DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 28 settembre 2016, n. 1509

DGR n. 1731/2015. Rettifica ed integrazione.

Il Presidente, sulla base dell'istruttoria espletata dal Dirigente della Sezione Amministrazione, Finanza e Controllo, vista la predisposizione dei progetti da parte dell'Agenzia Regionale Sanitaria (ARES) riferisce quanto segue.

Preso atto che la Conferenza Stato-Regioni e Province Autonome, nella seduta del 20 febbraio 2014, ha sancito l'Accordo (Rep. Atti n. 13/CSR), sulle Linee Progettuali per l'utilizzo, da parte delle Regioni, delle risorse vincolate ai sensi dell'art. 1 comma 3434 bis, della Legge 662/96 per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario di rilievo nazionale del PSN 2006/2008, approvato con DPR 7 aprile 2006, al quale occorre fare riferimento, che riconosce quale obiettivo centrale del SSN la garanzia dell'effettiva capacità del sistema di erogare i livelli di assistenza (LEA) nel rispetto delle caratteristiche fondanti del servizio stesso ;

Considerato che con la DGR n. 1731/2015 si è proceduto all'approvazione dei progetti regionali riferiti alle somme relative all'esercizio 2013, predisposti dall'Agenzia Regionale Sanitaria (ARES);

Preso atto che l'ARES, successivamente alla verifica dei competenti tavoli ministeriali giusta nota del Ministero della Salute prot. 0023368-P-08/08/2016, ha proceduto ad effettuare le integrazioni richieste.

Considerato che tali integrazioni non modificano né i progetti né il quadro economico totale di € 108.140.052,00 e che tale somma risulta già iscritta correttamente nel bilancio regionale e nei bilanci delle aziende sanitarie nell'esercizio di competenza.

Considerato che il presente provvedimento integrativo corredato delle Schede di Progetto, costituisce requisito essenziale per l'effettivo riconoscimento delle risorse assegnate alla Regione Puglia con la citata Intesa del 20 febbraio 2014 e per la conseguente erogazione del saldo finanziario.

Atteso che i progetti predisposti dall'ARES, (allegato n. 1 alla presente deliberazione) risultano essere i seguenti:

1. Interventi per il riassetto organizzativo e strutturale della rete dei servizi di assistenza ospedaliera e territoriale - Farmacia dei Servizi
- Cure Primarie
- Farmacia dei Servizi

2. Modelli avanzati di gestione delle malattie croniche
- Modello assistenziale di gestione dei "Percorsi Diagnostico Terapeutici" e di presa in carico dei soggetti con patologie croniche nel territorio della Puglia
- Progetto BPCO riacutizzazioni

3. Implementazione piano di indirizzo per la riabilitazione di cui all'Accordo Stato- Regioni del 10 febbraio 2011
- Progetto Riabilitativo Individuale

4. Linee di indirizzo per l'assistenza alle persone in Stato Vegetativo e Stato di minima coscienza di cui all'Accordo Stato Regioni del 5 maggio 2011
- Unità Spinale Unipolare della Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico di Bari

5. Assistenza agli anziani in condizioni di fragilità e di non autosufficienza
- Interventi socio-sanitari a sostegno della domiciliarità in lungo assistenza a favore di anziani non autosufficienti

6. Tutela della fragilità e contrasto delle disuguaglianze in sanità
- Unità medico assistenziale itinerante per la diagnostica precoce delle patologie croniche nella popolazione indigente

7. Cure Palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa e specialistica
- Rete Regionale delle Cure Palliative Domiciliari

8. Sviluppo dei processi di umanizzazione all'interno dei percorsi assistenziali
- La valutazione della qualità delle strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino

9. Interventi per l'implementazione della Rete Nazionale Malattie Rare e per la promozione della rete dei tumori rari
- Potenziamento Rete Malattie Rare

10. Tutela della maternità —percorso nascita-parto analgesia
- L'assistenza in gravidanza in consultorio

11. Tutela della fertilità e della funzione ormonale nelle giovani donne affette da neoplasia o malattie croniche degenerative mediante l'istituzione di biobanche del tessuto ovarico e cellule germinali

12. implementazione dei percorsi diagnostico assistenziali e di supporto per migliorare la vita delle donne affette da malattie croniche invalidanti della sfera uro-genitale

13. implementazione della rete nazionale dei centri territoriali per la prevenzione e la diagnosi precoce delle infezioni da HPV.
- Prevenzione primaria e diagnosi precoce delle infezioni HPV in Regione Puglia

14. Implementazione della rete nazionale dei centri territoriali per la prevenzione primaria e la diagnosi precoce dei tumori dell'apparato genitale maschile
- Rete Regionale per la prevenzione e diagnosi precoce dei tumori dell'apparato genitale maschile

15. Definizione di modelli di assistenza ai bambini e adolescenti affetti da patologie croniche, disturbi del comportamento, dell'apprendimento e dei linguaggio, da autismo, da disturbo da deficit da attenzione/iperattività (ADHD) e da psicosi affettive e non affettive dell'infanzia e dell'adolescenza mediante l'organizzazione di centri di riferimento a valenza regionale e/o interregionale e la realizzazione di reti assistenziali.
- Linee Guida Regionali per l'organizzazione dei centri di riferimento a valenza regionale e/o interregionale e la realizzazione di reti assistenziali per l'assistenza ai bambini e adolescenti affetti da patologie croniche, disturbi del comportamento, dell'apprendimento e del linguaggio, da autismo, da disturbo da deficit da attenzione/iperattività (ADHD) e da psicosi affettive e non affettive;

16. Sviluppo degli strumenti del Governo Clinico e della valutazione della Qualità e della Sicurezza delle prestazioni — Risk Management
- Programma Regionale Sicurezza e Rischio clinico

17. Implementazione del "Codice Etico" nelle Aziende Sanitarie
18. Piano Nazionale della Prevenzione
19. Superamento OPG e Salute Mentale
20. Sicurezza nei luoghi di lavoro

Preso atto che l'Accordo del 20 febbraio 2014 prevede vincoli specifici sulle risorse ministeriali per l'anno 2013, che sono stati rispettati;

Nel rispetto delle suddette linee e vincoli, l'Assessorato con il supporto tecnico dell'Agenzia Regionale Sanitaria (A.Re S.) ha predisposto i progetti (allegato n.1 alla presente deliberazione) i cui importi sono così riepilogati:

LINEA PROGETTUALE	**Importo** euro
1	€ 17.173.316,00
1	€ 2.000.000,00
2	€ 14.338.652,00
2	€ 1.000.000,00
3	€ 1.533.865,00
4	€3.451.197,00
5	€ 3.834.663,00
6	€ 3.451.197,00
7	€ 7.669.327,00
8	€ 3.067.730,00
9	€ 4.218.129,00
10	€ 2.300.798,00
11	€ 3.067.730,00
12	€ 1.150.399,00
13	€ 1.150.399,00
14	€ 1.150.399,00
15	€ 3.067.730,00
16	€ 7.669.327,00
17	€ 769.483,00
18	€ 18.406.384,00
19	€ 6.135.462,00
20	€ 1.533.865,00
Totale	**€ 108.140.052,00**

Copertura finanziaria ai sensi del D.lgs. 118/2011

La presente deliberazione non comporta implicazioni di natura finanziaria sia in entrata che di spesa e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale.

Il Presidente, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, propone alla Giunta, ai sensi della L.R. n. 7/97 art.4, comma4, lettera k) l'adozione del conseguente atto finale.

