   | Formazione altri attori del modello assistenziale                          | 10%             |                      |                    | Piano di formazione, Obiettivi didattici, Materiali, programmi, etc.. |                               |



|  |   |      |            |            |   |  |
|--|---|------|------------|------------|---|--|
|  | Ri/organizzazione dei servizi coinvolti   | 5%   |            |            | Profilo assistenziale   |  |
|  | Implementazione del Sistema Informativo   | 10%  |            |            | Flusso informatizzato MMG - Ambulatorio cardiologo - ASL/AO - Regione |  |
| 3. Implementazione del modello assistenziale                             | Arruolamento pazienti                     | 10%  | 01/06/2009 | 31/12/2009 | Archivi ad hoc  |  |
|  | Assistenza integrata MMG-specialisti      | 10%  |            |            | Gestione integrata  |  |
| 4. Follow-up di 12 mesi  | Nuova valutazione rischio cardiovascolare | 10%  | A seguire  | A seguire  | Archivi ad hoc  |  |
|  |   | 100% |            |            |   |  |
| <b>Termine studio</b>  |   |      |            |            |   |  |
| <b>Seguiranno le fasi di analisi dei dati e diffusione dei risultati</b> |   |      |            |            |   |  |



**Piano nazionale della prevenzione Proroga 2009 - Scheda sintetica di progetto - regione Lazio**

**Razionale**

Il diabete mellito (DM) costituisce un importante problema sanitario per l'elevata prevalenza in costante aumento, le rilevanti morbosità e mortalità correlate prevalentemente alle complicanze croniche, le ricadute sulla qualità della vita dei pazienti e l'elevato assorbimento di risorse.

Secondo l'indagine Multiscopo ISTAT sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" 2004/2005, la prevalenza del diabete noto nel Lazio è del 4,8%; proiettando tale stima alla popolazione residente nella Regione al 1° gennaio 2005, il numero dei diabetici ammonterebbe ad una quota pari a circa 250.000.

Alcune indagini (in primo luogo lo studio Quadri) e dati regionali evidenziano alcune importanti criticità:

- un'elevata prevalenza nei soggetti diabetici di fattori di rischio e di complicanze croniche (il 78% dei diabetici intervistati nell'ambito dello studio Quadri presenta almeno 1 fattore di rischio fra ipertensione, ipercolesterolemia ed obesità; il 37% ha almeno 1 complicanza; la prevalenza e l'incidenza di soggetti in dialisi con nefropatia diabetica risultano, dai dati del Registro Dialisi anno 2006, rispettivamente pari al 15% e al 21%);
- un'insufficiente aderenza alle raccomandazioni per la gestione del diabete (solo il 4% dei diabetici intervistati in Quadri effettua tutti i controlli/interventi indagati, secondo la frequenza raccomandata);
- l'inadeguatezza degli attuali strumenti informativi/formativi rivolti al paziente (il 31% non conosce l'emoglobina glicosilata, il 40% dei soggetti in sovrappeso - pur avendo ricevuto l'indicazione al dimagrimento - non è impegnata a perdere peso, il 47% non svolge attività fisica secondo le modalità raccomandate, il 60% non conosce l'importanza dell'autocontrollo regolare dei piedi, il 9% di coloro che non fumavano alla diagnosi ha successivamente iniziato a fumare);
- uno scarso livello di coordinamento fra i diversi servizi e professionisti (il 43% dei diabetici intervistati giudica non sufficiente o al più sufficiente il livello di coordinamento fra servizi/professionisti);
- la presenza di numerose strutture diabetologiche, con distribuzione piuttosto uniforme sul territorio regionale ma una notevole disomogeneità relativamente agli elementi strutturali e organizzativi necessari a garantire piena accessibilità all'utente ed adeguati standard di qualità dell'assistenza;
- un uso inappropriato dei comparti assistenziali, con particolare riferimento al ricovero ospedaliero, sia in regime ordinario che di day hospital;
- la carenza di un sistema di monitoraggio e valutazione;
- specifiche carenze informative riguardanti l'Archivio informatizzato regionale degli esenti, a tutt'oggi in via di attivazione, ed il Registro dei diabetici.

Ulteriori elementi di conferma della rilevanza della problematica sono costituiti dall'assenza, fino al progetto Igea, di esperienze strutturate di gestione integrata nella Regione e dalla mancanza di specifiche linee di indirizzo regionali sulla rete di assistenza e sulla gestione integrata della malattia, all'interno di predefiniti percorsi assistenziali per il paziente diabetico.

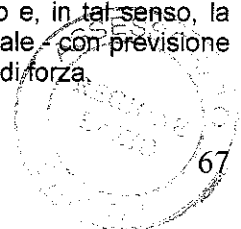
**Obiettivo generale**

Obiettivo del progetto è il miglioramento della qualità della cura per le persone con diabete e la prevenzione delle complicanze tramite l'adozione di un modello di assistenza basato sulla gestione integrata (GI).

L'intervento è rivolto a soggetti affetti da diabete mellito di tipo 2, di età compresa tra 20 e 75 anni, al momento dell'arruolamento non complicati e con HbA1c  $\leq$  7,5%. Sono esclusi pazienti con patologie concomitanti gravi che possano precludere la partecipazione al progetto; seguiti presso un altro Centro diabetologico (CD); insulinotrattati; con diabete gestazionale; diabetiche in gravidanza.

**Coerenza**

Le attività collegate ad Igea sono state inserite all'interno di una progettualità regionale per la qualificazione dell'assistenza alle persone con diabete. Nella Regione è in corso, infatti, già da alcuni anni, una importante attività riguardante iniziative relative al DM, realizzate tramite Laziosanità-ASP ed il Gruppo di lavoro regionale sul diabete, quest'ultimo istituito da parte dell'Assessore nel 2006 con l'obiettivo finale di definire i livelli di assistenza da garantire nella Regione ai pazienti diabetici, con particolare riferimento alla prevenzione delle complicanze croniche. Nel PSR vigente, fra gli obiettivi di salute, particolare rilevanza è rivestita dalla qualificazione dell'assistenza diabetologica. Il progetto Igea rappresenta per la Regione l'opportunità di agire in modo reale ed incisivo per il raggiungimento di questo obiettivo e, in tal senso, la promozione ed il riconoscimento dell'attività ad esso collegata, da parte del livello nazionale - con previsione di specifici fondi, linee di indirizzo e strumenti operativi - ne costituiscono importanti punti di forza.



Base di rilievo per l'avvio del progetto e per la predisposizione dei relativi strumenti è stato il lavoro del Gruppo diabete regionale, che ha principalmente riguardato: il censimento e la caratterizzazione delle strutture diabetologiche; l'individuazione ed analisi dei dati disponibili sulla malattia, da studi ad hoc, sistemi informativi correnti e registri regionali; la definizione del percorso assistenziale per il diabete mellito nell'adulto; l'organizzazione della rete di servizi per l'assistenza al diabetico nelle Aziende sanitarie regionali.

Seguendo le indicazioni dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), coordinatore a livello nazionale del progetto, sono stati predisposti gli strumenti operativi collegati: percorso diagnostico terapeutico; protocollo operativo; dati da registrare per la condivisione della gestione assistenziale fra CD e Medici di medicina generale (MMG) ed indicatori collegati; elementi principali per la soluzione informatica del sistema informativo; programma formativo; proposta per l'incentivazione dei MMG coinvolti.

I principali riferimenti del percorso diagnostico terapeutico per Igea sono rappresentati dal percorso assistenziale per il diabete nell'adulto elaborato dal Gruppo diabete regionale e dal Documento di indirizzo sulla gestione integrata dell'ISS.

Il documento di indirizzo sul sistema informativo sviluppato a livello centrale ha rappresentato base fondamentale per la definizione dei dati da raccogliere e per gli indicatori.

Il protocollo è concepito come un documento operativo finalizzato a fornire alle Aziende sanitarie coinvolte gli elementi di contesto e di indirizzo; esso contiene riferimenti organizzativi, di gestione clinica e strumenti operativi.

Nella stesura dei documenti si è tenuto conto delle raccomandazioni delle Società scientifiche di settore e dell'Accordo tra AMD, SID, FIMMG, SIMG, SNAMI, SNAMID per la costituzione di team di cura integrati per l'assistenza alle persone con diabete.

La proposta di incentivazione per i MMG partecipanti al progetto è articolata in una quota unitaria per paziente in gestione integrata, alla presa in carico, ed una quota per il raggiungimento degli obiettivi previsti. La proposta è stata condivisa nell'ambito del Gruppo regionale per il progetto, tra i cui componenti figurano rappresentanti della Medicina Generale delle Aziende coinvolte.

E' giunta a conclusione la prima edizione del corso di formazione predisposto dall'ISS, con conseguente validazione del pacchetto formativo di base e, ad oggi, nel Lazio è disponibile un nucleo regionale di formatori certificati Igea, di diversa qualifica, per l'attuazione della successiva formazione a cascata nell'ambito del progetto. E' stato inoltre già formato un nucleo di operatori partecipanti al progetto, mentre ad oggi è in corso di conclusione la seconda edizione del corso di formazione ISS, cui il Lazio partecipa con un ulteriore nucleo di formatori/tutor/operatori.

Relativamente al sistema informativo informatizzato, si è completata l'analisi degli elementi di riferimento per la sua progettazione valutando i sistemi ad oggi più avanzati nel panorama nazionale. E' in via di completamento la definizione degli elementi del sistema che prevederebbe il collegamento dei CD e dei MMG con un server centrale per lo scambio dei dati. Tale scambio si realizzerebbe tramite software esistenti - la cartella Eurotouch per i CD ed alcune delle cartelle già in uso per i MMG -, con il supporto di specifiche interfacce onde evitare la doppia imputazione dei dati.

Di seguito sono elencate le principali criticità:

- la mancata adozione formale, da parte della Regione, dei prodotti del Gruppo diabete (criticità relativa più in generale allo sviluppo della progettualità regionale per la qualificazione dell'assistenza alle persone con diabete, ma base importante per l'avvio e soprattutto per l'implementazione di Igea sul territorio regionale);
- la carenza nella Regione di un substrato culturale/normativo/esperienziale collegato ai percorsi assistenziali e alla GI; ciò ha certamente reso l'attività più difficoltosa e lenta, anche se, d'altra parte, ha consentito di affrontare la tematica in modo sistematico e strutturato;
- la separazione di Piani di prevenzione "affini" per contenuti, destinatari e attori di cura (cardiovascolare, diabete, obesità);
- i tempi di messa a disposizione degli specifici strumenti da parte del livello centrale e i tempi collegati all'emanazione della normativa regionale di riferimento per l'attuazione dei Piani;
- la mancanza del vincolo di destinazione degli specifici fondi regionali ed aziendali per il progetto (particolarmente con riferimento alla disponibilità di risorse "certe" per la predisposizione del sistema informativo e per l'incentivazione degli operatori partecipanti);
- la complessità delle scelte relative al sistema informativo informatizzato, che, ad oggi, nessuna regione italiana ha ancora compiutamente realizzato, con l'obiettivo di pervenire a soluzioni implementabili a regime e non collegate esclusivamente all'attuazione del progetto pilota.

In relazione a tali criticità, in particolare all'indisponibilità di specifici fondi per il progetto, non è giunta a conclusione la realizzazione del sistema informativo informatizzato e non è stata approvata al tavolo regionale per la Medicina generale la proposta per l'incentivazione dei MMG partecipanti.

La mancata realizzazione del sistema informatico ha di fatto conseguentemente impedito l'individuazione definitiva dei MMG da coinvolgere; tale individuazione potrebbe essere subordinata infatti alla definizione di requisiti specifici, di natura tecnico informatica, relativi ai software di gestione di studio, sulla base delle caratteristiche del sistema informatico.

### **Obiettivi specifici**

In relazione allo stato di avanzamento del progetto, obiettivi per l'anno 2009 sono il completamento della predisposizione degli strumenti per la realizzazione del progetto (completamento della formazione, realizzazione del sistema informativo informatizzato, approvazione della proposta incentivante per i MMG) e l'avvio della fase operativa.

### **Azioni**

- Confronto con gli Uffici regionali competenti per la risoluzione delle criticità collegate ai fondi
- Realizzazione del sistema informativo informatizzato
- Approvazione del sistema incentivante per la Medicina generale
- Completamento della formazione degli operatori coinvolti nel progetto
- Avvio operativo a livello locale del progetto

### **Soggetti coinvolti**

I principali attori regionali coinvolti nella realizzazione del progetto ed i loro specifici ruoli sono:

- Laziosanità-ASP e Centro regionale per il controllo delle malattie (Dipartimento di epidemiologia della Asl RME): coordinano il tavolo tecnico regionale per Igea, effettuano il monitoraggio e la valutazione del progetto, mantengono i rapporti con il livello nazionale;
- Gruppo di lavoro Igea: coordina a livello regionale il progetto e ne predispone gli strumenti operativi;
- Asl: attua il progetto creando le condizioni per la sua implementazione; coordina e monitora gli interventi operando in collegamento con il coordinamento regionale;
- Formatori Igea: realizzano i corsi formativi a livello locale
- CD e MMG: condividono il protocollo diagnostico-terapeutico e il protocollo operativo del progetto, gestiscono in maniera condivisa i pazienti reclutati, registrano i dati di attività.

### **Piano di valutazione**

Gli elementi per la valutazione dell'attività relativa al 2009 sono relativi a: disponibilità del sistema informativo informatizzato; disponibilità del sistema incentivante per la Medicina generale; numero di corsi di formazione effettuati; numero di formatori, tutor e operatori formati.

Gli indicatori per la valutazione dell'attività dei CD e dei MMG coinvolti nel progetto sono stati individuati all'interno del protocollo operativo e sono coerenti con i riferimenti per la valutazione presenti nel relativo documento ISS.

**Titolo del progetto:** Gestione integrata del diabete per la prevenzione delle complicanze  
**Linea progettuale:** Diabete

**Referente progetto:** Gianni Vicario, Laziosanita-ASP; tel: 0683060337; email: vicario@asplazio.it

**Cronoprogramma anno 2009**

| Pianificazione      |  |                     |                          | Avanzamento            |  |                                   |                           |                         |                                   |          |
|---------------------|--|---------------------|--------------------------|------------------------|--|-----------------------------------|---------------------------|-------------------------|-----------------------------------|----------|
| Codice attività (a) | Descrizione attività (b)   | Peso % attività (c) | Data inizio prevista (d) | Data fine prevista (e) | Traguardo (f)  | Eventuali vincoli o criticità (g) | Data inizio effettiva (h) | Data fine effettiva (i) | valore rilevato del traguardo (l) | Note (m) |
| 1                   | Confronto con gli Uffici regionali competenti per la risoluzione delle criticità collegate ai fondi            | 10%                 | 10/01/2009               | 15/07/2009             | Disponibilità fondi  |                                   |                           |                         |                                   |          |
| 2                   | Realizzazione sistema informativo informatizzato<br>Approvazione sistema incentivante per la Medicina generale | 30%                 | 15/10/2007               | 31/12/2009             | Disponibilità del sistema informativo<br>Approvazione del sistema incentivante della Medicina generale | Disponibilità dei finanziamenti   |                           |                         |                                   |          |
| 3                   | Completamento formazione operatori coinvolti nel progetto  | 10%                 | 04/02/2008               | 15/09/2009             | Attestato formazione   | Disponibilità dei finanziamenti   |                           |                         |                                   |          |
| 4                   |  | 20%                 | 24/11/2008               | 19/05/2009             |  |                                   |                           |                         |                                   |          |



SECRETI  
SECRETI

|   |   |     |            |            |  |   |
|---|---|-----|------------|------------|--|---|
| 5 | Avvio operativo a livello locale del progetto | 30% | 15/09/2008 | 31/12/2009 | Riunioni aziendali, completamento selezione MMG, completamento formazione, reclutamento pazienti | L'individuazione definitiva del MMG partecipanti è subordinata a requisiti specifici di natura tecnico-informatica collegata al software di gestione di studio compatibili con la tipologia del sistema informatico da testare. |
|---|---|-----|------------|------------|--|---|

100%





## SORVEGLIANZA E PREVENZIONE INCIDENTI DOMESTICI

### REGIONE LAZIO

Referente: dott.ssa Donatella Mandolini, tel. 0683060443 mandolini@asplazio.it

#### Razionale

***Gli incidenti domestici rappresentano uno dei maggiori problemi di sanità pubblica tra i bambini e gli anziani: importante causa di ospedalizzazione tra zero e un anno di età e prima causa di morte nei primi quattro anni di vita; circa il 30% degli ultrasessantacinquenni è soggetto ad una caduta ogni anno, di cui il 20-30% con conseguente ridotta mobilità e rischio più alto di morte prematura. Da anni, in diversi paesi sono state adottate politiche di prevenzione e sicurezza per ridurre la portata del fenomeno. Nel Lazio già il Piano Sanitario Regionale 2002-04 indicava le azioni da intraprendere in termini di monitoraggio, prevenzione, educazione sanitaria e sicurezza.***

#### ***I fattori di rischio coinvolti nella genesi degli incidenti domestici sono per i bambini:***

- ***le condizioni abitative (presenza di impianto elettrico a norma, di cancelli di sicurezza per scale e balconi, di ganci per il fissaggio di mobili alle pareti, etc..)***
- le caratteristiche dei giocattoli, gli elettrodomestici, la facilità di accesso a farmaci e prodotti chimici per la pulizia
- il comportamento dei genitori

per le casalinghe:

- la scarsa informazione
- gli spazi inadeguati, anche per il crescente numero di elettrodomestici
- l'uso non accorto di farmaci e di prodotti per l'igiene domestica

per gli anziani:

- lo stato di salute e l'uso di farmaci
- la condizione psicologica (depressione, solitudine)
- le abitudini e comportamenti (vita sedentaria, deficit nutrizionali)
- le condizioni abitative
- il mancato o inappropriato utilizzo di ausili per la deambulazione.

I dati di letteratura evidenziano come gli interventi di prevenzione più efficaci siano quelli che mirano ad eliminare i rischi legati all'ambiente domestico (specie per la popolazione casalinga e anziana), mentre ci sono solo deboli evidenze a favore degli interventi di carattere prettamente educativo/informativo. Nei bambini sembrano efficaci gli interventi che incentivano l'utilizzo di dispositivi di sicurezza (rilevatori per il fumo, termometri per il controllo della temperatura dell'acqua), e quelli in cui è previsto il sopralluogo nelle abitazioni, accompagnati da un breve



intervento formativo. Per gli anziani invece, oltre agli interventi per la modificazione dell'ambiente domestico (rimozione degli ostacoli, tappetini di sicurezza, miglioramento dell'illuminazione, installazione dei corrimano, maniglie da vasca da bagno e strisce adesive antiscivolo), sono particolarmente efficaci gli interventi basati sull'attività fisica volta ad incrementare la forza muscolare e il senso di equilibrio.

### **Obiettivo generale**

1. Implementazione e rafforzamento del sistema di sorveglianza in grado di monitorare il fenomeno nel tempo;
2. pianificazione e attuazione di interventi di prevenzione in coerenza con le indicazioni di efficacia/fattibilità degli stessi nel territorio regionale;
3. aggiornamento professionale degli operatori coinvolti nelle attività del piano regionale.