LA GIUNTA

Udita e fatta propria la relazione del Presidente, che qui si intende integralmente riportata;

Vista la sottoscrizione posta in calce al presente provvedimento dal Dirigente della Sezione Amministrazione, Finanza e Controllo e Strategia e dal competente Direttore di Dipartimento

DELIBERA

Per quanto in premessa indicato che qui si intende integralmente trascritto:

1. Di approvare le schede di progetto — di cui all'allegato n. 1 al presente atto — parti integranti del presente provvedimento elaborate secondo le linee progettuali indicate nell'Accordo Stato- Regioni del 20 febbraio 2014 (Rep. Atti n. 13/CSR) e relative alle risorse assegnate per l'anno 2013, pari ad € 108.140.052,00;

2. Di trasmettere la presente deliberazione al Ministero della Salute per gli adempimenti di competenza;

3. Di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul sito ufficiale della Regione Puglia;

4. Di pubblicare la presente Deliberazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia.

Il segretario della Giunta
dott.a Carmela Moretti

Il Presidente della Giunta
dott. Michele Emiliano

DIPARTIMENTO PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI

SEZIONE AMMINISTRAZIONE FINANZA E CONTROLLO

ALLEGATO 1

Il presente allegato è composto
di n. 58 pagine inclusa la presente

IL DIRIGENTE DELLA SEZIONE
(Benedetto G. PACIFICO)

ALLEGATO n. 1

1) *Interventi per il riassetto organizzativo e strutturale della rete dei servizi di assistenza ospedaliera e territoriale – Farmacia dei Servizi*

1. **Riorganizzazione dell'assistenza primaria**
2. **Farmacia dei Servizi**

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
LINEA PROGETTUALE	**Linea Progettuale 1**
TITOLO DEL PROGETTO	**Riorganizzazione dell'Assistenza Primaria**
DURATA DEL PROGETTO	Pluriennale
REFERENTE	ASSESSORATO ALLE POLITICHE DELLA SALUTE Servizio Assistenza Territoriale e Prevenzione

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	**€ 17.173.316,00**
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2010	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	Nell'ambito dei Sistemi Sanitari più evoluti l'organizzazione della Rete Ospedaliera si orienta sempre più verso un *Modello Hub & Spoke*. E' un processo di reingegnerizzazione complesso che prevede prioritariamente la chiusura dei piccoli ospedali e si sostanzia nella produzione e distribuzione dell'assistenza ospedaliera secondo il principio di *Integrazione nella Rete*. La chiusura dei piccoli, e nel caso della Puglia anche piccolissimi ospedali, ha generato tensioni nelle comunità superate attraverso la comunicazione dei limiti oggettivi di sicurezza che quel sistema determina e assicurando loro soluzioni efficaci e sicure da punto di vista del rischio clinico: ▪ *sviluppando il sottosistema dell'emergenza e urgenza;* ▪ *costruendo dentro le comunità e nei luoghi dove le stesse esprimono la propria identità, il Sistema Territoriale per le cure primarie per sostenere la non autosufficienza, la cronicità, la disabilità, i minori, ecc.;* ▪ *promuovendo la prevenzione.*
DESCRIZIONE	Attraverso l'emersione delle maggiori criticità è stato possibile *"lavorare sui problemi e sulle priorità"*. Tutto ciò si è reso possibile a seguito del lavoro analitico di conoscenza dell'assistenza distrettuale e l'analisi dei fattori che rallentano il sistema dell'Assistenza Sanitaria e Socio-Sanitaria Integrata. Attraverso questa programmazione operativa sono stati sviluppati strumenti, procedure e percorsi necessari per sostenere la trasformazione del sistema in modo da realizzare con efficacia l'integrazione dei servizi all'interno delle Aziende Sanitarie Locali e promuovere una relazione organica con i Servizi Sociali comunali e con il privato sociale affidatario di servizi pubblici. Proposte di riorganizzazione: ▪ *migliorare il rapporto con i cittadini;* ▪ *costruire nuove forme di reciprocità sociale;* ▪ *ridefinire delle reti dei servizi e degli interventi sociali e sanitari;*

	▪ *mantenere e migliorare i livelli di assistenza raggiunti;* ▪ *garantire l'equità sociale e assicurare la prossimità degli interventi;* ▪ *individuare nuove domande di assistenza in rapporto all'emergere di nuove categorie di bisogni per migliorare l'offerta;* ▪ *sviluppare nuovi ambiti e modelli di intervento per soddisfare una domanda sociale che si caratterizza per una marcata differenziazione, specificità e priorità da persona a persona.*
OBIETTIVI	Il D.Lgs. 502/92 non fornisce riferimenti sul "modello organizzativo", osservando che l'attuazione dei Distretti in Italia deve **"garantire una popolazione minima di almeno 60.000 abitanti, salvo che la Regione, in considerazione della caratteristiche geomorfologiche del territorio o dalla bassa intensità della popolazione residente, disponga diversamente".** All'art. 3, comma 1-bis, dello stesso decreto, si sancisce che la competenza di articolare l'Azienda Unità Sanitaria Locale in Distretti è del Direttore Generale, nell'ambito dell'atto aziendale, sulla base dei criteri indicati dalle Regioni, ed in particolare tenendo conto delle peculiarità demografiche e territoriali. Si tratta di riferimenti di massima che, tuttavia, devono essere riconsiderati in un alveo più rigido in modo da garantire quanto già espresso in precedenza e che sinteticamente ribadiamo: ▪ il governo della domanda (ruolo di committenza: valutare quali servizi per quali bisogni, quali funzioni per quali servizi e quante persone per quanti bisogni) e la gestione dei servizi sanitari territoriali (ruolo di produzione). ▪ l'omogeneità, l'equità e la prossimità dell'assistenza su tutto il territorio regionale; ▪ i rapporti strutturali e funzionali tra la Direzione del Distretto Socio Sanitario e le Cure Primarie, ma anche i rapporti istituzionali tra Distretto e rappresentanti delle Comunità Locali e i rapporti funzionali con l'Ospedale, i Dipartimenti e le altre Strutture Sovra distrettuali territoriali. Affinché queste azioni possano trovare un riferimento amministrativo e normativo è necessario avviare: **1.** Regolamento per l'accreditamento istituzionale della funzione distrettuale; **2.** Linee Guida per l'organizzazione della Struttura Complessa "Cure Primarie" e per le aggregazioni multi professionali; **3.** Linee Guida regionali per la definizione della funzione di Committenza: o processo di budget; o attività di valutazione e monitoraggio degli indicatori del sistema; o il sistema di reporting multidimensionale dei risultati; o la gestione per processi: strumenti e metodologie; o l'organizzazione del settore Long-Term-Care: la gestione delle patologie croniche attraverso la medicina d'iniziativa del Chronic Care Model. Le ***azioni programmate*** ● *Riorganizzazione delle Reti Assistenziali delle Cronicità e Intensità di cure: reumatologica, ipertensione arteriosa,...* ● *Linee Guida Regionali per le Cure Domiciliari ad intensità di cure* ● *Regolamento organizzativo delle Cure Palliative* ● *Riorganizzazione dell'assistenza diabetologia* ● *Regolamento di riorganizzazione dell'Assistenza Ospedaliera e di Assistenza Residenziale territoriale.* ● *Regolamento organizzativo del dipartimento di salute mentale:* è allo studio un documento a cura del Servizio PAPT dell'Assessorato alle Politiche della Salute che riorganizza il sistema della Salute Mentale in Puglia. Il documento è coordinato con quanto verrà assunto in merito alla riorganizzazione territoriale dei Distretti SocioSanitari; ● *Riorganizzazione dei poliambulatori specialistici ambulatoriali*: secondo lo standard previsto per i Poliambulatori specialistici ambulatoriali di 1° - 2° - 3° livello;

SEZIONE GESTIONE FINANZIARIA REGIONALE

	Le proposte di riorganizzazione dei Distretti Socio Sanitari: partendo da questo documento di studio e da altri opportunamente redatti, e forniti al decisore politico, verranno assunte decisioni in merito al riassetto territoriale dei Distretti, alla loro rifunzionalizzazione e alle risorse necessarie per superare la criticità legata al volume e alla qualità dell'offerta in questa fase di riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	Progetto pluriennale
RISULTATI ATTESI	Revisione della rete ospedaliera partendo dalla chiusura dei piccoli ospedali e che si sostanzia nella produzione e distribuzione dell'assistenza ospedaliera secondo il principio di *Integrazione nella Rete.*
RELAZIONE 2012	**L' Assistenza Primaria in Puglia** ***L'Assistenza Distrettuale*** Il processo di **rafforzamento della rete distrettuale e delle cure primarie** è stato avviato con l'adozione del Regolamento Regionale n. 6 del 18 Aprile 2011, di organizzazione dei distretti sociosanitari, e con l'approvazione della DGR n. 691 del 12 Aprile 2011, concernente le Linee guida regionali per l'accesso ai servizi sanitari territoriali ed alla rete integrata dei servizi socio-sanitari, con cui si dettano indicazioni operative alle ASL ed agli Enti Locali ai fini della presa in carico degli utenti complessi e multiproblematici, attraverso l'implementazione della **Porta Unica di Accesso** e dell'**Unità di Valutazione Multidimensionale**. È volontà dell'Assessorato che le proposte di Riorganizzazione dell'Assistenza Distrettuale, così come sancita dai LEA, devono essere, necessariamente, elaborate nell'ambito di un ampio progetto di riorganizzazione del sistema sanitario regionale che deve vedere allineate e funzionalmente contigue altre macrostrutture territoriali, dipartimentali e sovra distrettuali e le strutture ospedaliere. Infatti, all'interno del più ampio processo di riorganizzazione, orientato alla conferma e potenziamento della dimensione universalistica del **Sistema Sanitario Regionale**, sono state delineate, le **politiche di salute** e i relativi obiettivi prioritari attraverso i documenti di pianificazione che hanno definito il sistema regionale pugliese di ***"protezione sociale e sanitaria a rete"*** . Tali obiettivi prioritari necessitano di una rifunzionalizzazione del sistema distrettuale in termini di competenze umane e di tecnologie. Le risorse umane, soprattutto devono essere adeguate, ricollocate in maniera più omogenea e coerente con i bisogni espressi dalle comunità di riferimento distrettuale e riqualificate per fornire risposte di qualità, appropriate, efficaci ed efficienti. **Interventi da attuare:** Attraverso l'emersione delle maggiori criticità che abbiamo dettagliato è stato possibile "lavorare sui problemi e sulle priorità". Tutto ciò si è reso possibile a seguito del lavoro analitico di conoscenza dell'assistenza distrettuale e l'analisi dei fattori che rallentano il sistema dell'Assistenza Sanitaria e Socio-Sanitaria Integrata. Attraverso questa programmazione operativa saranno sviluppati strumenti, procedure e percorsi necessari per sostenere la trasformazione del sistema in modo da realizzare con efficacia l'integrazione dei servizi all'interno delle Aziende Sanitarie Locali e promuovere una relazione organica con i Servizi Sociali comunali e con il privato sociale affidatario di servizi pubblici. Il sistema portante di tutta la rifunzionalizzazione dell'assistenza distrettuale ruota intorno alla valutazione e alla ridefinizione, numerica e qualitativa, di un'adeguata *dotazione di competenze*. La ricaduta sul numero, sulla qualità dei servizi e sull'efficacia dell'assistenza è automatica e certa. **Proposte di riorganizzazione:** • migliorare il rapporto con i cittadini; • costruire nuove forme di reciprocità sociale; • ridefinire delle reti dei servizi e degli interventi sociali e sanitari; • mantenere e migliorare i livelli di assistenza raggiunti;

- garantire l'equità sociale e assicurare la prossimità degli interventi;
- individuare nuove domande di assistenza in rapporto all'emergere di nuove categorie di bisogni per migliorare l'offerta;
- sviluppare nuovi ambiti e modelli di intervento per soddisfare una domanda sociale che si caratterizza per una marcata differenziazione, specificità e priorità da persona a persona.

Azioni preliminari alla riorganizzazione distrettuale

Il D.Lgs. 502/92 non fornisce riferimenti sul "modello organizzativo", osservando che l'attuazione dei Distretti in Italia deve ***"garantire una popolazione minima di almeno 60.000 abitanti, salvo che la Regione, in considerazione della caratteristiche geomorfologiche del territorio o dalla bassa intensità della popolazione residente, disponga diversamente"***.

All'art. 3, comma 1-bis, dello stesso decreto, si sancisce che la competenza di articolare l'Azienda Unità Sanitaria Locale in Distretti è del Direttore generale, nell'ambito dell'atto aziendale, *sulla base dei criteri indicati dalle Regioni, ed in particolare tenendo conto delle peculiarità demografiche e territoriali.*

Si tratta di riferimenti di massima che, tuttavia, devono essere riconsiderati in un alveo più rigido in modo da garantire quanto già espresso in precedenza e che sinteticamente ribadiamo:

- *il governo della domanda (ruolo di committenza: valutare quali servizi per quali bisogni, quali funzioni per quali servizi e quante persone per quanti bisogni) e gestire i servizi sanitari territoriali (ruolo di produzione).*
- *l'omogeneità, l'equità e la prossimità dell'assistenza su tutto il territorio regionale;*
- *i rapporti strutturali e funzionali tra la Direzione del Distretto Socio Sanitario e le Cure Primarie, ma anche i rapporti istituzionali tra Distretto e rappresentanti delle Comunità Locali e i rapporti funzionali con l'Ospedale, i Dipartimenti e le altre Strutture Sovra distrettuali territoriali.*

Affinché queste azioni possano trovare un riferimento amministrativo e normativo è necessario avviare un processo di consenso sugli atti già descritti ampiamente nel punto "Assistenza Primaria":

Regolamento per l'accreditamento istituzionale della funzione distrettuale;
Linee Guida per l'organizzazione della Struttura Complessa "Cure Primarie" e per le aggregazioni multi professionali;
Linee Guida regionali per la definizione della funzione di Committenza:

- *processo di budget;*
- *attività di valutazione e monitoraggio e gli indicatori del sistema;*
- *Il sistema di reporting multidimensionale dei risultati;*
- *La gestione per processi: strumenti e metodologie;*
- *L'organizzazione del settore Long-Term-Care: la gestione delle patologie croniche attraverso* la medicina d'iniziativa del Chronic Care Model.

Le azioni programmate

- Regolamento organizzativo dell'assistenza riabilitativa:
  è stato deliberato un documento redatto all'interno del Tavolo Tecnico del Servizio PAOS dell'Assessorato alle Politiche della Salute che riorganizza tutta la funzione riabilitativa affidandone la responsabilità ad un Dipartimento, al fine di ottimizzare le risorse e migliorare la qualità delle cure;
- Regolamento organizzativo del dipartimento di salute mentale:
  è allo studio un documento a cura del Servizio PAPT dell'Assessorato alle Politiche della Salute che riorganizza il sistema della Salute Mentale in Puglia. Il documento è coordinato con quanto verrà assunto in merito alla riorganizzazione territoriale dei Distretti SocioSanitari;
- Riorganizzazione dei poliambulatori specialistici ambulatoriali:
  secondo lo standard previsto per i Poliambulatori specialistici ambulatoriali di 1° - 2° - 3° livello:

SEZIONE GESTIONE ACCENTRATA FINANZIARIA SANITARIA REGIONALE REGIONE PUGLIA

- Riorganizzazione dell'assistenza consultoriale:
  Contestualmente alla riorganizzazione territoriale, una delle criticità da superare è la dinamica dei centri consultoriali diffusi in maniera disomogenea sul territorio e la loro capacità di offerta. La funzione sarà valutata all'interno del processo di costruzione dei criteri per l'accreditamento istituzionale;
- Le proposte di riorganizzazione dei Distretti SocioSanitari:
  partendo da questo documento di studio e da altri opportunamente redatti, e forniti al decisore politico, verranno assunte decisioni in merito al riassetto territoriale dei Distretti, alla loro rifunzionalizzazione e alle risorse necessarie per superare la criticità legata al volume e alla qualità dell'offerta in questa fase di riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale

Obiettivi, Azioni da realizzare e Cronoprogramma

Per gli Obiettivi, Azioni da realizzare e Cronoprogramma si fa riferimento a tutti i seguenti punti già trattati in questo documento:

- La costruzione di documenti per l'organizzazione funzionale, gli standard organizzativi, gli strumenti e le metodologia di monitoraggio e valutazione e la riorganizzazione delle cure primarie;
- Assistenza primaria;
- Riorganizzazione dell'assistenza primaria secondo le indicazioni della legge 189/2012;
- La costruzione di documenti per l'organizzazione funzionale, gli standard organizzativi, gli strumenti e le metodologia di monitoraggio e valutazione e la riorganizzazione delle cure primarie.

L'Assistenza primaria

Riorganizzazione dell'assistenza primaria secondo le indicazioni della legge 189/2012

L'organizzazione del Sistema Ospedaliero si orienta sempre più all'Hub & Spoke che obbliga ad una revisione della rete ospedaliera partendo dalla chiusura dei piccoli ospedali e che si sostanzia nella produzione e distribuzione dell'assistenza ospedaliera secondo il principio di *Integrazione nella Rete*.

La chiusura dei piccoli, nel nostro caso anche piccolissimi ospedali, genera tensioni nelle comunità che vanno superate comunicando l'evidenza dei limiti oggettivi di sicurezza che quel sistema determina e assicurando ai potenziali fruitori, sempre più competenti, soluzioni efficaci e sicure da punto di vista del rischio clinico:

- sviluppando il sottosistema dell'emergenza e urgenza;
- costruendo dentro le comunità e nei luoghi dove le stesse esprimono la propria identità, il Sistema Territoriale per le cure primarie per sostenere la non autosufficienza, la cronicità, la disabilità, i minori, ecc.;
- promuovendo la prevenzione.