### **Coerenza**

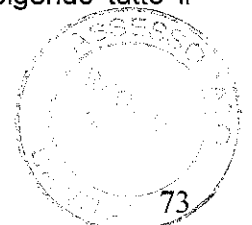
Il quadro di riferimento per il Piano nazionale della prevenzione (PNP) 2005-2008 è l'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005 e relativa proroga (Intesa del 20 marzo 2008) e le linee operative elaborate dal CCM come sostegno e rinforzo del Piano. La ripartizione delle risorse alle ASL per i piani locali è definita dalla DGR 835 del 30 ottobre 2007. Il 25 marzo 2009 la Conferenza Stato-Regioni approva l'Accordo per la realizzazione degli obiettivi prioritari per l'anno 2009; riguardo il PNP, è condivisa l'opportunità di prorogarne la vigenza, mantenendo inalterati obiettivi e modalità di finanziamento, in vista dell'emanazione del PNP 2009-2011, attualmente in corso di elaborazione, e allo scopo di *"dare alle Regioni l'opportunità di completare e consolidare i programmi in corso di attuazione, ma anche, ove l'emanazione del nuovo Piano lo consenta, di riallineare i propri programmi per il perseguimento degli obiettivi in esso individuati"*.

### **Obiettivi specifici / Azioni**

Nel corso del 2009 si intende consolidare quanto intrapreso nel periodo 2005-08, con pari obiettivi e linee attività:

**Linea di attività A1 "Implementazione/rafforzamento del sistema di sorveglianza"**: è stato implementato il sistema di sorveglianza a livello regionale degli incidenti domestici, basato sull'integrazione dei dati amministrativi relativi alle ospedalizzazioni, accessi in pronto soccorso e mortalità. Il linkage è stato effettuato per gli anni 2000-2005. Sono stati prodotti e diffusi reports a livello aziendale. Nel corso del 2009 saranno disponibili anche i dati 2006. L'attività è svolta da Laziosanità-ASP.

**Linea di attività B1 "Definire e diffondere linee operative per gli interventi di informazione ed educazione sanitaria nelle scuole materne ed elementari"**: l'intervento nelle scuole materne ed elementari (prevenzione nei bambini 4-9 anni) verrà consolidato nel 2009 coinvolgendo tutto il territorio regionale.



**Linea di attività B2** “Rilevare i rischi connessi agli aspetti strutturali e impiantistici delle abitazioni”: durante il 2009 continueranno i sopralluoghi da parte dei tecnici della prevenzione e verranno analizzati i dati rilevati tramite le check-list predisposte.

**Linea di attività B3** “Realizzare campagne informative nei consultori e nei servizi vaccinali”: continuerà la campagna per i genitori di bambini di 0-3 anni e la distribuzione dell’opuscolo “Il tuo bambino è nato: impara a proteggerlo”, nella versione in italiano e nelle lingue più presenti nel territorio.

**Linea di attività B4** “Attivare interventi di prevenzione delle cadute negli anziani basati sulla promozione dell’attività fisica”: continuerà la promozione dell’attività fisica e la realizzazione di iniziative organizzate, come i gruppi di cammino per gli anziani, che, oltre a rappresentare una linea di attività per la prevenzione degli incidenti domestici nel Piano della Regione Lazio, è anche un **obiettivo del Progetto nazionale “Promozione dell’attività motoria” in coerenza con il programma di Governo Guadagnare salute - DPCM 4 maggio 2007 e DGR 930 del 22 dicembre 2008.**

**Linea di attività C1** “Realizzare corsi di formazione per il personale coinvolto nelle attività del piano”: la formazione a livello aziendale verrà completata nel corso del 2009.

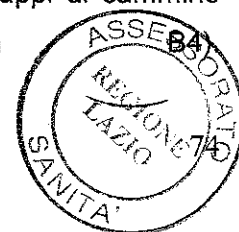
#### **Soggetti coinvolti**

- Ministero della Salute–CCM elabora il PNP, coordina e monitora le attività delle Regioni
- Laziosanità-ASP Regione Lazio, oltre a coordinare e valutare l’attuazione dei Piani Aziendali, svolge attività di implementazione e rafforzamento del sistema di sorveglianza
- CRCM, struttura regionale di interfaccia con il CCM
- Dipartimenti di Prevenzione delle ASL
- Operatori sanitari di pronto soccorso per dati SIES
- Distretti scolastici per interventi informativi nelle scuole
- Consultori e centri vaccinali per campagne informative ai neo-genitori
- Tecnici per la prevenzione per sopralluoghi ai fini della valutazione rischio abitativo.

#### **Piano di valutazione**

Per ciascuna linea di attività si richiede la valutazione degli operatori sulla comprensione e partecipazione da parte dei destinatari dell’intervento e il valore dei seguenti indicatori:

- N. scuole coinvolte, N. corsi formazione effettuati, N. insegnanti formati, N. classi e alunni coinvolti. (per linea di attività B1)
- N. sopralluoghi effettuati in abitazioni/RSA/case di riposo, N. check-list compilate, N. eventuali segnalazioni e successive azioni intraprese (per linea di attività B2)
- N. centri vaccinali e consultori coinvolti, N. corsi effettuati, N. personale formato, N. genitori raggiunti (per linea di attività B3)
- N. centri di aggregazione anziani coinvolti, N. interventi effettuati, N. gruppi di cammino avviati (per linea di attività B4)





**PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE 2005-2008 - PROROGA 2009**  
**SORVEGLIANZA E PREVENZIONE INCIDENTI DOMESTICI**

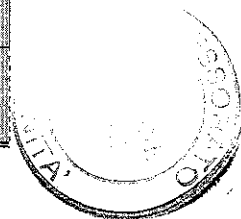
**Referente di progetto:** Dott.ssa Donatella Mandolini, tel. 06 83060443 mandolini@asp Lazio.it

Cronoprogramma

**Linea progettuale** A1: Implementazione /rafforzamento del sistema di sorveglianza

**Peso della linea progettuale sul totale del piano incidenti domestici: 20%**

|                 |  | Pianificazione  |                      |                    |  |   | Avanzamento           |                     |                               |  |
|-----------------|--|-----------------|----------------------|--------------------|--|---|-----------------------|---------------------|-------------------------------|--|
| Codice attività | Descrizione attività   | Peso % attività | Data inizio prevista | Data fine prevista | Traguardo                              | Eventuali vincoli o criticità                   | Data inizio effettiva | Data fine effettiva | Valore rilevato del traguardo | Note   |
| 1               | Costituzione di un gruppo di coordinamento tecnico regionale                                   | 5%              | 1.09.06              | 31.10.06           | Atto formale regionale di costituzione |   | 1.09.06               | 31.10.06            | 100%                          | L'attività di rilevazione viene svolta dall'ASP stessa   |
| 2               | Ricognizione fonti dati e coinvolgimento strutture che effettueranno l'attività di rilevazione | 25%             | 1.11.06              | 28.02.07           | Coinvolgimento delle strutture         |   | 1.11.06               | 28.02.07            | 100%                          |  |
| 3               | Formazione degli operatori sanitari addetti alla raccolta dei dati                             | 20%             | 1.03.07              | 30.06.07           | Corsi di formazione svolti             | Vincolato all'effettuazione dei corsi nazionali | 1.03.07               | 30.06.07            | 100%                          | Tale attività è iniziata in realtà già dal 2005, quando sono state realizzate due edizioni del corso di formazione per dati PS e schede aggiuntive (DATIS), rivolto a formatori di tutte le strutture PS del Lazio |



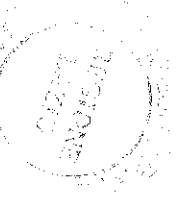


|   |  |      |         |            |   |         |      |   |
|---|--|------|---------|------------|---|---------|------|---|
| 4 | Avvio della sorveglianza, raccolta dati e linkage fra le varie fonti | 30%  | 1.07.07 | 31/12/2009 | a) Dati raccolti<br>b) Linkage effettuato | 1.07.07 | 75%  | Il linkage è stato effettuato per gli anni 2000-05. I dati dell'anno 2006 sono in corso di elaborazione   |
| 5 | Produzione e diffusione report                                       | 5%   | 1.05.08 | 31.12.08   | Report prodotto e diffuso                 | 1.11.06 | 100% | Prodotti e distribuiti alle ASL due reports su: 1) dati del sistema di sorveglianza pilota per l'anno 2000 e accessi alle strutture di emergenza per il 2004; 2) accessi alle strutture di emergenza per gli anni 2005-07 |
| 6 | Definizione modalità prosecuzione utilizzo PASSI                     | 15%  | 1.01.07 | 31.06.07   | Documento di programmazione regionale     | 1.12.06 | 25%  | L'analisi del questionario, attualmente utilizzato dallo studio Passi nelle tre ASL laziali che hanno partecipato, non permette una sorveglianza del fenomeno, ma solo di valutare la percezione del rischio              |
|   |  | 100% |         |            |   |         |      |   |

**B1: Definire e diffondere linee operative per gli interventi di informazione ed educazione sanitaria nelle scuole materne ed elementari**

Peso della linea progettuale sul totale del piano incidenti domestici: **20%**

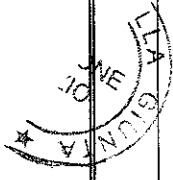
| Linea progettuale |                      | Pianificazione  |                      |                    |           | Avanzamento                   |                       |                     |                               |      |
|-------------------|----------------------|-----------------|----------------------|--------------------|-----------|-------------------------------|-----------------------|---------------------|-------------------------------|------|
| Codice attività   | Descrizione attività | Peso % attività | Data inizio prevista | Data fine prevista | Traguardo | Eventuali vincoli o criticità | Data inizio effettiva | Data fine effettiva | Valore rilevato del traguardo | Note |
|                   |                      |                 |                      |                    |           |                               |                       |                     |                               |      |





|   |  |      |         |          |   |  |         |          |      |   |
|---|--|------|---------|----------|---|--|---------|----------|------|---|
| 1 | Produzione del documento di indirizzo                            | 20%  | 1.11.06 | 28.02.07 | Documento   | Contenuti e metodologie coerenti con quanto prodotto e validato a livello nazionale e regionale          | 1.11.06 | 30.05.07 | 100% | Durante il corso nazionale (aprile 2007) è stato recepito ed elaborato, da specifici gruppi di lavoro, il materiale (documento d'indirizzo)   |
| 2 | Sperimentazione dei contenuti del documento                      | 40%  | 1.03.07 | 31.12.07 | Sperimentazione effettuata  |  | 1.03.07 | 31.12.07 | 100% | Sono definiti tempi e modi di attuazione degli interventi, nonché il materiale da utilizzare  |
| 3 | Valutazione, implementazione del documento per la sua diffusione | 20%  | 1.01.08 | 30.06.08 | Documento di indirizzo disponibile per la diffusione e l'utilizzo |  | 1.03.07 | 30.06.08 | 100% |   |
| 4 | Diffusione materiale (documento) sul territorio                  | 20%  | 1.01.08 | 31/12/09 | Documento di indirizzo disponibile per la diffusione e l'utilizzo | N. scuole coinvolte, N. corsi formazione effettuati, N. insegnanti formati, N. classi e alunni coinvolti | 1.03.07 |          | 75%  | Dalle informazioni disponibili (non ancora complete): coinvolte circa N.95 scuole, effettuati oltre N.25 corsi di formazione, formati più di N.1340 insegnanti, raggiunte più di 250 classi per circa N.8000 alunni |
|   |  | 100% |         |          |   |  |         |          |      |   |

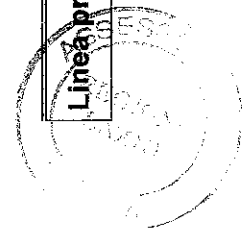




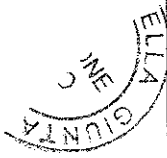
**Linea progettuale** **B2: Rilevare i rischi connessi agli aspetti strutturali e impiantistici delle abitazioni**

**Peso della linea progettuale sul totale del piano incidenti domestici: 10%**

|                 |  | Pianificazione  |                      |                    |  | Avanzamento   |                       |                     |                               |  |
|-----------------|--|-----------------|----------------------|--------------------|--|---|-----------------------|---------------------|-------------------------------|--|
| Codice attività | Descrizione attività   | Peso % attività | Data inizio prevista | Data fine prevista | Traguardo  | Eventuali vincoli o criticità   | Data inizio effettiva | Data fine effettiva | Valore rilevato del traguardo | Note   |
| 1               | Predisposizione degli strumenti (tipo check list) di rilevazione delle situazioni di rischio | 25%             | 1.01.07              | 30.04.07           | Predisposizione delle schede di rilevazione        | Coerenza con eventuale modello di riferimento elaborato a livello nazionale | 1.01.07               | 31.07.07            | 100%                          |  |
| 2               | Formazione operatori per le attività di rilevazione dei rischi                               | 25%             | 1.04.07              | 30.06.07           | Formazione degli operatori dei servizi domiciliari |   | 1.04.07               | 31.04.08            | 100%                          | Corso formativo predisposto dalla regione Friuli V.G. (aprile 2008)          |
| 3               | Sperimentazione dell'utilizzazione degli strumenti di rilevazione dei rischi abitativi       | 40%             | 1.06.07              | 31.12.07           | Sperimentazione effettuata                         |   | 1.06.07               | 31.12.08            | 100%                          |  |
| 4               | Analisi dati e redazione del rapporto di attività  | 10%             | 1.06.07              | <b>31/12/09</b>    | Redazione del rapporto di attività                 |   | 1.06.07               |                     | 50%                           | Effettuati circa N.360 sopralluoghi. Rapporto di attività non ancora redatto |
|                 |  | <b>100%</b>     |                      |                    |  |   |                       |                     |                               |  |



**Linea progettuale** **B3: Realizzare campagne informative nei consultori e nei servizi vaccinali**



**Peso della linea progettuale sul totale del piano incidenti domestici: 20%**

| Codice attività | Descrizione attività   | Peso % attività | Planificazione       |                    |  |                               | Avanzamento           |                     |                               |  |
|-----------------|--|-----------------|----------------------|--------------------|--|-------------------------------|-----------------------|---------------------|-------------------------------|--|
|                 |  |                 | Data inizio prevista | Data fine prevista | Traguardo  | Eventuali vincoli o criticità | Data inizio effettiva | Data fine effettiva | Valore rilevato del traguardo | Note   |
| 1               | Predisposizione del materiale informativo.                     | 40%             | 1.02.07              | 31.05.07           | Materiale predisposto e messo a disposizione delle strutture ASL   | Collaborazione ISPESI         | 1.12.07               | 31.07.07            | 100%                          | Successivamente al corso nazionale (aprile 2007) è stato definito il materiale informativo e redatto l'opuscolo "Il tuo bambino è nato: impara a proteggerlo" in italiano, inglese, francese, spagnolo, albanese e polacco |
| 2               | Svolgimento delle campagne di informazione nelle strutture ASL | 60%             | 1.09.07              | 31/12/09           | N. centri vaccinali e consultori coinvolti, N. corsi effettuati, N. personale formato, N. genitori raggiunti |                               | 1.09.07               |                     | 75%                           | Dalle informazioni disponibili (non ancora complete): coinvolti N.135 centri (vaccinali e consultori), circa 200 corsi effettuati, formati N.364 operatori sanitari, raggiunti più di 20000 genitori                       |
|                 |  | 100%            |                      |                    |  |                               |                       |                     |                               |  |

**Linea progettuale**

**B4: Attivare interventi di prevenzione delle cadute negli anziani basati sulla promozione dell'attività fisica**

**Peso della linea progettuale sul totale del piano incidenti domestici: 20%**



2007  
 2008  
 2009  
 2010  
 2011

|                 |  | Planificazione  |                      |                    |   | Avanzamento   |                       |                     |                               |                                  |
|-----------------|--|-----------------|----------------------|--------------------|---|---|-----------------------|---------------------|-------------------------------|----------------------------------|
| Codice attività | Descrizione attività   | Peso % attività | Data inizio prevista | Data fine prevista | Traquardo   | Eventuali vincoli o criticità   | Data inizio effettiva | Data fine effettiva | Valore rilevato del traguardo | Note                             |
| 1               | Analisi della letteratura e valutazione di tipologie di interventi già realizzati a livello nazionale riproducibili nel territorio regionale | 10%             | 30.04.07             | 31.10.07           | Documento contenente le indicazioni operative per l'effettuazione dell'attività |   | 1.12.06               | 31.10.07            | 100%                          |                                  |
| 2               | Individuazione del target di popolazione e delle strutture delle Asl da coinvolgere  | 20%             | 1.09.07              | 31.12.07           | Target e strutture definiti   | Secondo criteri di priorità indicati nel documento di cui al punto precedente | 1.12.06               | 31.12.07            | 100%                          |                                  |
| 3               | Sperimentazione degli interventi di promozione dell'attività fisica in un campione di popolazione  | 40%             | 1.01.08              | 30.04.08           | Sperimentazione effettuata  |   | 1.01.08               | 30.04.08            | 100%                          |                                  |
| 4               | Analisi e valutazione dei risultati  | 10%             | 1.05.08              | 30.06.08           | Produzione e diffusione   |   | 1.05.08               |                     | 25%                           | Non disponibili dati sufficienti |



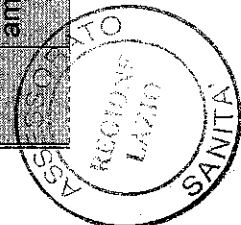


|   |   |      |         |          |   |         |     |  |
|---|---|------|---------|----------|---|---------|-----|--|
| 5 | Diffusione interventi di promozione attività fisica e sperimentazione avvio gruppi di cammino | 20%  | 1.01.08 | 31/12/09 | N. centri di aggregazione anziani coinvolti, N. interventi effettuati, N. gruppi di cammino avviati | 1.01.08 | 75% | Sono stati avviati oltre 35 centri anziani e svolti altrettanti corsi di formazione. Mancanza di personale che potesse avviare gruppi di cammino e addestrare walking leader. Sono stati avviati 2 gruppi nella ASLRMD e 1 gruppo nella ASL di Rieti |
|   |   | 100% |         |          |   |         |     |  |

**Linea progettuale** C1: Realizzare corsi di formazione per il personale coinvolto nelle attività del piano

**Peso della linea progettuale sul totale del piano incidenti domestici: 10%**

|                 |  | Pianificazione  |                      |                    |   | Avanzamento  |                       |                     |                               |      |
|-----------------|--|-----------------|----------------------|--------------------|---|--|-----------------------|---------------------|-------------------------------|------|
| Codice attività | Descrizione attività   | Peso % attività | Data inizio prevista | Data fine prevista | Traguardo   | Eventuali vincoli o criticità  | Data inizio effettiva | Data fine effettiva | Valore rilevato del traguardo | Note |
| 1               | Individuazione delle figure professionali coinvolte e definizione fabbisogni formativi per ciascuno degli ambiti di intervento | 10%             | 1.09.06              | 30.06.08           | Figure professionali e fabbisogno formativo individuati | Indicazione delle figure professionali da parte delle strutture coinvolte negli interventi | 1.09.06               | 30.06.08            | 100%                          |      |





|   | Definizione programma, contenuti, strumenti e materiale didattico | 20%  | 1.10.06 | 30.06.08        | Programma definito, strumenti e materiale didattico prodotto | Contenuti e metodologie coerenti con quanto definito a livello nazionale | 1.10.06 | 30.06.08 | 100% |
|---|---|------|---------|-----------------|--|--|---------|----------|------|
| 2 |   |      |         |                 |  |  |         |          |      |
| 3 | Effettuazione corsi   | 70%  | 1.11.06 | <b>31/12/09</b> | N. corsi effettuati per ogni ambito di intervento            |  | 1.11.06 |          | 75%  |
|   |   | 100% |         |                 |  |  |         |          |      |
|   |   |      |         |                 |  |  |         |          |      |

Corso nazionale ad aprile 2007; corso regionale a maggio 2007. Nel 2008 sono stati svolti i corsi a livello aziendale per gli operatori coinvolti nel territorio





LAZIOSANITÀ - AGENZIA DI SANITÀ PUBBLICA



PROGRAMMAZIONE 2009

PREVENZIONE DELL'OBESITÀ NELLA REGIONE LAZIO

**TITOLO:** Interventi per la Prevenzione dell'Obesità nella Regione Lazio

Il PPA contrasto all'obesità è articolato in due sottoprogetti (DGR 1166 del 23.12.05):

1. Prevenzione dell'obesità e del sovrappeso in età evolutiva nella Regione Lazio
2. Sorveglianza e prevenzione dell'obesità e del sovrappeso nella popolazione adulta della Regione Lazio

**Referente ASP:** Esmeralda Castronuovo

## **Razionale**

La strategia attuata negli anni 2005-2008 per la realizzazione del Piano di Prevenzione Attiva (PPA) di contrasto all'obesità, si è basata sulla creazione di una rete dove più istituzioni hanno collaborato integrando le diverse competenze necessarie alla realizzazione degli obiettivi prefissati.