I tre macro livelli di assistenza, Sistema Territoriale, Sistema Ospedaliero, e Sistema della Prevenzione, devono poter contare e ottimizzare la propria programmazione Nazionale ma soprattutto Regionale e locale all'interno dei limiti certi dei finanziamenti percentualmente previsti (44% Ospedale, 5% prevenzione, 51% servizi distrettuali).

La certezza dei finanziamenti è una delle questioni determinanti per il consolidamento della *Rete* e del protagonismo territoriale.

Sono necessari provvedimenti chiari, forti, e stabili. Anche prevedendo, a livello locale, soluzioni radicali di separazione gestionale e amministrativa tra Sistema dell'offerta Territoriale e Sistema dell'offerta Ospedaliera, in modo da assegnare ai due risorse definite e finalizzate a obiettivi LEA sostenibili e chiari.

Tuttavia l'integrazione tra i due sistemi, ancora in una fase critica, si deve realizzare sui livelli di produzione integrata e condividendo specifici strumenti organizzativi.

All'interno di questo quadro, diventava indispensabile sviluppare un sistema regionale che permetta di:

- governare un'articolata rete di servizi e di percorsi di cura, centrati sul

	percorso assistenziale personalizzato e una vera presa in carico; • abbattere la barriera che separa i servizi e le prestazioni sanitarie da un lato ed i servizi e le prestazioni a carattere socio-sanitario e assistenziale dall'altro. *La costruzione di documenti per l'organizzazione funzionale, gli standard organizzativi, gli strumenti e le metodologia di monitoraggio e valutazione e la riorganizzazione delle cure primarie* L'iniziativa intende consolidare il ruolo gestionale del Direttore di Distretto Socio Sanitario attraverso l'esplicitazione di tutte le funzioni di governo delle attività territoriali: programmazione, monitoraggio, valutazione e controllo, organizzazione dei servizi distrettuali, gestione dei rapporti con MMG, PLS e CA, l'attuazione delle norme contrattuali, la gestione complessiva delle Cure Primarie e di tutta la produzione sanitaria e sociosanitaria. Il territorio è un macrosistema organizzato ancora più complesso di quello ospedaliero in quanto deve far convivere, al suo interno, numerosi e importanti attori professionali, portatori di competenze specifiche, strutturati attraverso differenti rapporti contrattuali con il Servizio Sanitario Regionale. Non soltanto i privati convenzionati, ma anche i MMG e PLS, i Medici di Continuità Assistenziale e dell'Emergenza 118, i Medici Specialisti dei Poliambulatori e altri (veterinari, psicologi, biologi ecc.) Il processo di monitoraggio, valutazione e controllo deve essere inteso non solo come sviluppo di una gestione efficace, ma anche come una dinamica di consolidamento dell'identità produttiva. Soprattutto, nella costruzione delle Cure Primarie, devono essere affrontati e risolti gli aspetti legati alla committenza ed alla produzione valorizzando, quindi, la funzione gestionale e la funzione di interfaccia con la committenza aziendale, partendo proprio dall'art. 1 della Legge 189/2012. Il tema della gestione dei flussi informativi, supportati dalle tecnologie informatiche, in ambito sanitario prevede l'acquisizione di competenze tecniche sempre più elevate che permettano di organizzare, implementare e monitorare il delicato processo di rilevazione di dati attendibili, della loro conservazione e del rispetto dei tempi di trasmissione. All'interno dei temi sopracitati è obiettivo generale la realizzazione di documenti finalizzati alla definizione di standard organizzativi relativi all'assistenza distrettuale. D'intesa con il Tavolo Tecnico Regionale dei Rappresentanti delle Conferenze Aziendali dei Distretti Socio Sanitari e con il coinvolgimento di tutti gli altri Direttori di Distretto si stanno definendo i protocolli necessari per costruire l'organizzazione funzionale e gli standard organizzativi del D.S.S.. Tali documenti saranno oggetto di costruzione all'interno di "gruppi di lavoro" formati dai Direttori di Distretto, referenti di livello nazionale, tecnici dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari (AgeNaS) e referenti professionali coinvolti a seconda delle materie trattate.

SEZIONE GESTIONE ACCENTRATA FINANZA SANITARIA REGIONALE REGIONE PUGLIA

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
LINEA PROGETTUALE	**Linea Progettuale 1**
TITOLO DEL PROGETTO	**Farmacia dei Servizi**
DURATA DEL PROGETTO	24 mesi
REFERENTE	ASSESSORATO ALLE POLITICHE DELLA SALUTE Servizio Assistenza Territoriale e Prevenzione

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	**€ 2.000.000,00**

IL PROGETTO

CONTESTO	Il presente progetto, prendendo atto di quanto definito dal **D.Lgs. 153/09** per la Farmacia dei Servizi, vuole sperimentare e realizzare le attività previste dal predetto Decreto. Infatti per contribuire a migliorare la qualità della vita dei pazienti, garantirne la continuità assistenziale, ottimizzare la spesa sanitaria ed ottenere da un farmaco, con la piena aderenza alle cure prescritte, la massima efficacia, è necessaria una corretta interazione sanitaria in cui riveste un ruolo di primaria importanza la Farmacia dei Servizi. L'obiettivo principale è far si che la Farmacia dei Servizi diventi per il cittadini pugliesi un punto di accesso al SSN e un efficace strumento di prevenzione e di aderenza alle cure (monitoraggio dell'assunzione dei medicinali, corrette informazioni sanitarie, gestione professionale dell'autoanalisi, prestazioni tipo CUP, infatti nelle 4 province in cui il servizio è attivo sono state effettuate 919.000 prenotazioni – Bari 345.000, Brindisi 140.000, Bat 212.000, Taranto 222.000, ritiro referti ed ADI). I risultati attesi il contenimento dell'uso improprio dell'ospedale e il miglioramento dello stile di vita dei cittadini coinvolti. Chiaramente lo sviluppo nella legislazione relativa alla Farmacia pone la necessità di offrire una formazione adeguata ai farmacisti, in particolare in merito ad aspetti sanitari, al fine di intercettare utenti a rischio di sviluppare patologie croniche e migliorare l'aderenza terapeutica di pazienti conclamati.
INDICATORI	- Numero di farmacie coinvolte nell'erogazione delle prestazioni e numero di prestazioni effettuate, almeno per quelle prestazioni previste dagli OBTV definiti dal D.Lgs. - Numero di farmacisti coinvolti nella formazione, avviata a livello regionale
OBIETTIVI	Realizzazione dell'attività di coordinamento e gestione delle seguenti prestazioni: CUP, ritiro referti, pagamento ticket sanitari, ADI, *con il raggiungimento di almeno uno degli OBTV sopra specificati.* Realizzazione di corsi di formazione ed aggiornamento professionale per tutti i farmacisti operanti nelle farmacie della Regione Puglia.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMA)	***Entro 12 mesi*** Realizzazione dell'attività di coordinamento e Realizzazione di corsi di formazione ed aggiornamento professionale per tutti i farmacisti operanti nelle farmacie della Regione Puglia.
RELAZIONE 2012	A tal proposito si evidenzia che presso le farmacie delle province di Brindisi Barletta-Andria-Trani è partito un progetto sperimentale che mira a valutare l'impatto della farmacia dei servizi sulla prevenzione del diabete di tipo 2. La sperimentazione, partirà con la formazione dei farmacisti (accreditata Ecm)

	residenziale e Fad). Quindi l'attività sul campo, declinata su due fronti: da un lato lo screening degli individui a rischio, attraverso la somministrazione in farmacia di questionari per la diagnosi precoce (ai quali il farmacista, di propria iniziativa, potrà far seguire anche un test per la glicemia); dall'altro il monitoraggio dell'aderenza terapeutica da parte dei pazienti, attraverso strumenti e modalità operative che verranno definite a tempo debito da un comitato scientifico. Infatti «La diagnosi precoce» consente l'intervento in tempo utile su stile di vita e farmaci più adeguati, consente di prevenire le complicanze e produce vantaggi enormi sul piano della salute e sulla sostenibilità delle cure. Affidare tali attività alle farmacie del territorio significa innescare un circolo virtuoso attraverso il quale il sistema sanitario può governare i costi, soprattutto in caso di patologie dall'incidenza sociale alta.

2) *Modelli avanzati di gestione delle malattie croniche*

1. **Percorsi Diagnostico Terapeutici e di presa in carico dei soggetti con patologie croniche nel territorio della Puglia.**
2. **Progetto BPCO riacutizzazioni**

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
LINEA PROGETTUALE	**Linea Progettuale 2**
TITOLO DEL PROGETTO	**Percorsi Diagnostico Terapeutici e di presa in carico dei soggetti con patologie croniche nel territorio della Puglia.**
DURATA DEL PROGETTO	Pluriennale
REFERENTE	A.Re.S. Puglia

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	**€ 14.338.652,00**
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	Lo spostamento di una parte sempre più cospicua di Assistenza Sanitaria dall'*Ospedale* al *Territorio* rappresenta da anni una questione centrale delle politiche sanitarie per via dei progressi intervenuti nelle metodiche di diagnosi e di cura e della consapevolezza che ne hanno i pazienti e gli operatori, talvolta ostili al cambiamento per ragioni assai lontane dalle logiche tecniche e di evidenza scientifica. I tre macrolivelli di assistenza *Sistema Territoriale, Sistema Ospedaliero e Sistema della Prevenzione* dovrebbero ottimizzare la propria programmazione a livello regionale e aziendale locale all'interno dei limiti certi dei finanziamenti previsti. All'interno di questo quadro, diventa indispensabile un sistema regionale che possa: • Governare un'articolata rete di servizi e di percorsi di cura, centrati sul bisogno della persona • Guidare e orientare il cittadino all'interno della complessità dei servizi per garantirgli un percorso assistenziale personalizzato e una vera presa in carico • Abbattere la barriera che separa i servizi e le prestazioni sanitarie da un lato ed i servizi e le prestazioni a carattere socio-sanitario e assistenziale dall'altro.
DESCRIZIONE	In Puglia, negli ultimi anni, è stata dedicata una particolare attenzione alla realizzazione di azioni importanti per sostenere l'obiettivo "Cure Primarie". Attraverso l'Accordo Regionale della Medicina Generale, pubblicato sul BURP del 18 gennaio 2008, la Regione Puglia ha costruito un modello di governo delle Cure Primarie: ▪ I MMG in Puglia sono n. 3.319; ▪ L'ambito di riferimento in cui si sviluppa il modello dell'associazionismo medico è quello Distrettuale; ▪ I Distretti Socio Sanitari in Puglia sono n. 45, la media della popolazione per distretto è 83.259 con una punta massima di 320.000 e una minima di 41.996; ▪ Il numero dei comuni in Puglia è 258; ▪ I 45 Distretti coprono una Regione che presenta una conformazione territoriale estremamente disomogenea alternando situazioni ad altissima densità demografica concentrata in grossi comuni, per lo più nella fascia costiera centrale, ad altre che presentano bassa densità demografica, disseminata, altro, in piccoli comuni e frazioni;

	▪ La popolazione di riferimento è quella assistita dai MMG residente che ammonta a 2.849.554 su un totale di 4.078.476 (anno di riferimento 2010). Il Piano di Rientro 2010/2012 e successivo Programma Operativo. 2013/2015, si è rivelato una opportunità per questa Regione che è riuscita, infatti, a implementare al meglio nel territorio forme di *assistenza primaria* in grado di garantire una gestione ottimale dei soggetti, anche di quelli fragili, affetti da patologie croniche e a lungo termine. Il ***Disease and Care Management*** (D&CM) rappresenta un approccio sistemico ed Evidence-based alle patologie croniche, che vede il coinvolgimento di tutti gli "erogatori di assistenza" per la presa in carico "dei fabbisogni complessi" di salute del paziente. L'intervento è basato sul rapporto fiduciario medico-paziente e si esplicita attraverso la definizione di percorsi clinici per le patologie ad andamento cronico-invalidante (e per la prevenzione primaria e secondaria delle stesse), lungo i quali sia i Medici che i Pazienti ricevono la collaborazione di Infermieri/Care manager specificamente formati alle tecniche del coaching. Il programma viene attuato attraverso 7 passaggi governati dal MMG, che guida e supervisiona gli operatori che con lui collaborano alla gestione del percorso salute: -verifica dei criteri di inclusione ed esclusione (arruolamento) -valutazione del paziente (verifica dello stato di salute del paziente e stratificazione del livello di gravità della patologia) -definizione degli obiettivi di salute -impostazione e sviluppo del Piano di Cure personalizzato (piano clinico-terapeutico integrato dal piano assistenziale) -monitoraggio e valutazione della corretta attuazione del piano di salute -formazione del paziente -ricorso appropriato ai servizi.
OBIETTIVI	Il presente progetto, alla sua seconda annualità, si prefigge di **OBTV Generico:** ▪ estendere per ciascun medico aderente al progetto il numero di pazienti affetti da patologie croniche da coinvolgere nel processo della presa in carico secondo il Progetto Care Puglia ▪ estendere il progetto anche negli altri Comuni sede di processo di disattivazione/riconversione ospedaliera non ancora coinvolti nella prima annualità **OBTV Specifico:** ▪ Offrire un percorso assistenziale razionale e aderente alle linee guida nazionali e locali ▪ Favorire l'aderenza al follow-up da parte del paziente cronico rendendo i servizi assistenziali più facilmente fruibili nel territorio di residenza ▪ Evitare il ricorso al ricovero ospedaliero inappropriato ▪ Contenere i tempi di attesa per i pazienti coinvolti, incidendo anche sulle "liste d'attesa" aziendali. ▪ Offrire un livello assistenziale efficiente a tutta la popolazione. La Scheda di Valutazione del Paziente sarà informatizzata e sviluppata nel Sistema Informatico Regionale, interfacciandosi con i principali software in uso presso i medici di famiglia e rappresenterà anche lo strumento per la raccolta dei dati e l'analisi statistica.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	**I Semestre:** – Arruolamento dei pazienti affetti da patologie croniche: Diabete, Malattia Cardio Vascolare ad alto Rischio Cardio Vascolare, Scompenso Cardiaco, BPCO e Sindrome Metabolica – Responsabilizzazione del paziente ad agire coerentemente con gli obiettivi individuati nel Piano di Cure **II Semestre:** – Prime analisi dei dati prodotti
INDICATORI	1. Estensione del numero dei MMG in ciascuno dei comuni nei quali il progetto è in