Tutte le attività, sia nell'ambito del sottoprogetto 1 (Prevenzione dell'obesità e del sovrappeso in età evolutiva nella regione Lazio) che del sottoprogetto 2 (Sorveglianza e prevenzione dell'obesità e del sovrappeso nella popolazione adulta della Regione Lazio) sono state volte alla costruzione di un contesto dove la popolazione nelle diverse fasce d'età, fosse incoraggiata a scelte nutrizionali sane e allo svolgimento di una regolare attività fisica.

I risultati dell'indagine nazionale Okkio alla salute condotta sui bambini di terza elementare, evidenziano che il Lazio si colloca tra le regioni italiane con la maggiore prevalenza di bambini con un eccesso ponderale (26% in sovrappeso e 13% obesi). Fra i bambini della Regione, altresì, si osserva una elevata frequenza di abitudini alimentari non corrette: il 22% mangia frutta e verdura meno di una volta al giorno o mai nell'intera settimana e il 62% consuma una merenda inadeguata.

Nell'ambito dell'intervento per l'individuazione delle diverse situazioni di rischio e per la loro gestione, a cui hanno aderito 47 Medici di Medicina Generale di 7 ASL del Lazio, è emerso che il 30,4% dei soggetti era in sovrappeso ed il 26,8% obeso. Mentre il dato sul sovrappeso è analogo a quello emerso dalla sorveglianza Passi, la prevalenza di obesi è invece risultata fortemente sovrastimata rispetto al dato emerso dal Passi (11%). Considerando i dati dell'Indagine Multiscopo ISTAT "Stili di vita e condizioni di salute" (2002) il 33,8% (Italia 35%) dei soggetti di età superiore ai 15 anni residenti nel Lazio si trova in condizioni di sovrappeso, mentre l'8,2% (Italia 8,5%) è obeso. Applicando queste stime di prevalenza alla popolazione adulta residente nel Lazio all'1.01.2007 (dati ISTAT) si avrebbe che, in questa Regione, si configura una presenza di oltre 1,4 milioni di soggetti adulti in sovrappeso e di oltre 330 mila soggetti in condizione di obesità.

Tale contesto conferma la necessità d'interventi di prevenzione del sovrappeso ed obesità e di promozione di stili di vita salutari, che coinvolgano sempre più i numerosi attori in gioco, dal mondo dell'industria a quello familiare.

Come riferito nella relazione per il **2008**, le linee di attività per i 2 sottoprogetti sono state completate, e solo alcune di esse necessitano di un consolidamento e un ulteriore proseguimento nel corso del 2009 (vedi coronoprogrammi allegati), in particolare:





- il sottoprogetto 1 ha visto la sua estensione e prosecuzione per il 2009, con il proseguimento delle attività svolte nell'ambito del progetto nazionale di sorveglianza "OKkio alla SALUTE" inserito nel programma interministeriale di "Guadagnare salute";
- il sottoprogetto 2 per il 2009 vede il suo proseguimento nella presentazione dei risultati relativi all'indagine sulla popolazione adulta (18-64 anni), svolta con la collaborazione di 47 Medici di Medicina Generale di 7 ASL e la presentazione dei risultati dell'attività svolta nelle case di riposo. Per ambedue le attività è programmata un'ulteriore estensione e consolidamento.

Per quanto riguarda il complessivo avvio e rilancio di tutte le attività svolte nell'ambito del Piano di prevenzione dell'obesità, si evidenzia che esse necessitano di una riprogrammazione di lungo periodo. In tal senso, in considerazione dell'esperienza già fatta e delle criticità emerse nel corso dell'attuazione del Piano, sarà realizzata una proposta di Piano Regionale per l'obesità in sede di programmazione triennale.

#### **COERENZA**

Il PPA di contrasto all'obesità, come già indicato nel documento di proroga per il 2008, è stato sviluppato in un'ottica di prevenzione attiva, cioè coinvolgendo attivamente la popolazione generale o gruppi a rischio, attivando un sistema integrato di interventi preventivi e di sanità pubblica ed in coerenza con le linee operative individuate dal CCM: L.R. n. 4 del 2006 (Finanziaria Regionale 2006); DGR n.729 del 4 agosto 2005 e la DGR n. 1166 del 23 dicembre 2005.

Atti istituzionali, programmatori e normativi sono stati dunque sviluppati in modo coerente, anche se l'attuazione del Piano, sia per l'età evolutiva che adulta, ha incontrato notevoli vincoli e criticità: insufficienza di risorse umane e tecniche e, soprattutto, difficoltà ad attuare un approccio di popolazione che coinvolge la Medicina di base.

Nonostante sia stata rilevata un'incoerenza tra piano normativo programmatorio e realtà del territorio regionale, complessivamente il lavoro condotto sino ad oggi ha rappresentato un'esperienza utile alla promozione e qualificazione dei programmi di prevenzione attiva e un'opportunità concreta di attivare percorsi ed interventi con obiettivi di salute comuni.

### **OBIETTIVO GENERALE**

*Attuare modelli di prevenzione del sovrappeso e dell'obesità e di alcuni fattori di rischio "ambientali" nella regione Lazio.*

#### **OBIETTIVI SPECIFICI**

**Sottoprogetto1:** Prevenzione dell'obesità e del sovrappeso in età evolutiva nella Regione Lazio



1. Disporre di informazioni su obesità e sovrappeso, pattern nutrizionali e di attività fisica dei bambini di età 8-9 anni (terza elementare)

Promuovere la formazione degli insegnanti delle scuole elementari, dei pediatri di famiglia sui comportamenti alimentari

3. Promuovere interventi di educazione nutrizionale rivolte ai genitori e ai bambini
4. Aumentare il tempo dedicato ad attività motorie all'interno delle scuole elementari
5. Incoraggiare le scuole a offrire scelte alimentari salutari

#### *Attività specifiche 2009 in corso di svolgimento*

A seguito dell'indagine di sorveglianza del 2008 condotta nell'ambito del progetto Okkio alla salute condotta con il proficuo e fattivo coinvolgimento dei Servizi di Igiene degli Alimenti e Nutrizione (SIAN) delle dodici ASL del Lazio e degli Uffici Scolastici Provinciali, nel 2009 sono state avviate e proseguono le attività riferite alle Linee di Attività (LA) del Piano 2;4;5;6;7;8;. in particolare:

- è in fase di avvio un'indagine di approfondimento sulle abitudini alimentari e lo stile di vita dei bambini delle scuole primarie indagate con OKkio alla SALUTE 2008 denominata Zoom8. Lo studio "Zoom8" rientra nel progetto "Sistema di indagini sui rischi comportamentali in età 6-17 anni", promosso dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali in collaborazione con il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca. Lo studio è coordinato dall'Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione (INRAN) e dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) in collaborazione con le Regioni partecipanti:

- è in corso la progettazione e la realizzazione di una campagna di comunicazione rivolta a insegnanti, famiglie e Pediatri di Famiglia (PDF) finalizzata alla realizzazione del miglioramento degli indicatori di stato nutrizionali evidenziati dall'indagine Okkio alla Salute;
- in un sottocampione di scuole sarà anche valutata l'efficacia dell'intervento comunicativo mediante un questionario validato. Tutta l'attività è coordinata a livello nazionale dall'ISS.

Scopo ultimo del progetto è quello di realizzare interventi di sanità pubblica in grado di contrastare il fenomeno del sovrappeso ed obesità in età evolutiva.

**Sottoprogetto2:** Sorveglianza e prevenzione dell'obesità e del sovrappeso nella popolazione adulta.

1. Sensibilizzare la popolazione adulta sui benefici legati ad una alimentazione sana e ad una regolare attività fisica

Coinvolgere i MMG nella sensibilizzazione della popolazione assistita adulta e nell'attività di individuazione e correzione di eventuali comportamenti a rischio

4. Sostenere lo svolgimento e il mantenimento di un'adeguata attività motoria nella popolazione adulta ed anziana

#### *Attività specifiche 2009 in corso di svolgimento*

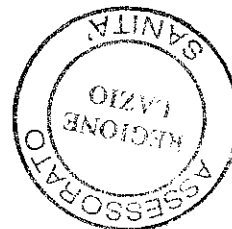
Per il 2009 sono state avviate e proseguono le attività riferite alle LA del Piano 4;5;6, in particolare:

- è in fase di preparazione un incontro con i 47 MMG delle 7 ASL coinvolti nell'indagine per la presentazione dei risultati. Agli stessi si proporrà di proseguire l'attività attuando altri 2 follow-up agli assistiti inseriti nell'intervento preventivo;
- è programmata un'estensione ad altre case di riposo di interventi di formazione/informazione, mirato alla prevenzione del sovrappeso ed obesità e, soprattutto, volto alla promozione dell'attività fisica nonché miglioramento dello stile di vita complessivo dell'anziano.

Inoltre, tenendo conto che nelle diverse realtà locali sono portati avanti in modo approfondito specifici e diversificati progetti di ASL in linea con le LA del Piano, nel corso del 2009 ogni ASL proseguirà tali attività anche se non tra quelle suindicate ad esempio : promozione allattamento al seno; formazione operatori ristorazione collettiva; interventi nutrizionali sulla popolazione anziana etc.

#### *ATTORI COINVOLTI*

Gli attori principali dell'intervento, sono stati individuati nei Servizi d'Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN) delle 12 Aziende Sanitarie Locali (ASL) della Regione Lazio.



Regione e LazioSanità - Agenzia di Sanità Pubblica (ASP), nell'ambito delle azioni di sostegno ai SIAN, svolgono un'attività di supporto tecnico ed organizzativo, nonché di monitoraggio della sua attuazione.

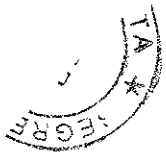
Tutta l'attività svolta nell'ambito del progetto Okkio alla Salute e Zoom8 è attuata con la collaborazione dell'ISS, INRAN, l'Ufficio Scolastico Regionale e gli Uffici Scolastici Provinciali.

Al fine di realizzare un'attività condivisa con i diversi attori e rendere l'intervento a livello Regionale il più possibile omogeneo, è stato costituito un tavolo di lavoro con i referenti dei 12 SIAN, individuati dalle rispettive Direzioni Generali, e attivata la collaborazione con esperti del settore (Inran, Università, Nutrizionisti etc.).

### ***PIANO DI VALUTAZIONE***

L'attività di valutazione è svolta mediante la richiesta periodica alle ASL della documentazione sull'attività svolta e compilazione di schede sintetiche contenenti informazioni per il calcolo degli indicatori di processo e di esito, indicati negli specifici protocolli realizzati per le diverse LA. Inoltre, sono svolti incontri con i referenti delle ASL, finalizzati al monitoraggio e discussione sullo stato di avanzamento delle LA e criticità.



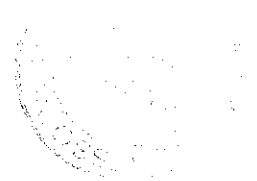


**PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE 2005-2007: CROPROGRAMMA PROROGA 2009**

|   |  |
|---|--|
| <b>Titolo del progetto</b>                          | <b>INTERVENTI PER LA PREVENZIONE E L'OBESITA' NELLA REGIONE LAZIO</b>  |
| <b>Linea progettuale</b>                            | Sottoprogetto 2: Sorveglianza e prevenzione dell'obesità e del sovrappeso nella popolazione adulta della Regione Lazio |
| <b>Referente di progetto (nominativo, recapiti)</b> | Esmeralda Castronuovo tel.: 06.830.60.350 e-mail.: castronuovo@aspazio.it  |

**Cronoprogramma**

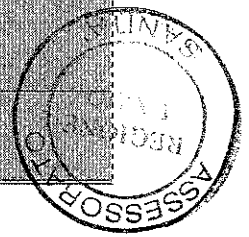
| Pianificazione  |                                 |                 |                      | Programmazione 2009 |                               |  |                       |                     |  |      |
|-----------------|---------------------------------|-----------------|----------------------|---------------------|-------------------------------|--|-----------------------|---------------------|--|------|
| Codice attività | Descrizione attività            | Peso % attività | Data inizio prevista | Data fine prevista  | Traguardo                     | Eventuali vincoli o criticità  | Data inizio effettiva | Data fine effettiva | Valore rilevato del traguardo per le attività 2009 | Note |
| 1               | Pianificazione degli interventi | 5%              | 01/01/2006           | 30/09/2006          | Realizzazione Piano esecutivo | Condivisione tra i diversi attori, disponibilità di risorse sufficienti. | 01/01/2006            | 30/09/2006          | 100%   |      |

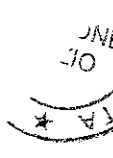


|   |   |     |            |            |   |   |   |   |
|---|---|-----|------------|------------|---|---|---|---|
| 2 | <p>Predisposizione e verifica della effettiva adozione di tabelle dietetiche da associare ai pasti forniti agli utenti e aggiornamento in tema nutrizionale del personale delle mense aziendali</p> | 15% | 01/10/2006 | 31/12/2008 | <p>Verifica di almeno il 30% delle mense aziendali nelle ASI partecipanti</p> | <p>Collaborazione dei gestori delle mense aziendali, disponibilità di personale sufficiente</p> | <p>01/10/2006</p> <p>31/12/2008</p> <p>100%</p> | <p>Nel 2008, come stabilito nella fase intermedia di attuazione del piano, le 12 ASL hanno effettuato la vigilanza nutrizionale in almeno 2 mense aziendali. Complessivamente l'intervento è stato svolto in 30 mense aziendali e di queste in 25 è stata svolta la formazione in tema nutrizionale che ha coinvolto 249 operatori.</p> |
| 3 | <p>Definizione delle Raccomandazioni preventive e clinico-assistenziali da indirizzare ai MMG per l'individuazione delle diverse situazioni di rischio e per la loro gestione</p>                   | 10% | 01/09/2006 | 31/03/2007 | <p>Disponibilità raccomandazioni</p>  | <p>Difficoltà di adattamento di eventuale materiale internazionale alla realtà regionale</p>    | <p>13/11/2006</p> <p>31/09/2008</p> <p>100%</p> | <p>Nell'ambito del gruppo tecnico scientifico sono state elaborate le raccomandazioni diffuse dai SIAN delle 12 ASL ai MMG della Regione aderenti alla formazione.</p>  |



|   |            |                   |                   |  |  |   |
|---|------------|-------------------|-------------------|--|--|---|
| <p>Realizzazione di una formazione specifica per gli interventi di prevenzione, diagnosi e trattamento di sovrappeso/obesità da parte dei curanti attraverso la predisposizione di un pacchetto formativo da rendere disponibile per le Società scientifiche di medicina generale e da effettuato presso Aziende Usi.</p> | <p>20%</p> | <p>01/09/2006</p> | <p>30/06/2008</p> | <p>Disponibilità pacchetto informativo su formato ppt. Realizzazione corsi di ECM in almeno il 60% delle Asl regionali</p> | <p>Collaboratività dei servizi di Formazione aziendali/ adesione del MMG</p> | <p>01/09/2006</p> <p>30/06/2008</p> <p>100%</p>   |
| <p>4</p>  |            |                   |                   | <p>Effettuazione degli interventi in almeno il 30% delle strutture nelle Asl partecipanti</p>                              | <p>Disponibilità di personale adeguatamente formato</p>                      | <p>01/03/2006</p> <p>31/12/2009</p> <p>75%</p>  |
| <p>5</p>  | <p>15%</p> | <p>01/01/2006</p> | <p>31/12/2008</p> |  |  | <p>Il gruppo tecnico scientifico ha elaborato un protocollo d'intervento. Nel 2008 i SIAN hanno svolto incontri formazione/informazione, mirati alla prevenzione del sovrappeso ed obesità e, alla promozione dell'attività fisica nonché miglioramento dello stile di vita complessivo dell'anziano. L'intervento è stato svolto in 28 strutture socio-sanitarie ed ha coinvolto 299 operatori e 445 anziani. Per il 2009, estensione attività nelle case di riposo a gestione diretta</p> |





|   |  |     |            |            |   |  |
|---|--|-----|------------|------------|---|--|
| 6 | <p>Individuazione e promozione di programmi di attività motoria preventiva e adattata differenziati in base alle condizioni di rischio (età, sovrappeso, patologie concomitanti, etc.)</p> | 20% | 01/09/2006 | 30/08/2007 | <p>Realizzazione dei programmi di attività motoria adattata</p> | <p>Collaborazione con Enti esperti/Adesione MMG</p>  |
| 7 | <p>Effettuazione a livello territoriale del Sistema di Monitoraggio degli stili di vita "Progetto PASSI"</p>   | 10% | 01/09/2006 | 31/12/2008 | <p>Coinvolgimento di almeno 3 Asl regionali</p>                 | <p>Disponibilità di personale dedicato</p>   |
|   |  | 75% | 13/11/2006 | 31/12/2009 |   | <p>Il gruppo tecnico nel 2007 ha definito e presentato al SIAN il protocollo d'intervento per l'attuazione di un'indagine e azioni di intervento preventivo sui soggetti a rischio individuati dai MMG tra i propri assistiti. All'intervento hanno aderito 47 MMG di 7 ASL per un totale di assistiti arruolati pari a 1.465. L'assenza dei dati delle restanti 4 ASL è stata dovuta alla mancanza di adesione da parte dei MMG. Nel 2009, presentazione dei risultati ai MMG coinvolti e proposta di proseguimento del follow-up degli assistiti arruolati nella prima fase STRALCIATO. Dal 2007 il PASSI è avviato in tutte e 12 le ASL</p> |





|   |  |      |            |            |   |  |            |            |     |   |
|---|--|------|------------|------------|---|--|------------|------------|-----|---|
| 8 | Individuazione di eventuali proposte di programmazione regionale specifica | 5%   | 01/10/2006 | 31/03/2007 | Adozione di proposte nel prossimo PSR del Lazio | Effettiva stesura/approvazione del PSR | 01/10/2007 | 30/12/2009 | 60% | In considerazione dei risultati raggiunti in questi anni di attività, nonché dei vincoli e criticità riscontrati in itinere, è in corso la formulazione di proposte di programmazione regionale specifica |
| 0 |  | 100% |            |            |   |  |            |            |     |   |

**PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE 2005-2007: CROPROGRAMMA PROROGA 2009**

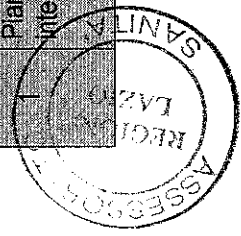
**INTERVENTI PER LA PREVENZIONE E L'OBESITA' NELLA REGIONE LAZIO**