	stato avviato 2. Per ciascun MMG aumento del n. pazienti con una o più delle patologie croniche individuate e inserite nel progetto di presa in carico 3. Estensione del progetto agli altri comuni sedi di stabilimenti ospedalieri, oggetto di riconversione, attraverso il coinvolgimento delle Direzioni di Distretto e dei MMG
RELAZIONE 2012	Nei 22 Comuni pugliesi interessati dal Riconversione delle strutture ospedaliere, a seguito del piano di riordino, sono state previste forme organizzate di Cure Primarie in un'ottica di offerta multi professionale. L'obiettivo generale è quello di offrire servizi in grado di promuovere *setting* assistenziali appropriati. I 49 Distretti coprono una Regione che presenta una conformazione territoriale estremamente disomogenea con differenze epidemiologiche, demografiche ed orografiche del territorio regionale e della conformazione degli ambiti territoriali distrettuali e dei servizi sanitari censiti. Si è ritenuto opportuno suddividere grossomodo il territorio della Regione Puglia nelle seguenti "macro zone": o **Zona Nord:** coincidente con il territorio della ASL FG, che conta n. 61 comuni **(di cui 13 superano 10.000 Ab.)** e che presenta una criticità specifica relativa soprattutto alla numerosità dei comuni piccoli presenti, tra l'altro, in zone disagiate e deprivate come i monti Dauni, il Gargano e le isole Tremiti; o **Zona Centro**: coincidente con il territorio delle AASSLL di BT e BA, che in "soli" n. 51 comuni **(41 ASL BA e 10 ASL BT, di cui 8 non superano 10.000)** somma 1.638.512 Ab., **(40% del totale)** in comuni di media e grande dimensione con specifiche esigenze in merito alla distribuzione dei servizi ed all'offerta sanitaria; o **Zona Sud**: coincidente con il territorio delle AA.SS.LL. di Brindisi, Lecce e Taranto, il cosiddetto "Grande Salento", che solo nella provincia di Lecce conta 97 comuni **(cui "solo" 13 superano 10.000)** dislocati su un territorio vasto, anche se meno problematico in termini di viabilità rispetto alla zona nord, e che richiede soluzioni legate alla fruibilità dei servizi ed alla prossimità delle cure totalmente differenti rispetto alla prime due zone. La riorganizzazione della rete ospedaliera è stata programmata anche sulla scorta dell'evidenza mostrata dai dati dei ricoveri degli ospedali in riconversione, successivamente raccolti ed analizzati nell'allegato alla Delibera DG AReS n. 175/2011, che metteva in luce l'inappropriatezza del setting assistenziale del ricovero ospedaliero rispetto ai bisogni manifestati dai residenti dei Comuni coinvolti nel processo di rifunzionalizzazione delle strutture. In continuità con tutte le azioni intraprese per avviare il cambiamento di sistema del Servizio Sanitario Regionale, l'AReS ha chiesto alla Giunta Regionale l'autorizzazione all'utilizzo di risorse finanziarie proprie per avviare un modello assistenziale per la gestione dei pazienti cronici, già sperimentato nella ASL di Lecce con il Progetto denominato "Leonardo". AReS Puglia ha messo a punto un piano di implementazione dello stesso modello assistenziale che, nella sua prima fase di attuazione, è stato denominato "Progetto Nardino" (stessa Delibera D.G. n. 175/2011) e nella fase successiva, di implementazione su tutto il territorio regionale, "Progetto Care Puglia", con l'obiettivo di rendere ordinario il modello assistenziale del Chronic Care su tutto il territorio regionale Il Piano di implementazione del modello prevede il graduale coinvolgimento, attraverso tre distinte fasi, delle aggregazioni mono professionali della Medicina Generale e delle Strutture Distrettuali attraverso l'attivazione degli ambulatori infermieristici e degli ambulatori delle cronicità. Il modello assistenziale adottato si basa sulla presa in carico del paziente cronico, nell'ambito delle cure primarie, secondo il Chronic Care Model. Le patologie croniche, diabete mellito, Malattia Cardio-Vascolare (MCV) cronica conclamata o alto rischio per MCV, Scompenso Cardiaco, Bronco-Pneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) sono le prime ad essere entrate nel percorso assistenziale, tenuto conto della loro maggiore prevalenza.

	Principio fondamentale del modello è l'individuazione dei compiti assistenziali dei diversi professionisti coinvolti, soprattutto nei collegamenti tra Territorio-Ospedale-Territorio (chi fa che cosa?), e la forte integrazione tra di essi attraverso momenti istituzionalizzati di integrazione multi professionale. Si tratta di applicare il protocollo di presa in carico delle persone fragili e affette da patologie croniche attraverso l'introduzione della figura dell'Infermiere Care Manager nelle forme evolute di associazionismo medico e nel Servizio Infermieristico ed Ostetrico Distrettuale, già previsto all'interno dell'organizzazione del Distretto dal Regolamento regionale n. 6/2011. Elemento innovativo è l'Infermiere Care Manager (CM), una figura professionale per molti aspetti nuova che coniuga le capacità professionali infermieristiche con quelle di informazione, educazione al self-management e coaching del paziente, che svolge funzioni di assistenza ma anche di collegamento tra i diversi attori del percorso assistenziale, favorendo l'integrazione e fungendo da tutor del paziente. Attraverso l'educazione e la responsabilizzazione del paziente e la sua collaborazione con i MMG, Care Manager e specialisti territoriali ed ospedalieri, si migliora l'aderenza ai percorsi diagnostico – terapeutici - assistenziali, con una forte attenzione agli stili di vita salutari, per ottenere migliori outcome clinici. L'obiettivo generale, in questo modo si realizza attraverso percorsi assistenziali appropriati che consentono di procrastinare il più possibile l'insorgenza di co morbilità e, quindi, lo stato di non autosufficienza che presuppone setting assistenziali ad alta intensità. La prima fase, ancora in corso, prevede il coinvolgimento dei 20 Comuni interessati dalla riconversione delle Strutture Ospedaliere. In questa fase è prevista l'assegnazione degli infermieri. La seconda fase, già avviata, coinvolge tutti i Comuni che compongono i 16 Distretti Socio Sanitari interessati dalla riconversione degli Ospedali. Nella terza fase, il "Chronic Care Model" viene proposto come modello standard di riferimento, da estendere su tutto il Territorio Regionale, attraverso il coinvolgimento dei restanti 33 Distretti, in modo da consolidare e diffondere il modello ordinario di Gestione dei Protocolli Diagnostico- Terapeutici e Assistenziali (PDTA) per la presa in carico della Persona affetta da patologia a lungo termine. L'ipotesi prevista dalla terza fase è quella di avviare nelle sedi scientifiche ed istituzionali preposte, comprese quelle sindacali, un programma che, attraverso la condivisione del modello, l'analisi dei risultati del progetto (prima e seconda fase) possa essere implementato su tutto il territorio regionale in maniera sistemica. Le tipologie organizzative già previste nel Programma "Care Puglia" e più coerenti con l'organizzazione distrettuale rilevata sul territorio regionale, attraverso le quali attuare il protocollo di presa in carico, sono: ▪ modello basato sulle forme complesse di associazionismo della Medicina Generale; ▪ modello basato sulle Case della Salute o Centri Territoriali di Assistenza; ▪ modello basato sul Servizio Infermieristico ed Ostetrico Distrettuale che prevede l'attivazione degli Ambulatori Infermieristici all'interno dell'Assistenza Specialistica Territoriale che rappresenta un sistema molto diffuso nella rete dell'offerta regionale. Tuttavia, si tratta di tipologie flessibili che possono contemplare altre forme multi professionali e monoprofessionali come quelle previste dalle norme nazionali e regionali, come: ▪ Unità Territoriale di Assistenza Primaria (UTAP); ▪ Unità Complessa Cure Primarie (UCCP;) ▪ Nuclei Cure Primarie (NCP); ▪ Casa della Salute; ▪ Centri di Assistenza Primaria (CAP); ▪ Centri di Assistenza Primaria Territoriale (CAPT); ▪ Presidi Territoriali di Assistenza (PTA); ▪ Centri Clinico-Assistenzali Distrettuali (CeCAD). I primi risultati riportati nelle tabelle che seguono, pur essendo confortanti ed in linea

SEZIONE GESTIONE ACCENTRATA FINANZA SANITARIA REGIONALE REGIONE PUGLIA

	con le esperienze internazionali e nazionali, potranno essere valutati a medio termine, quando il processo di presa in carico delle persone arruolate sarà strutturato e consolidato. Tuttavia, si tratta di un modello assistenziale, "Chronic Care Model" (CCM), i cui risultati sono stati abbondantemente evidenziati da numerosi studi scientifici effettuati negli Stati Uniti d'America dove il modello è stato attuato a partire dal 2001. Il modello concettuale del CCM si basa essenzialmente sulla costruzione di una forte integrazione tra il paziente (informato e attivato nei confronti della sua condizione clinica) ed il team degli operatori (preparati e attivamente impegnati in interventi di prevenzione e promozione della salute). Recentemente, l'organizzazione "Pan American Health Organization" ha pubblicato un rapporto in cui viene fatto il punto sulla diffusione nell'intero continente americano di tale modello assistenziale. Il rapporto medesimo, infatti, evidenzia come ormai il modello è universalmente diffuso (dal Canada al Perù, passando per gli USA e per gli altri stati del Centro America). Il rapporto, inoltre, mette in luce le esperienze più avanzate nei diversi paesi presi in esame e di ciascuno di essi illustra in modo analitico gli specifici campi in cui il CCM ha trovato applicazione. Il dibattito sul modello di presa in carico delle cronicità e delle fragilità è su tutti i tavoli delle Società Scientifiche, del Ministero della Salute e per il suo tramite dell'Agenzia Nazionale Sanitaria (AgeNaS). Un dibattito che ha generato modelli assistenziali che, anche in Italia, si sono tradotti in numerose esperienze sul campo, in alcuni casi già avanzate e consolidate, come ad esempio quella attuata in Toscana dalla ASL di Arezzo. I risultati di tali esperienze sono stati presentati in un confronto avvenuto presso l'Università Bocconi di Milano, dove l'AReS è stata chiamata a esporre il progetto assieme ad altre sei regioni che sperimentano analoghi percorsi di assistenza e presa in carico. I dati presentati dalla ASL di Arezzo, per questo già citata, sono particolarmente incoraggianti in quanto, avendo già attuato il CCM da più di tre anni, ha presentato risultati lusinghieri (agli atti di questa Agenzia sono disponibili le slide della presentazione). In Puglia, la necessità di avviare forme e modalità di implementazione del CCM, nasce dall'acuirsi di criticità diverse sia di natura demografica che epidemiologica. Il quadro epidemiologico, infatti, è in profonda evoluzione e si sostanzia attraverso l'emersione di una nuova epidemia globale: la cronicità e l'invecchiamento della popolazione. La valutazione degli indicatori di processo e di esito di tali sperimentazioni, sebbene realizzati in contesti differenti, indicano che: ▪ Il modello organizzativo favorisce il coordinamento dell'assistenza tra i professionisti sanitari e fa migliorare la relazione con il paziente; ▪ I care managers beneficiano della relazione fiduciaria tra medico di famiglia e paziente, rafforzandola poi con il loro ruolo di sostegno e supporto; ▪ E' altissima la soddisfazione di tutti gli attori coinvolti (MMG, CM, Specialisti e Pazienti); ▪ Il modello assistenziale è efficace nel migliorare i comportamenti salutari e gli outcome psicosociali e clinici dei pazienti; ▪ Il modello di presa in carico dei pazienti promuove una adeguata adesione alle Linee guida ed ai Protocolli assistenziali; ▪ Il progetto dimostra il valore della personalizzazione del piano assistenziale. Un'ultima considerazione riguarda i riflessi sulla riduzione dei rischi per i pazienti cronici nelle cure territoriali, garantita dal processo di presa in carico dei pazienti e dalla gestione secondo PDT e protocolli assistenziali disegnati per la cronicità. L'analisi dei risultati permette di affermare che questo nuovo modello organizzativo può garantire vantaggi a tutti gli attori del sistema sanitario. I risultati del Progetto Leonardo sono stati pubblicati in uno speciale del Sole24ore Sanità e sono stati oggetto di numerosissime comunicazioni scientifiche e pubblicazioni in ambito nazionale ed internazionale. In virtù dei risultati ottenuti, al Progetto Leonardo è stato conferito il 1° Premio assoluto per la sezione Educare alla salute nella VIII Edizione del Forum P.A. 2007 ed è stato "Progetto Segnalato" nella ed. 2008 del Premio nazionale "T. Terzani per l'Umanizzazione della Medicina". D'altra parte, già a un anno dall'avvio del Progetto Nardino sono stati rilevati

SEZIONE GESTIONE ACCENTRATA FINANZA SANITARIA REGIONALE REGIONE PUGLIA

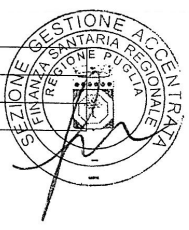
	incrementi notevoli nel raggiungimento degli obiettivi prefissati dal profilo di cure impostato attraverso la procedura di presa in carico dei pazienti diabetici, con scompenso cardiaco e con rischio cardiovascolare attraverso il CCM. Tutti i parametri considerati dagli indicatori d'esito dimostrano risultati favorevoli: essi sono costantemente monitorati attraverso il software di gestione e sono verificabili in tempo reale. Proprio sulla scorta dei risultati derivanti dalla sperimentazione del Progetto Leonardo e dalla pressante richiesta di cambiamento del sistema cosiddetto prestazionale, questa Agenzia Regionale ha chiesto alla Giunta Regionale di proseguire nella attuazione del modello assistenziale CCM, sistema della presa in carico, nei comuni in cui era presente una struttura ospedaliera da riconvertire, dando vita al "Progetto Nardino". Si sta valutando, inoltre, attraverso opportune procedure di linkage, il possibile collegamento tra la base di dati del progetto e la Banca Dati Assistiti (B.D.A.) contenente tutti gli eventi sanitari dentro e fuori Regione riconducibili al singolo soggetto presenti nel sistema informativo regionale Edotto. Tale collegamento riveste particolare rilevanza per il differente e complementare contributo informativo fornito dalle due banche dati. Infatti: ▪ il Sistema Informativo del progetto consente la disponibilità di dati puntuali, ad hoc, raccolti direttamente, face-to-face, da personale addestrato con procedure e strumenti validati e standardizzati su un campione rappresentativo della popolazione pugliese; ▪ la Banca Dati Assistiti BDA Puglia 2011 (sviluppata nell'ambito del POAT Salute, attraverso il record linkage delle anagrafi "assistibili regionale" e "Sogei" e delle prestazioni sanitarie SDO, farmaceutica, specialistica) include N° 4.429.908 soggetti e tutti gli interventi sanitari erogati. Fornisce un imprescindibile strumento di sorveglianza epidemiologica di popolazione e di valutazione degli interventi sanitari in ambito territoriale soprattutto nella gestione di patologie croniche. La disponibilità di una Banca Dati Assistiti (BDA) contenente tutti gli eventi sanitari (dentro e fuori Regione) riconducibili al singolo soggetto rappresenta un imprescindibile strumento di sorveglianza epidemiologica di popolazione e di valutazione degli interventi sanitari in ambito territoriale soprattutto nella gestione di patologie croniche. La BDA Puglia 2011 (sviluppata nell'ambito del POAT Salute attraverso il record linkage delle anagrafi "assistibili regionale" e "Sogei" e delle prestazioni sanitarie SDO, farmaceutica, specialistica) include N° 4.429.908 soggetti e tutti gli interventi sanitari erogati. Attraverso l'incrocio delle informazioni fornite da BDA con l'archivio informativo del Care Puglia sarà possibile stimare l'impatto, in termini economici e di adeguatezza dei percorsi assistenziali, dei pazienti presi in carico dal programma. I dati sotto riportati sono stati elaborati con la collaborazione della Fondazione Mario Negri Sud. Ad una prima analisi grezza l'uso di risorse di tale gruppo di popolazione è risultato mediamente maggiore rispetto alla popolazione di controllo per tutte le voci di spesa considerate: ➢ circa 3 volte per la spesa farmaceutica territoriale ➢ 1,8 volte per la specialistica ➢ 1,6 volte per la spesa ospedaliera I dati confermano il conseguimento di un primo obiettivo del programma Care Puglia (ed una verifica dei criteri di inclusione) ovvero la presa in carico di pazienti che, a causa delle loro particolari condizioni di salute, sono esposti ad un maggior carico assistenziale Questa tipologia di valutazione necessita di consolidamento, monitoraggio, osservazione longitudinale per un periodo di tempo adeguato (3-5 anni) per poter valutare efficacia, efficienza e qualità dei programmi di intervento, la loro sostenibilità economica e gestionale e, soprattutto, la loro ricaduta in termine di salute-benessere. E' utile ribadire che il raffronto, allo stato, è possibile all'interno della popolazione arruolata in quanto non vi sono modelli in Puglia, altrettanto complessi e [illegible]

SEZIONE GESTIONE ACCENTRATA FINANZIARIA SANITARIA REGIONALE REGIONE PUGLIA

	standardizzati di presa in carico delle cronicità. Tuttavia, all'inizio dell'anno 2013 è stato messo a punto un manuale per svolgere le attività di audit, verifica, monitoraggio e valutazione di processo e di esito del Progetto, attraverso un protocollo standardizzato e la procedura è stata da poco attuata nei primi Distretti coinvolti. Lo strumento utilizzato per il monitoraggio e la valutazione dei risultati, relativi all'attuazione del modello assistenziale, è un software gestionale in dotazione all'equipe di cura che permette di registrare su una Scheda di Valutazione del Paziente tutti i dati relativi alla presa in carico. Le informazioni raccolte all'interno del software diventano patrimonio sia dell'équipe di cura che del "Comitato Tecnico Scientifico per il monitoraggio e la valutazione del modello Chronic Care Model", Deliberazione AReS n. 176 del 6 settembre 2012. L'obiettivo generale è quello di consolidare uno strumento utile alla raccolta e all'analisi dei dati per la lettura del fenomeno e, di conseguenza, per la programmazione regionale. L'Agenzia si è dotata di un software dedicato alla gestione integrata del paziente affetto da patologie croniche, utile per l'intero processo clinico-assistenziale sin dalla fase iniziale di presa in carico globale della persona autosufficiente e non. Il software è stato concepito in modo da interfacciarsi con il Nuovo Sistema Informativo Sanitario Regionale "EDOTTO". Attualmente è allo studio la modalità di trasferimento del software nel Sistema Informativo in modo che diventi il trentacinquesimo applicativo di "EDOTTO" e consolidi la procedura digitale di presa in carico secondo il Chronic Care Model.