**Linea progettuale** Sottoprogetto 1: Prevenzione dell'obesità e del sovrappeso in età evolutiva nella Regione Lazio

**Referente di progetto (nominativo, recapiti)** **Emeralda Castronuovo tel.:06.830.60.350 e-mail : castronuovo@asplazio.it**

**Cronoprogramma**

| Codice attività | Descrizione attività            | Pianificazione  |                      |                    |                          | Programmazione 2009                    |                       |                     |  |  |
|-----------------|---------------------------------|-----------------|----------------------|--------------------|--------------------------|--|-----------------------|---------------------|--|--|
|                 |                                 | Peso % attività | Data inizio prevista | Data fine prevista | Traguardo                | Eventuali vincoli o criticità          | Data inizio effettiva | Data fine effettiva | Valore rilevato del traguardo per le attività 2009 | Note   |
|                 | Pianificazione degli interventi | 5%              | 01/09/2006           | 31/10/2006         | Realizzazione Protocolli | Disponibilità di risorse insufficienti | 01/10/2006            | 22/11/2006          | 100%   | (concluso nel 2007) Nel corso degli incontri è stata evidenziata da più ASL la scarsa disponibilità di risorse e la necessità di centralizzare metodi e strumenti. |



12/10/2007

|   |   |     |            |            |  |            |                        |      |  |
|---|---|-----|------------|------------|--|------------|------------------------|------|--|
| 2 | Attivazione delle collaborazioni  | 5%  | 01/09/2006 | 31/10/2006 | Coltivamento di enti e istituzioni           | 15/10/2006 | 30/11/2006             | 100% | (concluso nel 2007) E' stato costituito un gruppo tecnico scientifico che vede coinvolti IUSM, Università, Inran, etc.   |
| 3 | Elaborazione Materiale  | 10% | 01/01/2007 | 30/06/2007 | Elaborazione strumenti e stampa prototipo    | 19/10/2006 | 30/06/2007             | 100% | (concluso nel 2007) E' stato elaborato e dato il prototipo del questionario e relativo protocollo per l'avvio dell'indagine nelle scuole. Tra il 2008 e il 2009 sono   |
| 4 | Sviluppo di un sistema di monitoraggio                                    | 5%  | 01/11/2006 | 01/03/2007 | Elaborazione set d'indicatori                | 01/09/2006 | 1/03/2007              | 100% | Il set d'indicatori è stato elaborato in sede di stesura protocollo. Il monitoraggio è stato svolto attraverso gli incontri con i referenti delle ASL, nonché mediante la verifica della documentazione sull'attività svolta inviata ASP Lazio periodicamente. |
| 5 | Presentazione linee di attività alle ASL e alle associazioni di categoria | 5%  | 01/09/2006 | 31/10/2006 | Adesione delle ASL e AC con nomina referenti | 01/09/2006 | 30/02/2007             | 100% | (concluso nel 2007) Tutte le Associazioni di Categoria sono state interessate.   |
| 6 | Indagine Obesità  | 5%  | 01/12/2006 | 31/03/2007 | Completamento raccolta dati                  | 01/02/2006 | 30/10/2009 (vedi nota) | 50%  | Successivamente alle indagini del 2007 e del 2008 è stata pianificata ed avviata l'indagine di approfondimento sulle abitudini alimentari e lo stile di vita dei bambini delle scuole primarie indagate con OKKio alla SALUTE 2008 denominata Zoom8.           |





|    |  |     |            |            |                                      |   |            |                           |      |   |
|----|--|-----|------------|------------|--------------------------------------|---|------------|---------------------------|------|---|
| 7  | Formazione insegnanti operatori                        | 10% | 31/03/2007 | 31/10/2007 | Consi. per insegnanti e operatori    | Adesione insegnanti                         | 31/03/2007 | 30/11/2009<br>(vedi nota) | 75%  | Sono stati svolti e sono in corso di svolgimento sia a livello Regionale e locale diversi incontri con le scuole realizzati con la collaborazione dell'USR Lazio che  |
| 8  | Campagna di Educazione alimentare                      | 10% | 01/05/2007 | 01/05/2008 | Svolgimento attività educative       | Carenza formatori                           | 01/05/2007 | 45/10/2009<br>(vedi nota) | 100% | Nel corso del 2009 è stata svolta la formazione per l'avvio della campagna di comunicazione sui risultati del progetto Okkio e la promozione di stili di vita salutari  |
| 9  | Monitoraggio percorsi assistenziali soggetti a rischio | 10% | 01/10/2007 | 01/10/2008 | Effettuazione interviste ai genitori | Carenza personale per intervista telefonica | 01/10/2007 | 01/10/2008                | 80%  | i SIAN del Lazio si sono attivati comunicando, mediante lettera a genitori e ai Pediatri di Libera Scelta (PLS), i risultati dell'indagine di tutti i bambini arruolati. Nell'attivazione del percorso clinico assistenziale sono emerse difficoltà sia legate alla scarsa adesione dei PLS che delle famiglie. (Questa LA va ripianificata nell'ambito della programmazione triennale) |
| 10 | Ristorazione scolastica                                | 10% | 01/04/2006 | 01/06/2008 | Tabella dietetiche regionali         |   | 01/09/2006 | 01/06/2008                | 100% | Il 50% delle ASL ha effettuato il controllo nelle scuole coinvolte nell'indagine del 2007, il restante 50% ha coinvolto tutte le scuole pubbliche e/o private della propria ASL. Obiettivo comune dei SIAN del Lazio è di estendere successivamente l'intervento a tutte le scuole presenti sui propri territori di competenza.   |



|    |                                 |      |            |            |   |                       |            |            |      |  |
|----|---------------------------------|------|------------|------------|---|-----------------------|------------|------------|------|--|
| 11 | Promozione allattamento al seno | 10%  | 01/11/2006 | 31/12/2008 | Diffusione opuscoli                       | costi stampa opuscoli | 01/09/2006 | 31/12/2008 | 100% | E' attuata dalla Regione Lazio attraverso più di un programma: il progetto "Ospedali Amici dei Bambini" ed il progetto "Genitori più". I due progetti, coordinati dall'ASP Lazio, coinvolgono sia le ASL che le Aziende Ospedaliere della Regione. |
| 12 | Monitoraggio delle LA           | 5%   | 01/09/2006 | 31/12/2008 | Calcolo indicatori                        |                       | 01/09/2006 | 31/12/2008 | 100% | La data d'inizio fa riferimento alla costruzione del set d'indicatori. Il monitoraggio è stato effettuato attraverso il calcolo degli indicatori documentati dalle ASL   |
| 13 | Analisi risultati               | 5%   | 01/06/2007 | 31/12/2008 | Report                                    |                       | 01/06/2007 | 31/12/2009 | 75%  | Effettuata per tutte le attività svolte (produzione report delle indagini 2007 e 2008 etc.) Nel corso del 2009 prosegue l'attività di produzione report tecnici sull'attività svolta   |
| 14 | Presentazione risultati         | 5%   | 01/09/2008 | 31/12/2008 | Incontri con operatori e eventi formativi |                       | 01/09/2008 | 31/12/2009 | 75%  | Presentazioni svolte in più eventi (incontri con insegnanti, presentazione a convegni).  |
| 0  |                                 | 100% |            |            |   |                       |            |            |      |  |





## Piano nazionale della prevenzione - Proroga 2009

### Scheda sintetica di progetto: recidive cardiovascolari

Referenti regionali: Assessorato alla Sanità della Regione Lazio: 06-51684677, CRCM Edoardo

Turi: turi@asplazio.it, Laziosanità - ASP: Marletta Sergio marletta@asplazio.it, tel. 0683060471

#### ▪ **Razionale**

Le Aziende che hanno partecipato attivamente alla realizzazione del progetto nel 2008 sono le ASL RMA, RMB, RMC, RMD, RME, RMH, le ASL di Rieti e di Viterbo e l'Azienda Ospedaliera S. Filippo Neri di Roma.

Le attività previste per l'anno 2008 relative agli interventi per la sorveglianza erano il potenziamento e l'implementazione del registro per l'ictus acuto nei Pronto Soccorso (PS) della Regione coinvolti nel progetto; l'aggiornamento degli operatori sanitari; l'implementazione di procedure di integrazione dei dati del registro con i dati dei sistemi informativi sanitari regionali (SIES-Sistema Informativo Emergenza Sanitaria, SIO-Sistema Informativo Ospedaliero); la produzione di dati epidemiologici, la valutazione delle attività e la diffusione dei risultati. Relativamente agli interventi di prevenzione le attività previste dal cronoprogramma erano le seguenti: la progettazione e la realizzazione del piano di formazione del personale sanitario ospedaliero e territoriale identificato per la prevenzione delle recidive di malattie cardio e cerebrovascolari; la sperimentazione e diffusione delle indicazioni sulle modalità di dimissione del paziente con infarto acuto del miocardio (IMA) e con ictus mediante informatizzazione delle schede di dimissione presso le strutture, con centralizzazione dell'archivio dei dati presso l'ASP; l'attuazione di iniziative educative per i pazienti; la valutazione degli interventi con indicatori appositamente sviluppati e la presentazione dei risultati raggiunti.

#### ▪ **Obiettivo generale**

- analisi criticità 2008 e elaborazione strategie fattibili e verificabili

#### ▪ **Coerenza**

- verifica dei punti di contatto metodologici e organizzativi con altri progetti dei Piani di Prevenzione Attiva nel campo della prevenzione cardiovascolare e con altri progetti CCM (ICTUS, etc.);
- prosecuzione del progetto 2008 a livello locale con gli interlocutori sinora coinvolti, attraverso analisi e superamento delle criticità individuate.

#### ▪ **Obiettivi specifici**

- condivisione criticità con operatori ASL coinvolti e AMNCO
- elaborazione dati finora prodotti e stesura documento tecnico



**Titolo del progetto:** Pianificazione d'interventi di sorveglianza e prevenzione delle recidive di incidenti cerebrovascolari nel Lazio  
**Linea progettuale:** Prevenzione delle recidive degli incidenti cerebrovascolari  
**Referente progetto:** Assessorato alla Sanità della Regione Lazio: 06-51684677, CRCM Edoardo Turri: turri@aspplazio.it, Laziosanità - ASP: Marletta Sergio marletta@aspplazio.it, tel. 0683060471

| Cronoprogramma  |   |                 |                      |                    |   |  |                       |                     |                               |      |
|-----------------|---|-----------------|----------------------|--------------------|---|--|-----------------------|---------------------|-------------------------------|------|
|                 |   | Pianificazione  |                      |                    |   | Avanzamento  |                       |                     |                               |      |
| Codice attività | Descrizione attività  | Peso % attività | Data inizio prevista | Data fine prevista | Traguardo   | Eventuali vincoli o criticità  | Data inizio effettiva | Data fine effettiva | valore rilevato del traguardo | Note |
| 1               | Interventi per la sorveglianza  | 35%             | 01-giu-09            | 31-dic-09          | copertura del registro (registrazione casi di ictus in almeno un PS per ASL coinvolta nel progetto)   | Adesione delle strutture difficoltà formative per turnover personale |                       |                     |                               |      |
| 2               | Produzione dati epidemiologici  | 75%             | 01-dic-09            | 31-dic-09          | 1 documento tecnico dei risultati ottenuti; Report annuale sui dati raccolti con il registro Ictus-atto e sistemi informativi sanitari (qualità buona dei dati - 40% primi sei mesi; successivamente 75%) |  |                       |                     |                               |      |
| 1               | Interventi per la prevenzione   | 65%             | 01/06/2009           | 31-dic-09          | report riunioni effettuate  | Difficoltà organizzative e attuative dei soggetti coinvolti          |                       |                     |                               |      |
| 2               | Elaborazione documento percorsi diagnostico terapeutici e assistenziali | 60%             | 01/06/2009           | 31-dic-09          | documento tecnico percorsi diagnostico terapeutici e assistenziali  | Condivisione dei contenuti tra i soggetti coinvolti                  |                       |                     |                               |      |



## PROROGA ANNO 2009

### Premessa

Dopo un attento lavoro di valutazione riguardo i risultati raggiunti dai programmi di screening della regione Lazio, l'ASP insieme alle AASSLL ha programmato una serie di interventi mirati al miglioramento e al consolidamento di questi interventi di sanità pubblica. Per gli screening femminili tutte le attività delle AASSLL previste per la proroga 2008 del PRP sono state orientate:

- all'aumento dell'estensione dei PS
- all'aumento della partecipazione
- al miglioramento continuo della qualità dei percorsi (SQTM, Bethesda 2001)
- al miglioramento della valutazione aziendale e regionale dei percorsi (Sistema Informativo)

Per il percorso colo-rettale, alla luce dei risultati dello studio di fattibilità, si prevedeva di estendere l'invito alla popolazione bersaglio delle AASSLL attraverso modelli organizzativi più funzionali e fattibili per le ASL.

### Obiettivo generale

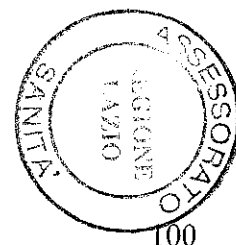
Obiettivo generale per il 2009 è il consolidamento dei risultati raggiunti dai programmi di screening femminili, mediante una serie di interventi tesi a mantenere e/o migliorare, qualora sia necessario, l'estensione, la compliance, la qualità dei percorsi, il sistema informativo. Per lo screening del cancro colon rettale si prevede l'attivazione di tutte le ASL attraverso modelli organizzativi più funzionali per raggiungere una adeguata partecipazione al test di screening.

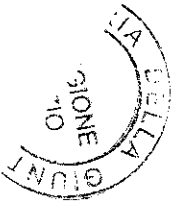
### Coerenza

**Tutte le azioni del piano di proroga del 2009 sono strettamente finalizzate a garantire un Livello Essenziale di Assistenza (LEA) come quello di un percorso di screening, in linea con le raccomandazioni regionali e nazionali. Il lavoro condotto con le AASSLL prima nell'ambito del piano 2005-2007 e successivamente attraverso la proroga 2008 è avvenuto secondo coerenza con tutti i precedenti atti programmatori e con il Piano Regionale della Prevenzione e con i progetti finanziati ex legge 138/04. Tale coerenza sarà mantenuta nel presente piano 2009.**

**Linea Progettuale: screening mammografico**

Sottoprogetti: Sistema web  
Zone disagiate





**Linea Progettuale: screening citologico**

Sottoprogetti: Sistema web

Centralizzazione delle letture

Miglioramento qualità ed efficienza/ ottimizzazione risorse e aggiornamento  
Protocolli operativi

Formazione e sensibilizzazione

**Linea Progettuale: screening colo-rettale**

Sottoprogetti: Integrazione screening spontaneo

Estensione screening SOF

Formazione e re-training

*Linea progettuale: SCREENING MAMMOGRAFICO*

Referente: Alessandra Barca

**SOTTOPROGETTO : sistema informativo WEB**

L'inizio dei lavori relativi allo sviluppo di moduli web per gli screening femminili è stato vincolato all'aggiornamento del software utilizzato in maniera sperimentale per il progetto pilota relativo allo screening colon rettale (SWCCR); questo sistema, nel corso del 2008, è stato oggetto di analisi e di implementazione fornendo così la base opportuna per collegare i moduli relativi alla gestione e alla valutazione dei percorsi di screening femminili.

**Nel corso del 2009 si prevede di ultimare lo sviluppo del Sistema Informativo Web attraverso le seguenti azioni:**

- 1. acquisizione dei moduli informatici;**
- 2. sperimentazione del sistema su una ASL pilota;**
- 3. diffusione del prodotto ai programmi di screening regionali, recuperando gli archivi storici per creare un unico archivio regionale**





**che costituirà la banca dati del sistema informativo unico regionale dello screening.**

**4. Formazione del personale coinvolto**

**SOTTOPROGETTO: screening mammografico nelle zone disagiate**

Nel corso del 2008 le AASSLL hanno realizzato alcuni interventi già pianificati, volti a razionalizzare l'offerta di screening, migliorare l'accessibilità dei centri esistenti, raggiungere zone non adeguatamente coperte attivando nuovi centri e affiancando ai centri fissi nuove unità mobili, implementare gli orari apertura. Le attività previste per il 2009 saranno orientate a consolidare tali risultati.

***SOTTOPROGETTO: Consolidamento e riequilibrio dei programmi di screening mediante un programma di formazione / sensibilizzazione dei professionisti e della società civile (formazione dei formatori MMG, retraining degli specialisti, empowerment e partnership con le associazioni)***

Le attività da proporre nella proroga 2009 riguardano il consolidamento degli obiettivi raggiunti nel 2008

**Linea progettuale: SCREENING CITOLOGICO**

Referente: Alessandra Barca

**SOTTOPROGETTO : sistema informativo WEB**

**Vedere sintesi mammografico**

**SOTTOPROGETTO : Centralizzazione delle letture**

Tutte le ASL hanno centralizzato le letture presso un centro, per programma di screening aziendale, che garantisce volumi appropriati, secondo le indicazioni del ministero della salute, in alcuni casi attivando convenzioni con Aziende Ospedaliere.

Molte delle croniche carenze dei programmi di screening della nostra regione emergono dalla coesistenza di screening organizzato e screening spontaneo. **Nel corso del 2009 l'obiettivo principale sarà quello di lavorare sulla costituzione di una rete delle Anatomie Patologiche per poter permettere l'integrazione dei percorsi screening organizzato/opportunistico.**





## **SOTTOPROGETTO: Miglioramento qualità ed efficienza/ottimizzazione risorse e aggiornamento protocolli operativi**

**Le azioni previste per il 2009 riguardo tale sottoprogetto riguarderanno la valutazione dei progetti in essere presso alcune AASSLL del Lazio inserite in studi nazionali multicentrici.**

1. la valutazione del recepimento del sistema di refertazione Bethesda 2001.
2. la valutazione dei seguenti progetti che vedono coinvolte alcune ASL della Regione quali:
  - a. progetto della RM G sull'uso del test test HPV come test primario
  - b. il follow-up dello studio NTCC nella ASL di Viterbo,
  - c. lo studio *PREGIO* a Viterbo,
  - d. lo studio "Prevalenza infezioni HPV in Italia" nelle ASL di Viterbo, Roma C e Roma G.
  - e. lo studio "self sampling HPV " nella Roma C.
  - f. la sperimentazione dell'utilizzo della P16 a Latina, come marker di stratificazione delle lesioni intraepiteliali di basso grado (LSIL) e ASCUS.

Tutti questi studi sono coordinati da Paolo Giorgi Rossi- AO Tecnologie Sanitarie

***SOTTOPROGETTO: Consolidamento e riequilibrio dei programmi di screening mediante un programma di formazione / sensibilizzazione dei professionisti e della società civile (formazione dei formatori MMG, retraining degli specialisti, empowerment e partnership con le associazioni)***

Le attività da proporre nella proroga 2009 riguardano il consolidamento degli obiettivi raggiunti nel 2008

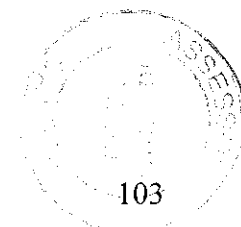
### **Linea progettuale: SCREENING COLORETTALE**

Referente: Alessandra Barca

#### *Razionale*

Come previsto dal PRP, il modello organizzativo utilizzato nella fase pilota del programma di screening è stato rivisto sulla base dei risultati ottenuti. Alcune ASL hanno attivato un programma di screening aziendale, supportate dall'ASP che ha messo a disposizione un software gestionale, la strumentazione e i materiali per il test di primo livello e ha garantito l'invio delle lettere di invito ed esito, nonché la formazione di tutti gli operatori coinvolti nel percorso di screening.

**SOTTOPROGETTO: Integrazione dello screening spontaneo tramite colonscopia**



Nel corso del 2008 è stato pianificato e parzialmente svolto un lavoro di recupero delle informazioni per creare il database dell'attività spontanea; tale lavoro ha subito dei rallentamenti a causa della mancata sostituzione del personale del personale statistico dedicato al progetto. Come è stato messo in evidenza, l'integrazione tra screening organizzato ed attività colonscopica in soggetti sintomatici ed asintomatici al di fuori dei programmi di screening è necessaria per garantire una corretta gestione dei soggetti e un corretto uso delle risorse del SSR.

Le decisioni sul follow up post colonscopico, possono essere prese solo alla luce del risultato della colonscopia e in particolare degli esiti istologici derivanti.

Dall'esigenza quindi di recuperare gli esiti istologici nasce l'opportunità di costruire una piattaforma informatica per mettere in rete le anatomie patologiche.

Il progetto ha come punto centrale per garantire l'integrazione fra screening, attività di diagnosi precoce e attività clinica, l'adeguamento degli archivi di anatomia patologica e la creazione di tale flusso informativo, inclusi gli strumenti tecnologici che possano renderlo sostenibile.

Attività completate

- state definite le procedure di linkage degli archivi per selezionare i soggetti che hanno effettuato una colonscopia spontanea.
- definito il percorso di screening appropriato; tale protocollo deve essere condiviso con il gruppo di lavoro regionale.
- Definiti il protocollo operativo per lo sviluppo della rete delle Anatomie Patologiche

Attività non completate:

- Raccolta, dagli archivi dei centri, delle informazioni relative al motivo della colonscopia all'esito e all'istologia
- Creazione del database integrato con anagrafica popolazione target
- Gestione dei soggetti con colonscopia recente

***SOTTOPROGETTO: Attuazione dello screening per il cancro del colon retto con il test del sangue occulto fecale su popolazione a rischio generico***

Le strutture partecipanti alla fase di studio di fattibilità del programma, le ASL e i MMG, sono stati remunerati per l'attività svolta.

E' stata effettuata la donazione della strumentazione per l'esecuzione del test di I livello a 11 ASL (tutte tranne la Roma F).

E' stato stilato un nuovo Modello Organizzativo regionale da sottoporre all'approvazione di specifici Gruppi di Lavoro interaziendali che si sono costituiti nel 2009.

Su 5 ASL è iniziata l'attività di invito attivo della popolazione target (Roma D, Roma G, Roma H, Viterbo, Latina).

Nella prima metà del 2008 si è conclusa l'attività di analisi e progettazione del nuovo software regionale di cui si avvale il sistema informativo. Il nuovo prodotto, sviluppato su base Windows, ha sostituito il precedente (base linux) ed è entrato in funzione a settembre 2008. Sono stati recuperati tutti i dati relativi all'attività pregressa.

#### Attività non completate:

In 4 delle 8 ASL con popolazione target superiore ai 140.000 soggetti (Roma B, Roma C, Roma D e Roma E), deve essere effettuata la donazione di un secondo analizzatore per la lettura dei test di I livello, a supporto di quello già presente. Presso la ASL Roma F deve ancora essere installato l'analizzatore.

Le ASL Roma A, Roma B, Roma C e Rieti hanno programmato l'avvio del programma di screening, ma non hanno ancora iniziato l'attività di invito. Le ASL Roma E, Roma F e Frosinone devono stilare un piano di attivazione del programma.

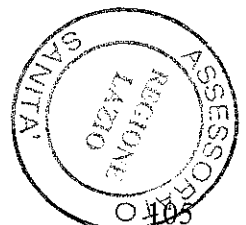
Ad eccezione della ASL Viterbo, in tutte le ASL che hanno partecipato al progetto pilota, deve essere completato il secondo round di screening.

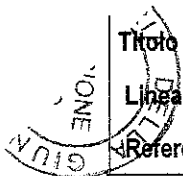
#### Criticità:

Nella maggior parte delle ASL non è stato ancora definito un piano attuativo per l'offerta del test di screening a tutta la popolazione target e soprattutto non sono state individuate adeguate risorse, specie per la fase di distribuzione del test di I livello e per quanto riguarda gli approfondimenti diagnostici.

***SOTTOPROGETTO: Consolidamento e riequilibrio dei programmi di screening mediante un programma di formazione / sensibilizzazione dei professionisti e della società civile (formazione dei formatori MMG, retraining degli specialisti, empowerment e partnership con le associazioni)***

***Tutte le attività di formazione sono state espletate per gli operatori delle AASSLL che hanno attivato il programma di screening. E' stata organizzata la prima edizione per gli utilizzatori del software del CCR (corso interattivo 2 aprile 2009 allo Spallanzani). L'attivazione di gruppi di lavoro specifici ha come obiettivo il confronto continuo e l'aggiornamento dei protocolli secondo le raccomandazioni nazionali.***





Titolo del progetto:

Piano per il miglioramento dei programmi di screening del cancro del colon retto

Linea progettuale:

SCREENING DEL COLON-RETTO-proroga 2009

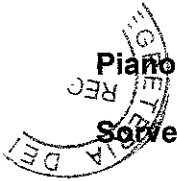
Referente progetto:

dott.sa Alessandra Barca - 06-83060454 - barca@asplazio.it

### Cronoprogramma

| Pianificazione      |  |                     |                          |  |   |                                   | Avanzamento               |                         |                                   |   |
|---------------------|--|---------------------|--------------------------|--|---|-----------------------------------|---------------------------|-------------------------|-----------------------------------|---|
| Codice attività (a) | Descrizione attività (b)   | Peso % attività (c) | Data inizio prevista (d) | Data fine prevista (e)                                       | Traguardo (f)   | Eventuali vincoli o criticità (g) | Data inizio effettiva (h) | Data fine effettiva (i) | Valore rilevato del traguardo (l) | Note (m)  |
| 1                   | Integrazione dello screening spontaneo tramite colonscopia nel programma di screening organizzato per la prevenzione del cancro del colon-retto.   | 25%                 | 01/05/2006               | 31/12/2008   | definire un percorso appropriato per i soggetti con colonscopia recente che non rientrano nella popolazione target dello screening mediante SOF |                                   |                           | 31/12/2009              | 75%                               | in corso di svolgimento (vedi relazione allegata)   |
| 2                   | estensione dello screening CCR con SOF   | 50%                 | 01/03/2006               | 31/12/2008   | attivare tutte le ASL   |                                   |                           | 31/12/2009              | 50%                               | l'attività di invito riguarda 5 ASL su 12 (RM D, RM G, RM H, VT LT)   |
| 3                   | Consolidamento e riequilibrio dei programmi di screening mediante un programma di formazione / sensibilizzazione dei professionisti e della società civile (formazione dei formatori MMG, retraining degli specialisti, empowerment e partnership con le associazioni) | 25%                 | 01/11/2005               | 30/12/2008*<br>La formazione è continua e prevista ogni anno | corsi di aggiornamento per tutti gli operatori e gli attori coinvolti nel programma.  |                                   |                           |                         | 100%                              | tutti gli operatori che stanno lavorando nell'ambito dello screening CCR hanno effettuato adeguata formazione |
|                     |  | 100%                |                          |  |   |                                   |                           |                         |                                   |   |





## Piano nazionale della prevenzione 2009 - Scheda sintetica di progetto

### Sorveglianza e prevenzione degli incidenti stradali.

#### ▪ Razionale

I traumi conseguenti ad incidenti stradali costituiscono, per le conseguenze sanitarie, sociali ed economiche, un importante problema di sanità pubblica. Non solo la mortalità, ma anche l'incidenza assoluta e gli esiti non fatali mostrano che gli incidenti stradali sono un problema rilevante soprattutto per le fasce di età giovanili.

La rilevazione nazionale degli incidenti stradali condotta dall'ISTAT riporta per la regione Lazio nel 2005 44.268 feriti, cioè 840 casi /100000 e 571 morti pari a un tasso di mortalità di 10.8/100.000. La sorveglianza degli esiti sanitari degli incidenti stradali nel Lazio per lo stesso anno, ha individuato un numero di accessi al pronto soccorso per incidente stradale di 154532, con un tasso di incidenza di 2932 casi per 100000 abitanti anno, e un tasso di ricoveri di 205/100000 e 636 decessi pari a 12/100.000.

#### ▪ Obiettivo generale

Finalità del progetto sono la realizzazione di una sorveglianza epidemiologica del fenomeno infortunistico e la realizzazione di interventi di prevenzione

Il progetto si articola in due sottoprogetti, la sorveglianza e la prevenzione.

#### **La sorveglianza**

Lo scopo del progetto è quello di mettere in opera un sistema integrato di sorveglianza in grado di definire l'entità del problema da un punto di vista sanitario, monitorare gli andamenti del fenomeno e fornire elementi chiari per interventi di prevenzione.

Il punto d'arrivo per costruire una sorveglianza integrata che sia in grado di individuare, oltre alle fasce di popolazione a rischio, le aree e gli esiti sanitari, la localizzazione dei punti a maggior rischio di incidente (mappe di rischio degli incidenti, attraverso un sistema informativo georeferenziale). Tale sistema, avviato sperimentalmente in una ASL del Lazio, non potrà essere realizzato fin quando non verranno presi accordi tra gli enti coinvolti per l'uso dei dati nominativi.

Altro aspetto rilevante della sorveglianza è l'osservazione della prevalenza d'uso dei dispositivi di sicurezza e della guida in stato di ebbrezza. Attraverso l'indagine Passi è possibile monitorare il fenomeno.

#### **La prevenzione**

L'attività di definizione e implementazione di interventi di prevenzione necessita del coinvolgimento di enti che si occupano di diverse discipline, dall'educazione sanitaria all'epidemiologia, dal mondo della scuola alle forze dell'ordine.

Esistono già diverse esperienze in varie regioni Italiane sulla promozione dell'uso dei dispositivi di sicurezza, attivazione di programmi di promozione della salute e di prevenzione degli incidenti stradali nella popolazione generale, in ambito scolastico, nelle autoscuole e su particolari gruppi a rischio. Le attività che nella regione Lazio verranno realizzate nel 2009 verteranno principalmente in:

- Formazione degli insegnanti delle scuole primarie e secondarie
- Interventi di sensibilizzazione dei neogenitori.

▪ **Coerenza**

*Indicare:*

- *le correlazioni rispetto ad atti istituzionali, atti programmatici, normativa, strategie e programmi regionali, incluso i programmi coordinati dal CCM;*
- *le correlazioni con quanto previsto e realizzato, in tutto o in parte, nel precedente triennio: risultati già ottenuti, valore aggiunto della riprogrammazione 2008 ed eventuali criticità che si intendono superare*

L'Organizzazione Mondiale della Sanità individua le seguenti priorità per il sistema sanitario per la prevenzione degli incidenti stradali: implementare sorveglianze e indagini sui traumi da incidenti stradali; ricercare le cause dei traumi da incidenti stradali; valutare e implementare strategie per la prevenzione dei traumi e per ridurre la gravità; lavorare per persuadere i decisori; traslare l'informazione scientifica, basata sulle prove di efficacia, in strategie politiche e pratica di prevenzione.

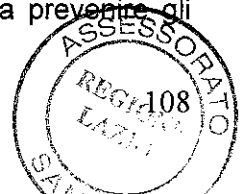
L'Unione Europea ha posto come obiettivo di salute la riduzione della mortalità per incidente stradale del 50%, incoraggiando programmi di prevenzione che inducano gli utenti della strada a modificare i loro comportamenti, che rendano i mezzi di trasporto più sicuri e migliori le infrastrutture. Un obiettivo specifico della Commissione è quello di identificare e disseminare la conoscenza sulle "best practices" e incentivare l'uso di dati sugli incidenti stradali e sui traumi da essi derivanti.

Il Ministero dei Lavori Pubblici, ha evidenziato l'esigenza di predisporre un "Piano nazionale per la sicurezza stradale", istituito con la Legge n° 144 del 17 luglio 1999, incentrato su un programma di interventi specifici.

Il Piano per l'anno 2009 prevede il completamento e il consolidamento delle attività avviate nel triennio 2005-2007.

I sistemi informativi della regione Lazio, utilizzati nel sistema di sorveglianza degli incidenti stradali, sono a regime da diversi anni e i dati prodotti hanno un ottimo livello di affidabilità. L'ASP sta predisponendo la sorveglianza integrata per gli ultimi anni disponibili. E' stato predisposto e inviato alle ASL il report per gli anni 2004-2007. E' stata effettuata un'analisi temporale della sorveglianza dal 2000 al 2005. Nel 2009 verranno inviati i risultati relativi all'anno 2008.

Per quanto riguarda la prevenzione sono stati costituiti dei tavoli di collaborazione interaziendale. A seguito del corso nazionale effettuato a L'Aquila, sono stati avviati GdL specifici sulle linee di attività proposte per avviare gli interventi. Tali GdL condividono e predispongono materiali e definiscono modalità di attuazione degli interventi. Un gruppo di lavoro si è occupato di condividere i materiali diffusi a L'Aquila per fare promozione della salute nelle scuole e sta visionando altro materiale da utilizzare negli interventi. L'attività di formazione degli insegnanti, iniziata da alcune ASL, proseguirà nell'anno 2009. Per gli interventi di prevenzione rivolti ai neogenitori è stato elaborato un depliant da distribuire contenente informazioni utili a prevenire gli



incidenti domestici e stradali. Si sta lavorando alla traduzione del depliant nelle lingue più diffuse e alla formazione degli operatori dei dipartimenti materno-infantili o servizi vaccinali.

### Obiettivi specifici

- *Realistici*
- *Verificabili*

Obiettivi specifici del sottoprogetto sorveglianza sono:

1. Il sistema di sorveglianza integrata trae origine dal Sistema Informativo dell'emergenza sanitaria e integra dati di altre fonti sanitarie (SDO, RENCAM) gestite dall'Agenzia di Sanità Pubblica. Per il 2009 verrà avviata sperimentalmente un'integrazione con il sistema informativo della riabilitazione per stimare la disabilità conseguente.

- L'attività di creazione di un sistema informativo georeferenziale in grado di fornire mappe di rischio per gli incidenti stradali, rimane un obiettivo vincolato alla problematica relativa alla privacy e sperimentale solo per alcune ASL.

Obiettivi specifici del sottoprogetto prevenzione sono:

1. Costruire e promuovere la cultura della sicurezza stradale attraverso la diffusione di materiali, la realizzazione di momenti formativi e di campagne informative, realizzare interventi di educazione e prevenzione e controllo coordinati, utilizzando metodiche di provata efficacia sulla popolazione o in particolari categorie considerate a rischio.

### ▪ **Soggetti coinvolti**

*Indicare gli attori coinvolti nella realizzazione del progetto e il loro ruolo*

Gli attori coinvolti nella realizzazione del sottoprogetto sorveglianza sono:

- l'Agenzia di Sanità Pubblica, per il coordinamento e per l'integrazione delle basi dati sanitarie, la pianificazione del software, il linkage e l'analisi dei dati georeferenziati
- Il CRCM, Dipartimento di Epidemiologia ASL/RM E
- Dipartimenti di Prevenzione delle ASL
- Il corpo dei vigili urbani e le forze dell'ordine se disponibili a fornire dati relativi ai rapporti di polizia.

Gli attori della realizzazione del sottoprogetto prevenzione sono:

- l'Agenzia di Sanità Pubblica, per il coordinamento
- il CRCM, Dipartimento di Epidemiologia ASL/RM E
- Dipartimenti di Prevenzione delle ASL,
- Enti locali, Polizia Municipale, Istituto Superiore di Sanità, Scuole, Altre associazioni; per la realizzazione di interventi di promozione della salute e diffusione di materiali.



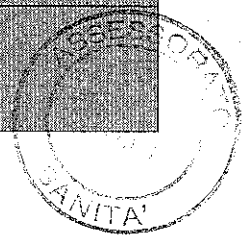


**PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE 2009**

|   |  |
|---|--|
| <b>Titolo del progetto</b>                          | Sorveglianza e Prevenzione degli incidenti stradali nel Lazio  |
| <b>Linea progettuale</b>                            | PPA incidenti stradali   |
| <b>Referente di progetto (nominativo, recapiti)</b> | Sara Farchi-Laziosanita Agenzia di Sanità Pubblica. tel 0683060315 email: farchi@asplazio.it - Amalia Vitagliano-Regione Lazio. Tel.0651688020 email: avitagliano@regione.lazio.it |

**SORVEGLIANZA**

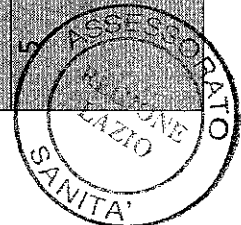
| codice attività | Descrizione attività  | Pianificazione |                      |                    | Vincoli criticità | Avanzamento                                |                       |                     | Note |
|-----------------|---|----------------|----------------------|--------------------|-------------------|--|-----------------------|---------------------|------|
|                 |   | Peso (%)       | Data inizio prevista | Data fine prevista |                   | Traguardo                                  | Data inizio effettiva | Data fine effettiva |      |
| 1               | Sviluppo delle attività di sorveglianza attraverso il tavolo di coordinamento regionale                                   | 2,5            | 01/01/2009           | 31/12/2009         |                   | Numero di riunioni effettuate              |                       |                     |      |
| 2               | Acquisizione, pulizia e linkage dei dati sanitari correnti (PS, SDO, Rencam) per la sorveglianza degli incidenti stradali | 12,5           | 01/01/2009           | 31/10/2009         |                   | realizzazione database per la sorveglianza |                       |                     |      |
| 3               | Analisi di fattibilità dell'integrazione della sorveglianza con i dati di   | 5              | 01/01/2009           | 31/10/2009         |                   |  |                       |                     |      |

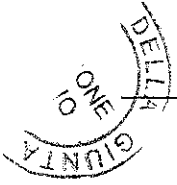




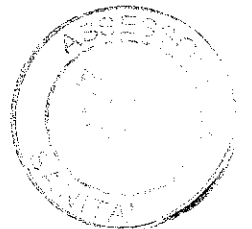
ASP  
 Azienda Sanitaria Provinciale

| attività | attività  | (%) | prevista   | prevista   | prevista  | criticità   | effettiva | fine | del traguardo         |
|----------|---|-----|------------|------------|---|---|-----------|------|-----------------------|
|          |   |     |            |            |   |   |           |      | (0%-25%-50%-75%-100%) |
| 1        | Sviluppo delle attività di prevenzione attraverso il tavolo di coordinamento regionale                            | 2,5 | 01/01/2009 | 31/12/2009 | Numero di riunioni effettuate   |   |           |      |                       |
| 2        | Coordinamento interaziendale delle attività di promozione della salute nelle scuole                               | 2,5 | 01/01/2009 | 31/12/2009 | numero di incontri del GDC  |   |           |      |                       |
| 3        | Attivazione di campagne di promozione dell'uso del casco e cinture presso i giovani                               | 10  | 01/01/2009 | 31/12/2009 | effettuazione della formazione agli insegnanti su almeno il 30% delle ASL | Questa attività dovrà essere svolta con la collaborazione delle scuole medie e superiori  |           |      |                       |
| 4        | Attivazione campagne educative sulle norme elementari del codice della strada presso le scuole elementari e medie | 20  | 01/01/2009 | 31/12/2009 | effettuazione della formazione agli insegnanti su almeno il 70% delle ASL | Questa attività dovrà essere svolta con la collaborazione delle scuole elementari e medie |           |      |                       |
| 5        | Coordinamento interaziendale delle attività di promozione della salute per i neogenitori                          | 2,5 | 01/01/2009 | 31/12/2009 | numero di incontri del GDC  |   |           |      |                       |





|            |   |           |            |            |  |  |  |  |
|------------|---|-----------|------------|------------|--|--|--|--|
| 6          | Promozione dell'uso del seggiolino per i bambini presso i dipartimenti materni- infantili o sedi vaccinali o altri luoghi | 12.5      | 01/01/2009 | 31/12/2009 | effettuazione dell'intervento in almeno il 70% delle ASL |  |  |  |
| <b>Tot</b> |   | <b>50</b> |            |            |  |  |  |  |





**Progetto regionale per il miglioramento dei servizi**

**e delle coperture vaccinali nel Lazio - 2009**

**Piano Nazionale della Prevenzione – Area Vaccinazioni**

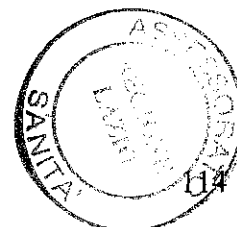
**- Scheda sintetica di progetto -**

**Anno 2009**

**Agenzia di Sanità Pubblica del Lazio**

**Area Prevenzione e Tutela della Salute**

**Articolazione Operativa Promozione e Tutela della Salute**



## **RAZIONALE (Introduzione, contesto regionale, problematiche)**

Nel 2007, a conclusione dei primi tre anni di attività del Piano Nazionale Prevenzione – Area Vaccinazioni (PNP-AV), le coperture per tutte le vaccinazioni dell'obbligo nel Lazio hanno raggiunto livelli soddisfacenti a 24 mesi (98,4%). I tassi di copertura contro la pertosse registrano livelli pressoché analoghi, mentre la vaccinazione contro la meningite da *H. influenzae* si attesta a livelli leggermente più bassi (96,1%), ma superiori alla media nazionale (95,5%). Nel 2008 le coperture vaccinali a 24 mesi per le vaccinazioni dell'obbligo appaiono in calo (95,8%), tuttavia è necessario precisare che il metodo utilizzato per calcolare le coperture è stato modificato. In particolare, nel 2008, si è scelto di adottare come fonte per il calcolo della popolazione target su cui valutare la copertura vaccinale, gli elenchi regionali degli assistiti invece che quelli delle anagrafi comunali. Questa scelta permette di migliorare la precisione e qualità delle stime sulle coperture vaccinali raggiunte.

Nel 2007, le coperture per morbillo, parotite e rosolia (MPR) hanno raggiunto buoni livelli entro i 24 mesi (90,4%), anche se inferiori agli obiettivi fissati dal Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita. Nel 2008 la copertura raggiunta è del 92,2%, in aumento rispetto all'anno precedente, ma non ancora sufficiente per interrompere la trasmissione indigena del virus, tanto che nel corso del 2008 sono stati notificati circa 360 casi di morbillo.

Tra le vaccinazioni rese disponibili tramite i servizi vaccinali, ma senza specifici obiettivi di copertura, la vaccinazione anti-pneumococcica ha ormai raggiunto coperture intorno al 70%, mentre per la vaccinazione antimeningococcica C la copertura è di circa il 65%. E' aumentato anche il numero assoluto di vaccinazioni antivaricella effettuate, anche se la decisione di dare priorità agli adolescenti rispetto ai nuovi nati ha determinato basse coperture a 24 mesi.

Tali risultati sono stati resi possibili anche grazie all'introduzione del Piano Regionale Vaccini e relativo calendario (DGR 877 del 18/10/05) e al successivo documento "Aggiornamento del Piano Regionale Vaccini" (DGR 133 del 29/02/2008) che hanno guidato l'attività di coordinamento, sorveglianza ed assistenza tecnica promossa dal PNP-AV. I documenti di programmazione sopra riportati, previsti tra le prime azioni del PNP-AV, hanno permesso la razionalizzazione delle azioni per il miglioramento dei servizi e delle coperture vaccinali nel Lazio. L'indagine campionaria sulle coperture vaccinali in età pediatrica, dei bambini residenti nella Regione Lazio, realizzata nel 2007 nell'ambito del programma, ha permesso inoltre di confermare i dati prodotti dal sistema routinario

di rilevazione delle coperture vaccinali, pur evidenziando una notevole variabilità dei livelli di copertura tra le varie ASL.

Tenuto conto di questa situazione, è stata considerata una priorità l'identificazione dei fattori di efficienza e degli specifici problemi presenti in ogni ASL, attraverso una ricognizione completa di tutti i servizi vaccinali regionali. Questa ulteriore indagine, condotta nel periodo 2007-2008, ci ha fornito delle indicazioni chiare ed è adesso necessario elaborare un documento di indirizzo per indicare le caratteristiche strutturali ed organizzative cui i Servizi vaccinali devono tendere per migliorare la qualità e l'efficienza nell'erogazione delle prestazioni.

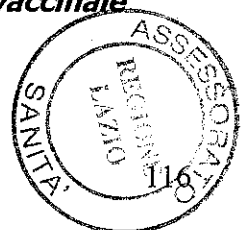
Un ulteriore problema è rappresentato dalla mancanza di sistemi anagrafici informatizzati in molte ASL anche se, nel corso del programma il numero di ASL che dispongono di un sistema di registrazione informatizzato delle vaccinazioni è aumentato, ed a livello regionale è stato sviluppato, nel corso del 2008, un sistema anagrafico vaccinale centrale. E' una priorità per la nostra Regione procedere con implementazione di tale sistema, avviato nel 2008 per la vaccinazione contro il papilloma virus, estendendolo alle altre vaccinazioni e completando, entro il 2009, il collegamento al sistema regionale di tutte le 12 ASL della Regione. Disporre di un'anagrafe vaccinale regionale è un presupposto fondamentale per la programmazione delle attività volte al raggiungimento e mantenimento degli obiettivi di copertura previsti dal PNV e dal PNEMRC.

#### **OBIETTIVO GENERALE (Finalità generale e target dell'intervento)**

L'obiettivo generale dell'intervento non è mutato rispetto a quello definito nella prima fase del progetto (2005/08): ***Garantire in modo uniforme a tutta la popolazione un uguale diritto all'accesso alla prevenzione vaccinale, superando le disuguaglianze geografiche e per stato socioeconomico, in modo da garantire coperture omogenee a tutti i cittadini ed affrontare i nuovi traguardi che la ricerca bio-medica ci offre.***

***Il raggiungimento dell'obiettivo generale del progetto sarà conseguito concentrando gli sforzi in tre campi di azione principali. In particolare:***

- ***Realizzazione della gestione informatizzata delle vaccinazioni***
- ***Miglioramento delle coperture vaccinali***
- ***Miglioramento della qualità strutturale e professionale dell'offerta vaccinale***



Di conseguenza il target principale dell'intervento sarà rappresentato dalle strutture regionali, aziendali e periferiche che garantiscono l'erogazione delle vaccinazioni. In particolare, per la prima azione, dalle strutture regionali di gestione dell'anagrafe informatizzata, per la seconda azione, dalle strutture di coordinamento aziendale ed infine, per la terza azione, l'organizzazione dei servizi periferici ed gli stessi presidi vaccinali.


### **COERENZA (contesto istituzionale, continuità dell'intervento, criticità da superare)**

La prima fase del PNP-AV si è avviata nel 2005 con la formulazione delle proposte operative. Nel giugno 2006 è stata conclusa ufficialmente la fase progettuale con la formulazione del cronoprogramma che prevedeva attività fino alla fine del 2007. E' stata poi avviata la fase di progettazione aziendale che si è conclusa con la formulazione di specifici piani di azione aziendali. La fase di implementazione delle attività aziendali del progetto è quindi durata due anni e una parte degli obiettivi non sono stati ancora realizzati. Alcune azioni previste sono già state realizzate, altre invece sono in via di realizzazione e l'estensione del progetto per un ulteriore anno permetterà il conseguimento di tutti gli obiettivi previsti. In particolare lo stato di realizzazione delle azioni previste può essere così riassunto:

#### ***Realizzazione della gestione informatizzata delle vaccinazioni.***

E' stata completata la verifica dei sistemi informativi per la raccolta dei dati vaccinali in tutte le ASL del Lazio. Alcune di esse hanno avviato, utilizzando le risorse del PNP-AV, l'adeguamento del software o l'acquisto dei computer necessari alla gestione informatizzata dell'anagrafe vaccinale. Nel corso del 2007-2008 in 9/12 ASL è stata realizzata un'anagrafe aziendale delle vaccinazioni, e nelle restanti 3 il processo di costruzione dell'anagrafe aziendale è ormai quasi conclusa.

A livello regionale, nel corso del 2008, è stato realizzato il sistema informatizzato per il monitoraggio della campagna di vaccinazione HPV, che prevede la creazione di un registro centralizzato dei dati individuali di vaccinazione HPV. In sintesi è stato creato un server regionale e sono state definite le procedure per l'esportazione dei dati dalle anagrafi vaccinali delle ASL al server regionale. Il sistema è stato realizzato per il monitoraggio della campagna di vaccinazione HPV ma è stata prevista la potenzialità di implementazione del sistema per includere progressivamente tutte le vaccinazioni previste dal calendario vaccinale regionale.

 Nel corso del 2009 verranno verificate le criticità del nuovo sistema per le vaccinazioni HPV e verrà predisposto l'allargamento dello stesso a tutte le vaccinazioni. Allo stesso tempo sarà avviata una discussione a livello regionale per verificare gli aspetti normativi sulla tutela dei dati personali e definire i passi eventuali che la Regione dovrà intraprendere presso il Garante per la tutela dei dati personali per rendere possibile l'istituzione del registro regionale dell'anagrafe vaccinale, superando le attuali criticità.



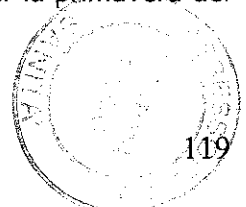
## **Miglioramento delle coperture vaccinali nei gruppi vulnerabili**

Il calendario regionale delle vaccinazioni (DGR 877 del 18/10/2005) ha rappresentato uno strumento essenziale per il superamento delle disuguaglianze geografiche e di stato socioeconomico in modo da garantire coperture omogenee a tutta la popolazione regionale.

L'applicazione del calendario regionale ha promosso il miglioramento delle coperture vaccinali per Hib ed MPR, identificando inoltre i soggetti vulnerabili obiettivo di specifiche campagne vaccinali.

Come previsto dalla DGR 877, il calendario è stato aggiornato per garantire l'inclusione dei nuovi strumenti vaccinali che la ricerca bio-medica ci offre. Il "Gruppo di lavoro per il miglioramento dei servizi e delle coperture vaccinali", che ha sostituito la "Commissione Consultiva Regionale per il Programma di Vaccinazione" ha definito una nota tecnica di aggiornamento al calendario regionale per le vaccinazioni dell'età evolutiva deliberata dalla Giunta Regionale (DGR 133 del 29/02/2008). La nota tecnica ed il relativo calendario vaccinale (allegato 1), rappresenterà lo strumento per la realizzazione del presente progetto poiché definisce gli obiettivi di copertura simili in tutto il territorio Regionale, promuove la realizzazione dell'anagrafe vaccinale e l'identificazione di specifiche campagne indirizzate ai soggetti appartenenti a gruppi vulnerabili, azioni che rappresentano dei prerequisiti essenziali per il raggiungimento degli obiettivi fissati. Nel corso del 2009 il Gruppo di lavoro per il miglioramento dei servizi e delle coperture vaccinali, continuerà a riunirsi per valutare le eventuali modifiche alle strategie vaccinali adottate e al calendario vaccinale, sulla base della situazione epidemiologica delle malattie infettive vaccino prevenibili e della disponibilità di nuove preparazioni vaccinali.

A partire dalla campagna antinfluenzale 2007/08 è stato deliberato il protocollo per la vaccinazione anti-pneumo adulti e gruppi a rischio che guiderà la campagna di vaccinazioni per queste categorie (allegato 2). Per migliorare le coperture vaccinali antirosolia, e ridurre l'incidenza della rosolia congenita, verrà realizzato un progetto che coinvolgerà i reparti di ostetricia e i servizi vaccinali per la promozione dell'MPR alle donne in post parto e post IVG. Infine nel corso del 2008 è stata avviata la ricerca "Strategie per il miglioramento della copertura vaccinale nei bambini con patologia cronica" coordinata dall'ospedale pediatrico Bambin Gesù a cui l'ASP partecipa in rappresentanza della regione Lazio, insieme a Campania e Liguria. In particolare, nel corso del 2008 sono state realizzate una ricognizione delle caratteristiche dei sistemi informativi delle ASL, una survey sulle attitudini e pratica dei medici vaccinatori nei confronti delle vaccinazioni a bambini portatori di specifiche patologie croniche, una survey sulle attitudini e pratica dei Pediatri di Libera Scelta nei confronti delle vaccinazioni a bambini portatori di specifiche patologie croniche survey. Nel corso del 2009 sarà completata una survey sulle famiglie dei piccoli pazienti, iniziata nel 2008, e si procederà all'analisi dei dati raccolti. La conclusione del progetto è prevista per la primavera del 2010.



## **Miglioramento della qualità strutturale e professionale dell'offerta vaccinale**

Sulla base dei risultati dell'indagine sui servizi vaccinali, condotta nel 2007-2008, il "Gruppo di lavoro per il miglioramento dei servizi e delle coperture vaccinali" ha avviato la definizione di un documento tecnico per il miglioramento delle caratteristiche strutturali, organizzative e professionali dei servizi vaccinali. Il documento rappresenterà, nel corso del 2009, la base di discussione per definire gli strumenti normativi e di indirizzo più adatti al rafforzamento della struttura organizzativa dei servizi vaccinali delle varie ASL ed al miglioramento della qualità strutturale e professionale dell'offerta vaccinale.

### **OBIETTIVI SPECIFICI**

Per il conseguimento dell'obiettivo generale del progetto vengono definiti tre obiettivi specifici (realistici, quantificabili, verificabili), uno per ognuno dei tre campi di azione principali. In particolare:

- 1. Implementazione di una anagrafe regionale delle vaccinazioni in grado di definire in tempo reale le coperture di ogni vaccinazione a livello regionale e nelle 12 ASL del Lazio.**
- 2. Identificazione di strumenti idonei al raggiungimento delle popolazioni vulnerabili, conduzione di specifiche campagne di vaccinazione per le categorie a rischio, implementazione delle coperture vaccinali fino a raggiungere e mantenere gli obiettivi di copertura previsti dai documenti di programmazione regionali.**
- 3. Approvazione di un manuale della qualità per le attività vaccinali e dei criteri autorizzativi per il miglioramento della qualità strutturale e professionale dell'offerta vaccinale.**

### **SOGGETTI COINVOLTI**

Gli attori coinvolti nella realizzazione del progetto per il 2009 saranno gli stessi che hanno realizzato le attività 2006/08, e cioè i servizi vaccinali delle 12 ASL, il gruppo di lavoro per il miglioramento delle coperture vaccinali, l'ASP e la Regione con i medesimi ruoli previsti nel programma esecutivo (2006). A questi si aggiungerà a partire dal 2008 l'Ospedale Pediatrico Bambin Gesù, che coordinerà il progetto di ricerca "Strategie per il miglioramento della copertura vaccinale nei bambini con patologia cronica" a cui l'ASP partecipa nell'ambito delle attività di implementazione/miglioramento delle coperture vaccinali previste dal cronoprogramma e dal piano esecutivo.





**PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE 2005-2009: PROGRAMMAZIONE DELLE ATTIVITA' PER L'ANNO 2009**

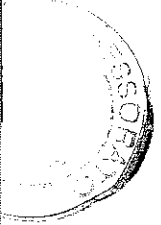
|                       |  |
|-----------------------|--|
| Regione - Obiettivo   | Lazio - Obiettivo 3  |
| Titolo del progetto   | Progetto di implementazione/miglioramento della qualità dell'offerta vaccinale   |
| Linea progettuale     | Vaccinazioni   |
| Peso del progetto     | 30%  |
| Referente di progetto | Dr. Filippo Curtale, Responsabile A.O. Reti per la Promozione e Tutela della Salute, Laziosanità-Agenzia di Sanità Pubblica, Via di Santa Costanza 53, Roma 00198.<br>Tel. 06-83060375; fax 06-83060405; e-mail: curtale@asplazio.it |

| N° attività | Descrizione attività  | Peso (%) | Data inizio prevista | Data fine prevista | Traguardo  | Vincoli Criticità  | Data inizio effettiva | Data fine effettiva | Valore rilevato del traguardo | Note   |
|-------------|---|----------|----------------------|--------------------|--|--|-----------------------|---------------------|-------------------------------|--|
| QS 1        | <i>Qualità strutturale</i><br>Individuazione dei requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi<br>Dimensionamento del bacino d'utenza | 5        | 01/01/2008           | 30/03/2008         | Raccomandazioni del GdL Regionale per il miglioramento delle coperture vaccinali | Convocazione Commissione Disponibilità delle informazioni necessarie | 01/01/2008            | 30/06/2008          | 100                           | Redazione del rapporto finale dello studio "Indagine sulle caratteristiche strutturali, tecnologiche ed organizzative dei presidi vaccinali nel Lazio" e discussione del rapporto nel GdL. |
| QS 2        | Formulazione dei requisiti minimi per l'accredimento dei servizi vaccinali  | 5        | 01/04/2008           | 30/05/2008         | Nota ASP   |  |                       |                     |                               |  |



10  
11  
12  
13  
14  
15

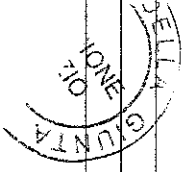
|      |   |    |            |            |  |                                   |          |    |   |
|------|---|----|------------|------------|--|-----------------------------------|----------|----|---|
| QS 3 | Formulazione di un manuale della qualità per le attività vaccinali o di linee guida Regionali   | 5  | 01/04/2008 | 30/06/2009 | Nota ASP   | 15/10/2008                        | In corso | 25 | E' stato individuato un gruppo di lavoro costituito dai Responsabili dei Servizi Vaccinali delle 12 ASL della Regione cui è stato affidato il ruolo di predisporre un documento sulle procedure da adottare nelle attività vaccinali. Tali procedure verranno raccolte in un manuale della qualità. |
| QS 4 | Approvazione dei requisiti minimi per le strutture che erogano vaccinazione   | 10 | 01/07/2008 | 30/09/2009 | Delibera Regionale   | Sensibilità del decisore politico |          |    |   |
| QS 5 | Approvazione del manuale della qualità per le attività vaccinali  | 10 | 01/07/2008 | 30/09/2009 | Delibera Regionale   | Sensibilità del decisore politico |          |    |   |
| QS 6 | Adeguamento ASL agli standard di qualità per le attività vaccinali  | 10 | 01/10/2009 | 30/12/2009 | Accreditamento ASL   | Disponibilità fondi vincolati     |          |    |   |
| QS 7 | Monitoraggio  | 5  | 01/10/2009 | 30/12/2009 | Utilizzo del manuale di qualità nei Servizi Vaccinali di tutte le ASL            |                                   |          |    |   |
| QS 8 | <b>Qualità professionale</b><br>Definizione curriculum formativo per le diverse tipologie professionali e individuazione del rapporto personale/popolazione | 5  | 01/06/2009 | 30/09/2009 | Raccomandazioni del GoL Regionale per il miglioramento delle coperture vaccinali |                                   |          |    |   |



|       |  |    |            |            |   |   |  |  |  |
|-------|--|----|------------|------------|---|---|--|--|--|
| QS 9  | Formulazione di un piano formativo regionale per gli operatori dei Servizi Vaccinali | 5  | 01/06/2009 | 30/09/2009 | Nota tecnica ASP  | Identificare messaggi formativi adeguati alla formazione di base del target                     |  |  |  |
| QS 10 | Approvazione del piano formativo regionale per gli operatori dei Servizi Vaccinali   | 10 | 30/09/2009 | 30/10/2009 | Delibera Regionale  |   |  |  |  |
| QS 11 | Attuazione del piano formativo a livello regionale e locale                          | 10 | 01/10/2009 | 30/11/2009 | Certificazione dello svolgimento di corsi di formazione regionali e aziendali                   | Adeguatezza capillarità del progetto formativo<br>Disponibilità fondi vincolati                 |  |  |  |
| QS 12 | Adeguamento ASL agli standard di qualità professionale                               | 10 | 01/10/2009 | 30/11/2009 | Attestazione ASL  | Disponibilità fondi vincolati<br>Recepimento formazione<br>Cambiamento rapporto medico paziente |  |  |  |
| QS 13 | Monitoraggio   | 5  | 01/12/2009 | 30/12/2009 | Indagine qualitativa finalizzata alla misurazione del gradimento degli operatori e degli utenti | Disponibilità fondi vincolati   |  |  |  |

**PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE 2005-2009: PROGRAMMAZIONE DELLE ATTIVITA' PER L'ANNO 2009**

|  |  |
|--|--|
| Regione - Obiettivo  | Lazio - Obiettivo 2  |
| Titolo del progetto  | Progetto di implementazione/imiglioramento delle coperture vaccinali previste dal Piano Nazionale Vaccini 2005-2007, dal Piano Nazionale di Eliminazione del Morbillo e della Rosolia Congenita e per i soggetti appartenenti a gruppi vulnerabili |
| Linea progettuale  | Vaccinazioni   |
| Peso del progetto  | 30%  |
| Referente di progetto (indicare nominativo, ente di riferimento) | Dr. Filippo Curtale, Responsabile A.O. Reti per la Promozione e Tutela della Salute, Laziosanità-Agenzia di Sanità Pubblica, Via di Santa Costanza 53, Roma 00198.   |

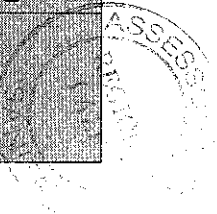


appartenenza, recapiti) Tel. 06-83060375; fax 06-83060405; e-mail: curtale@asp Lazio.it

| N° attività | Descrizione attività  | Peso (%) | Data inizio prevista | Data fine prevista | Traguardo   | Vincoli Criticità                            | Data inizio effettiva | Data fine effettiva | Valore rilevato del traguardo | Note  |
|-------------|---|----------|----------------------|--------------------|---|--|-----------------------|---------------------|-------------------------------|---|
| AC 1        | Promulgazione Piano Regionale Vaccini 2005  | 5        | 31/05/2005           | 30/10/2005         | Delib. G.R. n. 877 del 18/10/05   |  | 31/05/2005            | 18/10/2005          | 100                           | La Giunta Regionale del Lazio ha deliberato il Piano Regionale Vaccini in data 18/10/2005 (DGR n. 877 in allegato)  |
| AC 2        | Aggiornamento del Piano Regionale Vaccini 2005  | 10       | 01/03/2007           | 01/06/2007         | Delibera Giunta Regionale   |  | 01/03/2007            | 29/02/2008          | 100                           | La Giunta Regionale del Lazio ha deliberato l'Aggiornamento del Piano Regionale Vaccini in data 29/02/2008 (DGR n. 133 in allegato)   |
| AC 3        | Verifica trimestrale delle coperture a 24 mesi per le vaccinazioni dell'età evolutiva | 5        | 01/04/2006           | 30/12/2007         | Raccolta riepiloghi vaccinali entro il trimestre successivo a quello di riferimento | Incertezza congruità numeratori/denominatori | 01/04/2006            | In corso            | 100                           | Identificazione in ciascuna ASL di un Referente unico per le attività di vaccinazione e trasmissione riepiloghi vaccinali. Miglioramento della qualità dei dati trasmessi e maggiore rispetto dei tempi anche se permangono ritardi rilevanti per alcune ASL. |



|             |  |           |                   |                   |   |   |                   |                   |            |   |
|-------------|--|-----------|-------------------|-------------------|---|---|-------------------|-------------------|------------|---|
| <p>AC 4</p> | <p>Miglioramento della sorveglianza delle meningiti e delle malattie invasive da batteri</p> | <p>10</p> | <p>01/03/2005</p> | <p>30/12/2008</p> | <p>Report ASP sulla incidenza e distribuzione delle meningiti batteriche con l'indicazione dell'agente eziologico nel 75% dei casi notificati</p> | <p>Trasmissione degli isolati ai laboratori di riferimento</p>  | <p>01/03/2005</p> | <p>In corso</p>   | <p>75</p>  | <p>Tale attività è realizzata attraverso l'implementazione della sorveglianza di laboratorio e il linkage dei sistemi informativi della meningite batterica (attività già descritte nel precedente cronoprogramma), nonché, più di recente, attraverso l'adesione al sistema di sorveglianza messo a punto dall'Istituto Superiore di Sanità. Negli ultimi mesi del 2008 è stato approvato, in accordo con i responsabili dei laboratori di riferimento regionale per le meningiti batteriche, un protocollo per il rafforzamento del sistema di sorveglianza di laboratorio.</p> |
| <p>AC 5</p> | <p>Identificazione di popolazioni a rischio per meningite batterica</p>                      | <p>5</p>  | <p>01/03/2007</p> | <p>29/02/2008</p> | <p>Aggiornamenti o delle indicazioni sull'offerta vaccinale alle categorie a rischio nella revisione del Piano</p>                                | <p>Mancanza di personale e risorse aggiuntive per condurre campagne di vaccinazioni per gruppi di popolazione a rischio</p> | <p>01/03/2007</p> | <p>29/02/2008</p> | <p>100</p> | <p>L'aggiornamento del Piano Regionale Vaccini 2005 è stato approvato il 29/02/2008 (DGR n. 133 in allegato).</p>   |



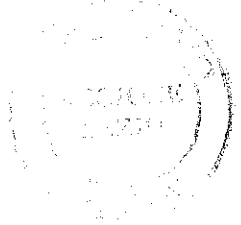


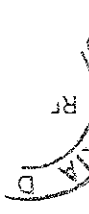
|      |   |    |            |            |  |                               |            |            |     |   |
|------|---|----|------------|------------|--|-------------------------------|------------|------------|-----|---|
| AC 6 | Attivazione campagne di promozione delle vaccinazioni per pneumococco e meningococco nei gruppi a rischio | 10 | 01/01/2008 | 30/12/2008 | Avvio di specifiche campagne vaccinali | Disponibilità fondi vincolati | 01/03/2008 | 05/08/2008 | 100 | Nella Regione Lazio è stata avviata una strategia di offerta della vaccinazione antipneumococcica ai soggetti a rischio, con particolare riferimento ai soggetti istituzionalizzati o ricoverati presso strutture residenziali, semiresidenziali e di lungodegenza e ai soggetti affetti da malattie renali con insufficienza renale e/o sottoposti a dialisi (DGR n. 697 del 14/09/2007). L'offerta attiva della vaccinazione verrà implementata attraverso la progressiva inclusione nel protocollo di offerta di ulteriori categorie a rischio. Con la DGR n. 621 del 5 agosto 2008 (antiflu-antipneumo 2008-2009) l'offerta della |
|------|---|----|------------|------------|--|-------------------------------|------------|------------|-----|---|



AVVERTENZE  
 (9) FINALE

|       |  |   |            |            |   |  |   |
|-------|--|---|------------|------------|---|--|---|
| AC 10 | Definizione delle modalità di informazione agli operatori sanitari e alle popolazioni a rischio  | 5 | 01/06/2009 | 30/12/2009 | Produzione e distribuzione di materiale informativo | Eterogeneità del target<br>Eterogeneità dei messaggi informativi<br>Produzione di materiale multilingue<br>Disponibilità fondi vincolati | avvenuta<br>malattia/vaccinazione. La raccolta delle informazioni avverrà presso i presidi vaccinali e la popolazione di riferimento è rappresentata dalle dodicenni sfruttando l'occasione offerta dalla vaccinazione per HPV. |
| AC 11 | Risoluzione in gravidanza di definizione di protocolli operativi per l'identificazione delle donne suscettibili e l'offerta della vaccinazione in occasione dei programmi di screening per la prevenzione del cancro della cervice uterina | 5 | 01/06/2009 | 30/12/2009 | Protocolli aziendali                                | Coinvolgimento dei servizi che effettuano programmi di screening<br>Disponibilità fondi vincolati  |   |





|       |   |   |            |            |  |   |  |  |   |
|-------|---|---|------------|------------|--|---|--|--|---|
| AC 12 | Rosolia in gravidanza. definizione di protocolli operativi per l'integrazione tra le strutture di diagnosi (clinica, laboratoristica) e il Servizio Vaccinale della ASL competente. | 5 | 01/03/2008 | 30/09/2009 | Nota ASP   | Collaborazione da parte delle strutture coinvolte |  |  | E' in progettazione uno studio pilota, per identificare percorsi di integrazione territorio-ospedale finalizzati alla somministrazione della vaccinazione MPR alle donne suscettibili nel post parto o post interruzione di gravidanza. |
| AC 13 | Attivazione della campagna di promozione della vaccinazione per rosolia, varicella nei gruppi a rischio   | 5 | 01/06/2009 | 30/12/2009 | Avvio di specifiche campagne vaccinali   | Disponibilità fondi vincolati                     |  |  |   |
| AC 14 | Monitoraggio attività condotte per prevenire meningite, morbillo, rosolia, varicella  | 5 | 01/06/2009 | 30/12/2009 | Attuazione delle campagne vaccinali in tutte le ASL<br>Studi di incidenza nei gruppi a rischio |   |  |  |   |



|       |  |   |            |            |             |            |          |    |  |
|-------|--|---|------------|------------|-------------|------------|----------|----|--|
| AC 15 | Definizione di strategie vaccinali per i soggetti in età pediatrica con patologie croniche | 5 | 01/04/2008 | 31/03/2010 | Linee guida | 01/04/2008 | In corso | 50 | Lazio<br>Sanità<br>Agenzia di Sanità<br>Pubblica<br>Regione<br>Lazio<br>(ASP) collabora con<br>il Centro Nazionale<br>per la Prevenzione<br>ed il Controllo delle<br>Malattie (CCM) e<br>con l'Ospedale<br>Pediatrico Bambino<br>Gesù - IRCCS<br>(OPBG) per la<br>realizzazione, sul<br>territorio regionale,<br>di una indagine che<br>ha lo scopo di<br>individuare alcuni<br>determinanti di<br>vaccinazione nelle<br>popolazioni<br>pediatriche con<br>patologia cronica<br>(Sindrome di Down,<br>fibrosi cistica,<br>diabete mellito,<br>infezione da HIV,<br>patologie<br>neurologiche) e di<br>implementare e<br>sperimentare alcune<br>strategie integrate<br>per migliorare la<br>copertura vaccinale<br>in queste categorie.<br>Nel corso del 2008<br>sono state condotte<br>le attività previste<br>dal progetto. In<br>particolare sono<br>state completate la |
|-------|--|---|------------|------------|-------------|------------|----------|----|--|



|      |                           |   |            |            |   |   |  |  |  |
|------|---------------------------|---|------------|------------|---|---|--|--|--|
| AC16 | Valutazione fine progetto | 5 | 01/12/2008 | 30/12/2008 | Calcolo coperture raggiunte<br>Studi di Incidenza | Realizzazione dell'anagrafe dei gruppi a rischio<br>Realizzazione studi sulla copertura vaccinale |  |  | survey sui sistemi informativi delle ASL, la survey sui medici vaccinatori delle ASL e sono state avviate una survey sui PDF e una sui bambini portatori delle patologie indagate. |
|------|---------------------------|---|------------|------------|---|---|--|--|--|





PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE 2005-2009: PROGRAMMAZIONE DELLE ATTIVITA' PER L'ANNO 2009

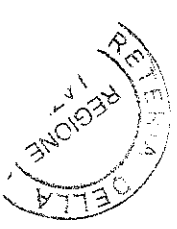
|                            |   |
|----------------------------|---|
| <b>Regione - Obiettivo</b> |   |
| Titolo del progetto        | Lazio - Obiettivo 1   |
| Linea progettuale          | Progetto di attivazione per la realizzazione dell'anagrafe vaccinale informatizzata   |
| Peso del progetto          | Vaccinazioni<br>40%   |
| Referente di progetto      | Dr. Filippo Curtale, Responsabile A.O. Reti per la Promozione e Tutela della Salute, Laziosanità-Agenzia di Sanità Pubblica, Via di Santa Costanza 53, Roma 00198.<br>Tel. 06-83060375; fax 06-83060405; e-mail: curtale@asp Lazio.it |

| N° attività | Descrizione attività   | Peso (%) | Data inizio prevista | Data fine prevista | Traguardo                     | Vincoli/Criticità   | Data inizio effettiva | Data fine effettiva | Valore rilevato del traguardo | Note   |
|-------------|--|----------|----------------------|--------------------|-------------------------------|---|-----------------------|---------------------|-------------------------------|--|
| AV 1        | Realizzazione di un'anagrafe vaccinale aziendale in tutte le 12 ASL della Regione  | 10       | 01/01/2005           | 30/10/2007         | Attestazione ASL Conferma ASP | Informatizzazione del presidio vaccinale e loro collegamento all'anagrafe aziendale | 01/01/2005            | Completata          | 100                           | In tutte le ASL esiste un'anagrafe vaccinale aziendale anche se esistono criticità legate al collegamento da parte di tutti i singoli presidi vaccinali all'interno di ogni singola ASL  |
| AV 2        | Collegamento delle anagrafi comunali di popolazione alle rispettive anagrafi aziendali o, in alternativa, implementazione della acquisizione dei dati anagrafici attraverso percorsi da definire a livello locale e/o attraverso il collegamento con le anagrafi degli assistiti | 10       | 01/01/2008           | 30/12/2009         | Rapporto ASP                  | Informatizzazione del Comune e loro disponibilità a collaborare con le ASL          |                       | In corso            | 50                            | Il collegamento delle anagrafi aziendali con le anagrafi comunali di popolazione, per il momento, non verrà realizzato in quanto presenta numerose criticità. Da una recente indagine campionaria sulle coperture vaccinali nelle 12 ASL regionali, è emerso che il registro degli assistiti ha una percentuale di |

IN  
VIA  
NELLA  
VIA

|      |   |    |            |            |  |  |            |            |     |   |
|------|---|----|------------|------------|--|--|------------|------------|-----|---|
| AV 3 | Creazione di un server regionale (anagrafe), elaborazione del sistema regionale on line, i dati relativi alle attività vaccinali confluiranno nel server regionale con due diverse modalità: inserimento on-line o scarico automatico dalle anagrafi aziendali. | 16 | 01/01/2008 | 30/03/2008 | Disponibilità del sistema on-line  | Disponibilità fondi vincolati                  | 01/01/2008 | Completata | 100 | corrispondenza con le anagrafi comunali di popolazione superiore al 97%, per cui, in questa prima fase, i dati anagrafici verranno acquisiti dall'anagrafe degli assistiti.   |
| AV 4 | Definizione delle procedure di esportazione dei dati presenti nelle anagrafi aziendali nel server regionale   | 5  | 01/03/2008 | 30/06/2009 | Attestazione della società Informatica che curerà la creazione del sistema regionale | Eterogeneità del software utilizzati nelle ASL | 30/03/2008 | Completata | 100 | E' stato attivato, nell'ambito di LazioSanità-Agenzia di Sanità Pubblica un server centralizzato, web-based, che raccoglie i dati relativi alle vaccinazioni anti-HPV somministrate nelle 12 ASL della Regioni.<br><br>E' stato fornito, alle ASL, un tracciato record per standard dell'acquisizione delle informazioni sulle vaccinazioni HPV somministrate; è stato creato un software di conversione per uniformare i dati provenienti da ASL che utilizzano, per la propria anagrafe vaccinale aziendale, software differenti. |

|       |  |    |            |            |  |   |            |          |    |   |
|-------|--|----|------------|------------|--|---|------------|----------|----|---|
| AV 5  | Formazione personale addetto all'anagrafe vaccinale  | 10 | 01/04/2008 | 30/06/2009 | Svolgimento dei corsi di formazione in tutte le 12 ASL                             | Disponibilità fondi vincolati                                   | 30/06/2008 | In corso | 75 | Attività non ancora completate  |
| AV 6  | Implementazione del sistema regionale con progressiva inclusione dei dati relativi a tutte le vaccinazioni | 10 | 30/06/2009 | 30/12/2009 | Attestazione della società informatica che cura la creazione del sistema regionale | Disponibilità fondi vincolati                                   |            |          |    |   |
| AV 7  | Definizione dei report prodotti dal sistema  | 5  | 01/05/2008 | 30/06/2009 | Attestazione ASP   |   |            |          |    |   |
| AV 8  | Trasferimento dell'archivio vaccinale del Comune Roma dalla ASL RM C al server regionale                   | 5  | 30/06/2009 | 30/12/2009 | Attestazione da parte della ASL RM C Conferma ASP                                  | Corretta definizione delle procedure di esportazione e dei dati |            |          |    |   |
| AV 9  | Trasferimento dati vaccinali ASL nel server Regionale  | 5  | 01/07/08   | 30/06/2009 | Attestazione ASL Conferma ASP  | Corretta definizione delle procedure di esportazione e dei dati | 30/06/2008 | In corso | 75 | Al momento in 9/12 ASL l'esportazione dei dati avviene con le modalità definite dall'ASP. |
| AV 10 | Sperimentazione del nuovo sistema di gestione informatizzata vaccinazioni                                  | 5  | 30/06/2009 | 30/12/2009 | Coincidenza dati cartacei e informatizzati   | Mancato inserimento dati<br>Mancato invio dati cartacei         |            |          |    |   |
| AV 11 | Adeguamento e finalizzazione del sistema   | 5  | 30/06/2009 | 30/12/2009 | Anagrafe vaccinale definitiva  | Disponibilità fondi vincolati                                   |            |          |    |   |
| AV 12 | Promulgazione del sistema  | 10 | 30/06/2009 | 30/12/2009 | Delibera Regionale   | Priorità Assessorato Sanità                                     |            |          |    |   |



|       |                               |   |            |            |   |  |
|-------|-------------------------------|---|------------|------------|---|--|
| AV 13 | Calcolo delle coperture reali | 5 | 30/06/2009 | 30/12/2009 | Invio riepiloghi vaccinali 2008 al Ministero della Salute | Puntualità nell'inserimento dati vaccinali |
|-------|-------------------------------|---|------------|------------|---|--|

|  |
|--|
| <b>ASSEGNAZIONE DELLE QUOTE VINCOLATE AGLI<br/>         OBIETTIVI DI PIANO SANITARIO NAZIONALE</b> |
| <b>SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI</b>                             |

**GENERALITA'**

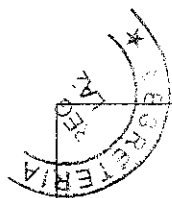
|                                    |   |
|------------------------------------|---|
| REGIONE PROPONENTE                 | REGIONE LAZIO   |
| DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO) |   |
| LINEA PROGETTUALE                  | TUTELA DELLA MATERNITA' E PROMOZIONE DELL'APPROPRIATEZZA DEL PERCORSO NASCITA |
| TITOLO DEL PROGETTO                | FAVORIRE IL PARTO NATURALE  |
| DURATA DEL PROGETTO                | 12 MESI   |
| REFERENTE                          | Dr. Luca Casertano – Area Programmazione Rete Ospedaliera e Ricerca           |

**ASPETTI FINANZIARI**

|   |           |
|---|-----------|
| COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO                      | 1.000.000 |
| IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2009 | 1.000.000 |
| QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE                       | 0         |

**IL PROGETTO**

|             |   |
|-------------|---|
| CONTESTO    | <p>Nel Lazio sono presenti 161 Consultori Familiari, 54 punti nascita di cui 29 di I livello, 14 di II livello e 11 di III livello, più due centri di sola assistenza neonatale intensiva.</p> <p>Nel Lazio nel 2007 risultano circa 55.000 nascite. La percentuale di nascite a termine è del 93%, con una percentuale stimata di gravidanze e parti fisiologici pari a circa il 90%. Il tasso di parto cesareo nel 2007 è pari al 44% e la quota di nascite di donne nate all'estero è pari al 21%.</p> |
| DESCRIZIONE | <p>Il progetto prevede le seguenti azioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementazione e monitoraggio dell'adesione alle LG sul parto cesareo pubblicate nel 2006;</li> <li>• Riqualificazione della rete ospedaliera dei centri delle unità perinatali di I livello dedicate all'assistenza al parto ed al neonato fisiologici;</li> <li>• Indagine sulle caratteristiche strutturali ed</li> </ul>   |



|   |   |
|---|---|
|   | <p>organizzative delle unità perinatali di I livello;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Indagine sui 160 Consultori Familiari e proposte di riorganizzazione della rete;</li><li>• Definizione di percorsi assistenziali fra CF e unità perinatali di I livello.</li></ul>  |
| OBIETTIVI   | <p>Favorire il parto naturale riducendo la quota di parti con taglio cesareo</p> <p>Definire percorsi assistenziali di preparazione alla nascita individuando come parte attiva i Consultori Familiari</p> <p>Disporre di dati sulle caratteristiche strutturali ed organizzative dei CF e delle UP di I livello al fine di pianificare la rete.</p>  |
| TEMPI DI ATTUAZIONE<br>(CRONOPROGRAMMA)                 | <p>1-6 mesi- pianificazione e conduzione delle indagini sui CF e UP I livello;</p> <p>1-6 mesi- produzione di statistiche trimestrali sulle modalità del parto per singola UP di I liv.</p> <p>1-12 mesi- Implementazione e monitoraggio dell'adesione alle LG sul parto cesareo</p> <p>7-12 mesi- proposta di riqualificazione della rete ospedaliera dei centri delle unità perinatali di I livello</p>   |
| INDICATORI<br>(di struttura, di processo, di risultato) | <ul style="list-style-type: none"><li>- tassi di taglio cesareo elettivo e d'urgenza per gravidanze a basso rischio stratificati per età materna, e luogo di nascita della donna per singola UP I liv.</li><li>- Numero di CF valutati sul totale di CF del Lazio</li><li>- Numero di UP I livello valutate sul totale delle UP di I livello</li><li>- Numero di AASSLL che hanno attivato percorsi CF – UP I livello sul totale delle AASSLL</li><li>-</li></ul>   |
| RISULTATI ATTESI  | <ul style="list-style-type: none"><li>- Produzione di un report sulle attività e caratteristiche dei CF e delle UP I livello</li><li>- Produzione di un report annuale sulle gravidanze fisiologiche</li><li>- Adeguamento di almeno il 50% dei CF e delle UP I livello agli standard assistenziali previsti dalla normativa nazionale e regionale</li><li>- Attivazione di percorsi integrati CF- UP di I livello pubbliche</li><li>- Riduzione di almeno il 10% del tasso di taglio cesareo nelle up I livello pubbliche.</li></ul> |





|   |
|---|
| <b>ASSEGNAZIONE DELLE QUOTE VINCOLATE AGLI<br/>OBIETTIVI DI PIANO SANITARIO NAZIONALE</b> |
| <b>SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI</b>                    |

**GENERALITA'**

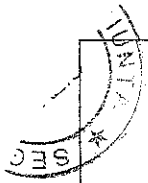
|                                    |   |
|------------------------------------|---|
| REGIONE PROPONENTE                 | REGIONE LAZIO   |
| DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO) |   |
| LINEA PROGETTUALE                  | TUTELA DELLA MATERNITA' E PROMOZIONE DELL'APPROPRIATEZZA DEL PERCORSO NASCITA |
| TITOLO DEL PROGETTO                | UMANIZZARE EVENTO NASCITA   |
| DURATA DEL PROGETTO                | 12 MESI   |
| REFERENTE                          | Dr. Luca Casertano – Area Programmazione Rete Ospedaliera e Ricerca           |

**ASPETTI FINANZIARI**

|   |            |
|---|------------|
| COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO                      | 13.000.000 |
| IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2009 | 13.000.000 |
| QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE                       | 0          |

**IL PROGETTO**

|             |  |
|-------------|--|
| CONTESTO    | <p>Nel Lazio sono presenti 161 Consultori Familiari, 54 punti nascita di cui 29 di I livello, 14 di II livello e 11 di III livello, più due centri di sola assistenza neonatale intensiva.</p> <p>Nel Lazio nel 2007 risultano circa 55.000 nascite. La percentuale di nascite a termine è del 93%, con una percentuale stimata di gravidanze e parti fisiologici pari a circa il 90%. Il tasso di parto cesareo nel 2007 è pari al 44% e la quota di nascite di donne nate all'estero è pari al 21%. Nel Lazio la quota di parti vaginali effettuati con analgesia epidurale/spinale è del 30%, con notevoli differenze tra le strutture.</p> |
| DESCRIZIONE | <p>Il progetto prevede le seguenti azioni:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Adesione ai 10 passi UNICEF/OMS degli Ospedali Amici del Bambino</li><li>• Adesione al progetto genitoripiù;</li></ul>  |



|  |   |
|--|---|
|  | <ul style="list-style-type: none"><li>• Monitoraggio dell'attività delle UP riguardo il parto indolore, l'allattamento precoce e il rooming-in</li><li>• Definizione della rete delle strutture autorizzate ad effettuare analgesia perimidollare e degli standard di riferimento (ad esempio, volume minimo di attività, e personale);</li></ul>   |
| OBIETTIVI  | Garantire standard di qualità nelle strutture autorizzate ad effettuare analgesia perimidollare;<br><br>promuovere l'allattamento materno precoce in tutte le UP<br><br>potenziare il rooming-in H24 e diurno   |
| TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)                 | 1-12 mesi- adesione progetto OAB e genitoripiù;<br>1-12 mesi- produzione di statistiche del monitoraggio delle strutture<br>7-12 mesi- proposta di definizione della rete dei centri  |
| INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato) | <ul style="list-style-type: none"><li>- % di adesione ai 10 passi UNICEF/OMS OAB</li><li>- % di neonati con allattamento materno esclusivo durante la degenza in ospedale ad alla dimissione</li><li>- % di UP con rooming-in diurno</li><li>- % di UP con rooming-in H24</li><li>- % di UP che effettuano almeno 200 analgesie perimidollari in parti vaginali/anno</li></ul>              |
| RISULTATI ATTESI                                     | <ul style="list-style-type: none"><li>- Approvazione degli standard di qualità per il parto indolore con un provvedimento regionale</li><li>- Produzione di un report annuale sull'allattamento materno, sul rooming-in e sulla frequenza d'uso di parto indolore;</li><li>- Incremento del 10 % della percentuale di bambini allattati al seno in modo esclusivo alla dimissione</li></ul> |



|   |
|---|
| <b>ASSEGNAZIONE DELLE QUOTE VINCOLATE AGLI<br/>OBIETTIVI DI PIANO SANITARIO NAZIONALE</b> |
| <b>SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI</b>                    |

**GENERALITA'**

|                                    |  |
|------------------------------------|--|
| REGIONE PROPONENTE                 | REGIONE LAZIO  |
| DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO) |  |
| LINEA PROGETTUALE                  | TUTELA DELLA MATERNITA' E PROMOZIONE DELL' APPROPRIATEZZA DEL PERCORSO NASCITA |
| TITOLO DEL PROGETTO                | RIDUZIONE MORTALITA' MATERNA E NEONATALE                                       |
| DURATA DEL PROGETTO                | 12 MESI  |
| REFERENTE                          | Dr. Luca Casertano – Area Programmazione Rete Ospedaliera e Ricerca            |

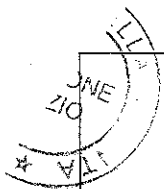
**ASPETTI FINANZIARI**

|   |            |
|---|------------|
| COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO                      | 13.000.000 |
| IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2009 | 13.000.000 |
| QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE                       | 0          |

**IL PROGETTO**

|          |  |
|----------|--|
| CONTESTO | <p>Nel Lazio sono presenti 161 Consultori Familiari, 54 punti nascita, di cui 29 di I livello, 14 di II livello e 11 di III livello, più due centri di sola assistenza neonatale intensiva.</p> <p>Nel Lazio nel 2007 risultano circa 55.000 nascite. La percentuale di nascite pretermine è del 7%, e di nascite estremamente pretermine dell'1%. Ogni anno circa 600 bambini con età gestazionale inferiore o uguale a 31 settimane e/o con peso alla nascita <math>\leq</math> a 1499 grammi vengono ricoverati in terapia intensiva neonatale.</p> <p>Nel Lazio il tasso di mortalità neonatale è pari al 3.3 per 1000 e di mortalità materna a circa il 7-10 per 100.000.</p> |
|----------|--|





|  |   |
|--|---|
| DESCRIZIONE  | <p>Il progetto prevede le seguenti azioni:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Riqualificazione della rete ospedaliera delle unità perinatali di II e III livello dedicate all'assistenza al parto ed al neonato a rischio;</li><li>• Indagine sulle caratteristiche strutturali ed organizzative delle unità perinatali di II e III livello;</li><li>• Diffusione di LG per il trasferimento in utero verso strutture di II o III livello</li><li>• Qualificazione degli standard assistenziali delle strutture di II e III livello</li><li>• Monitoraggio delle morti e delle near misses materne</li><li>• Monitoraggio dell'attività delle Unità di Terapia Intensiva Neonatale</li></ul> |
| OGGETTIVI  | <p>Garantire standard di qualità nelle strutture di II e III livello</p> <p>promuovere il trasferimento in utero delle gravidanze a rischio verso UP di II e III livello</p> <p>ridurre il numero di punti nascita con meno di 500 parti l'anno</p>   |
| TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)                 | <p>1-6 mesi- pianificazione e conduzione delle indagini delle UP II e III livello;</p> <p>7-12 mesi- produzione di report annuale sulle attività delle UTIN e sui tassi di mortalità e near misses materne</p> <p>7-12 mesi- proposta di riqualificazione della rete ospedaliera dei centri delle unità perinatali di II e III livello</p>  |
| INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato) | <ul style="list-style-type: none"><li>- Numero di morti materne da cause indirette e dirette</li><li>- Numero di near misses materne per gruppi di cause ed istituto</li><li>- Tassi di mortalità intraospedalieri per i neonati con età gestazionali molto basse</li><li>- Numero di UP II e III livello valutate sul totale delle UP di II e III livello</li></ul>  |
| RISULTATI ATTESI                                     | <ul style="list-style-type: none"><li>- Almeno il 90% di UP con guardia attiva ostetrica e neonatologica H24</li><li>- Almeno il 90% di neonati con età gestazionale o peso alla nascita molto bassi nati in UP di III livello</li><li>- Diffusione a tutte le UP di I e II livello di raccomandazioni per il trasferimento materno verso UP di II e III livello</li></ul>  |



|   |
|---|
| <b>ASSEGNAZIONE DELLE QUOTE VINCOLATE AGLI<br/>OBIETTIVI DI PIANO SANITARIO NAZIONALE</b> |
| <b>SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI</b>                    |

**GENERALITA'**

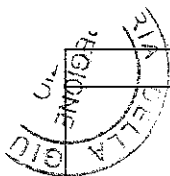
|                                    |   |
|------------------------------------|---|
| REGIONE PROPONENTE                 | REGIONE LAZIO   |
| DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO) |   |
| LINEA PROGETTUALE                  | TUTELA DELLA MATERNITA' E PROMOZIONE DELL'APPROPRIATEZZA DEL PERCORSO NASCITA |
| TITOLO DEL PROGETTO                | TRASPORTO NEONATALE   |
| DURATA DEL PROGETTO                | 12 MESI   |
| REFERENTE                          | Dr. Luca Casertano – Area Programmazione Rete Ospedaliera e Ricerca           |

**ASPETTI FINANZIARI**

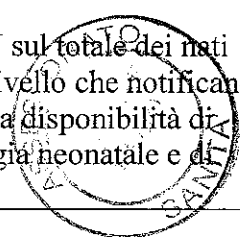
|   |           |
|---|-----------|
| COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO                      | 1.000.000 |
| IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2009 | 1.000.000 |
| QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE                       | 0         |

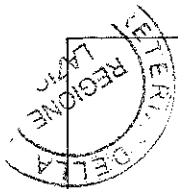
**IL PROGETTO**

|          |   |
|----------|---|
| CONTESTO | <p>Nel Lazio sono presenti 54 punti nascita, di cui 29 di I livello, 14 di II livello e 11 di III livello, più due centri di sola assistenza neonatale intensiva.</p> <p>Nel Lazio nel 2007 risultano circa 55.000 nascite. La percentuale di nascite pretermine è del 7%, e di nascite estremamente pretermine dell'1%. Ogni anno circa 1200 neonati vengono trasportati dal Servizio Trasporto ed Emergenza Neonatale (STEN) che si avvale di tre ambulanze dedicate con personale formato all'assistenza intensiva: due presso la Clinica Pediatrica ed una presso l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù. Una quota consistente di trasferimenti per motivo medico sono intra-terziari (da III a III): 31,2% nel 2005, 37,4% nel 2006, 37,3% nel 2007 e 32,8% nel 2008.</p> |
|----------|---|



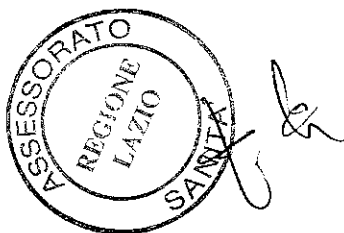
|   |  |
|---|--|
| <p>DESCRIZIONE</p>  | <p>Il progetto prevede le seguenti azioni:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Realizzazione di un sistema di notifica giornaliera dei posti letto di patologia neonatale e terapia intensiva neonatale accessibile da parte dello STEN</li><li>• Definizione di un sistema "hub and spoke" per il trasferimento del neonato da una Unità di I o II ad una Unità di II o III livello.</li><li>• Indagine conoscitiva sul numero e collocazione di posti letto di patologia ostetrica per definire un sistema "hub and spoke" funzionale al trasporto materno.</li><li>• Monitoraggio dei trasporti neonatali nel Lazio.</li><li>• Definizione e diffusioni di raccomandazioni per il "back-transport" del neonato non più bisognoso di cure intensive.</li><li>•</li></ul> |
| <p>OBIETTIVI</p>  | <p>Mantenere standard di qualità per il trasporto neonatale.<br/>Definire standard di qualità per il trasporto materno.<br/>Individuare i centri "spoke" per ciascuna Unità di assistenza di II o III livello.<br/>Promuovere il Back-transport.<br/>Ridurre il numero di trasporti neonatali da centri di III a centri di III.</p>  |
| <p>TEMPI DI ATTUAZIONE<br/>(CRONOPROGRAMMA)</p>                 | <p>1-6 mesi- Definizione di un sistema "hub and spoke" per il trasferimento del neonato da una Unità di I o II ad una Unità di II o III livello<br/>- ricognizione dei posti letto di patologia ostetrica ;<br/>7-12 mesi- produzione di report annuale sull'attività dello STEN<br/>- definizione degli standard assistenziali per il trasporto materno<br/>- adeguare il numero dei posti letto di TIN al fabbisogno di 1 pl:750 nati<br/>- definizione e diffusione delle raccomandazioni per il "back-transport"</p>   |
| <p>INDICATORI<br/>(di struttura, di processo, di risultato)</p> | <ul style="list-style-type: none"><li>- Numero di neonati trasportati per livello delle cure dell'ospedale trasferente e ricevente e per motivo (medico o chirurgico)</li><li>- Numero di back-transport sul totale dei neonati trasferiti</li><li>- N. posti letto di TIN sul totale dei nati</li><li>- N. Unità di II e III livello che notificano su base giornaliera la disponibilità di posti letto di patologia neonatale e di TIN</li></ul>   |





RISULTATI ATTESI

- Applicazione di standard di qualità per almeno il 90% dei trasporti materni.
- Notifica giornaliera dei posti letto neonatali disponibili per tutte le unità di III livello e per almeno l'80% di quelle di II livello.
- Diffusione a tutte le UP di II e III livello di raccomandazioni per il back-transport
- Tendenziale adeguamento dei posti letto di TIN allo standard di 1:750
- Riduzione dei trasferimenti intraterziari
- Rispetto della rete "hub and spoke" per i trasferimenti da I o II a II o III livello.



ALLEGATO 3 P.E.L.S. N. 393  
 22 MAG. 2009  
 REGIONE LAZIO



| Linea progettuale | Progetti  |   | Costi                    |                       |
|-------------------|---|---|--------------------------|-----------------------|
|                   | 1.01.A  | 1.01.B  | 1.000.000                | 36.888.531,00         |
| linea 1           | cure primarie   | Assistenza h 24 riduzione accessi impropri al PS  | 12.500.776               |                       |
|                   |   | Miglioramento della rete assistenziale  | 22.465.000               |                       |
|                   |   | Comunicatori  | 932.755                  |                       |
|                   |   | Percorso assistenziale  | 1.000.000                | 25                    |
| linea 2           | non autosufficienza   | rete dei servizi territoriali   |                          | 35.000.000,00         |
| linea 3           | promozione dei modelli organizzativi assistenziali dei pazienti in stato vegetativo e di minima coscienza nella fase di cronicità | percorsi assistenziali SUAP per soggetti SV o in SMC - Percorsi di assistenza domiciliare |                          | 7.582.802,00          |
| linea 4           | cure palliative e terapia del dolore  |   |                          |                       |
| linea 5           | interventi per le biobanche di materiale umano  | 5.01 sangue cordonale<br>5.02 tessuto muscolo scheletrico                                 | 937.418,44<br>461.713,56 | 1.399.132,00          |
| linea 6           | sanità penitenziaria  | tutela delle detenute sottoposte a provvedimenti penali e della loro prole                | 900.000                  |                       |
|                   |   | 6.02 la salute mentale  | 1.000.000                |                       |
|                   |   | 6.03 la salute dei minori   | 1.200.000                |                       |
|                   |   | 6.04 sistema informativo  | 900.000                  | 4.000.000,00          |
| linea 7           | efficienza fisica dell'anziano  |   |                          |                       |
| linea 8           | piano prevenzione   |   |                          | 3.000.000,00          |
| linea 9           | tutela maternità e percorso nascita   | favorire il parto naturale  | 1.000.000                |                       |
|                   |   | umanizzare evento nascita   | 13.000.000               |                       |
|                   |   | riduzione mortalità materna e neonatale   | 13.000.000               |                       |
|                   |   | trasporto neonatale   | 1.000.000                | 28.000.000,00         |
|                   |   | <b>Totale</b>   |                          | <b>147.594.124,00</b> |
|                   |   |   |                          | <b>100</b>            |



Regione Lazio - Assessorato alla Sanità

*Allegato è composto da 4 fogli*