GENERALITA'	Care Puglia: i primi risultati		
	Pazienti presi in carico		n.
	Femmine		1109
	Maschi		965
	Totale		2074
	Pazienti presi in carico per fasce d'età		
	Anni	n.	%
	< 25	13	0,63
	26 - 35	26	1,25
	36 – 45	65	3,13
	46 – 65	776	37,41
	> 65	1.194	57,57
	Totale	2.074	100
	Pazienti presi in carico per Patologia*		
	Anni	n.	%
	Diabete tipo I	91	4,07
	Diabete tipo II	921	41,21
	Rischio MCV	730	32,66
	Scompenso Cardiaco	26	1,16
	Rischio Diabetico	34	1,52
	BPCO	161	7,20
	MCV conclamata	272	12,17
	* N.B. il numero complessivo dei pazienti arruolati è inferiore al numero totale delle patologie, trattandosi di procedure in atto in fase di chiusura		

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
LINEA PROGETTUALE	**Linea progettuale 2**
TITOLO DEL PROGETTO	**Progetto Riacutizzazioni in BPCO**



DURATA DEL PROGETTO	12 mesi
REFERENTE	A.Re.S. Puglia

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	**€ 1.000.000,00**
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	La prevalenza della BPCO casi su 100.000 abitanti) nel mondo si attesta intorno al 8.9% (Viegi et. coll. – ERJ 2007). In Europa intorno al 7.4% (Halbert RJ et coll. - ERJ 2006) e, secondo i dati del White Book ERS 2013 tra il 5 e il 10%. I dati OSMED 2009 rilevano in Italia una prevalenza intorno al 5%: sarebbe al sesto posto tra le malattie croniche, secondo i dati ISTAT 2010. La prevalenza sarebbe maggiore nelle regioni del sud (al primo posto troviamo la Calabria con il 6,5 %) e minore in quelle del nord (all' ultimo posto troviamo la Liguria con il 3,1%). I dati OSMED 2012 rilevano una prevalenza del 3,5%. In Puglia (Fonte Demostat 2011) si stima che più di 86.000 pazienti oltre i 45 anni di età siano affetti da BPCO. I dati del ***Progetto Quadro,*** relativi al 2008, mostrano una ***prevalenza del 3,1% in Puglia*** (9% in stadio funzionale GOLD I, 36% in GOLD II, 39% in GOLD III, 16% in GOLD IV): il 24% erano fumatori, il 40% ex-fumatori, il 36% ex fumatori. La mortalità nel mondo per patologia cronica respiratoria si attesterebbe intorno al 7% (Strong et coll. – Lancet 2005), mentre scende al 5,8% considerando la sola BPCO (dati WHO 2011), attestandosi al quarto posto come causa di morte dopo la cardiopatia ischemica, le malattie cerebrovascolari e le infezioni delle basse vie respiratorie (WHO report on the global tobacco epidemic 2008). ***In Italia la mortalità si attesterebbe tra l' 1,5% e il 2,4%.*** In Puglia nel 2012 sono stati dimessi 6301 pazienti (rispetto ai circa 12.000 del 2008) con DRG 088, con 9.8 giorni di degenza media (rispetto ai 9.7 del 2008), con un costo DRG per paziente di 2.266,00 euro (rispetto ai 2345 euro del 2008). Nel maggio 2011 è stato elaborato e deliberato un PDT (Percorso Diagnostico terapeutico) per il trattamento e la gestione della BPCO (Broncopeumopatia Cronica Ostruttiva), di recente aggiornato, allo scopo di rispondere in maniera più efficace ed appropriata ai bisogni dei pazienti in tema di prevenzione e trattamento degli episodi di riacutizzazione della BPCO.
DESCRIZIONE	Il Progetto consiste nello svolgere un' ***indagine osservazionale***, supportata dall'utilizzo di una Piattaforma, diffusa a tutte le U.O. della Regione, le cui informazioni verranno integrate con i flussi amministrativi regionali (ospedalizzazioni, utilizzo di antibiotici, aderenza alla terapia, appropriatezza rispetto al paziente che riacutizza). Ciò dovrebbe consentire la produzione di lavori scientifici e la attuazione di misure di politica sanitaria regionale adeguate.
OBIETTIVI	Redazione di un Documento: detta attività prevede l'avvio di un tavolo di lavoro con lo scopo di governare le attività e per definire un'analisi integrata delle informazioni provenienti dalla Piattaforma con i flussi amministrativi regionali, tramite un esaustivo documento riepilogativo.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	***Entro il primo semestre*** Presentazione della piattaforma e successiva formazione per l'utilizzo della stessa ***Entro il secondo semestre*** Redazione di un Documento riepilogativo contenente informazioni provenienti dalla Piattaforma e integrate con i flussi amministrativi. Presentazione dei dati.
INDICATORI	a) Storia di riacutizzazioni nell' anno precedente b) Compilazione questionario CAT e mMRC c) Calcolo della fascia di gravità (GOLD 2013)

	d) Definizione di eventuale terapia antibiotica prescritta
RISULTATI ATTESI e RELAZIONE 2012	Rispondere in maniera efficace ed appropriata ai bisogni dei pazienti in tema di prevenzione e trattamento degli episodi di riacutizzazione della BPCO. Relazione: Essendo il progetto ancora in corso, i dati sono ancora in fase di elaborazione.

3) *Implementazione piano di indirizzo per la Riabilitazione di cui all'Accordo Stato-Regioni del 10 febbraio 2011*

1.Progetto Riabilitativo Individuale

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
LINEA PROGETTUALE	**Linea Progettuale 3**
TITOLO DEL PROGETTO	**Progetto Riabilitativo Individuale**
DURATA DEL PROGETTO	Pluriennale
REFERENTE	ASSESSORATO ALLE POLITICHE DELLA SALUTE Servizio Assistenza Ospedaliera e Specialistica

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	**€ 1.533.865,00**
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2010	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	La "riabilitazione domiciliare" si pone l'obiettivo di potenziare le risorse della riabilitazione territoriale e rappresenta il contesto che rende sinergiche le componenti sanitarie e non sanitarie dell'intervento riabilitativo ed in tale ambito si inserisce il ***Progetto Riabilitativo Individuale (PRI).*** Attraverso la riabilitazione domiciliare si offre un trattamento che può esaurirsi a domicilio, ossia un modello di assistenza che consente al paziente di rimanere a casa nel proprio ambito familiare e relazionale, potendo ugualmente usufruire dell'assistenza di cui si ha bisogno per migliorare il decorso riabilitativo. Le attività di riabilitazione domiciliare fanno capo al sistema organizzativo dei Distretti socio-sanitari (DSS) e rientrano nella rete dei servizi riabilitativi territoriali.
DESCRIZIONE	Con la ***DGR n. 933 del 10 maggio 2011*** la Regione Puglia ha approvato l'Atto di indirizzo e coordinamento per l'organizzazione dei servizi di riabilitazione, ospedalieri, residenziali, distrettuali e domiciliari.
OBIETTIVI	L'obiettivo del progetto, ***alla sua terza annualità***, consiste nel consolidare il sistema in atto per la Riabilitazione.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	***Entro sei mesi*** Completamento del'attività formativa ***Entro sei mesi*** Relazione finale con i dati di attività
INDICATORI	- N. dei pazienti presi in carico

	- Attività di formazione delle figure professionali coinvolte nel progetto stesso
RISULTATI ATTESI	La finalità del progetto è quella di garantire la "continuità terapeutica": integrazione tra ospedale – strutture extraospedaliere e territorio.
RELAZIONE 2012	Nel corso dell'anno 2012 è stata monitorata, in particolare, e sono disponibili le informazioni della ASL Lecce: - Visite fisiatriche erogate dagli ambulatori ASL 35267 - Visite fisiatriche domiciliari erogate dalle Strutture convenzionate ex art. 26 2804 - Visite ambulatoriali erogate dalle Strutture come sopra 2650 - Visite fisiatriche erogate dalle strutture convenzionate ex art. 25 (ambulatori specialistici Medicina Fisica e Riabilitazione convenzionate) 8748 - Visite fisiatriche ambulatoriali erogate dalla Az. Ospedale Tricase 3450 Riguardo alla stesura dei PRI, all'interno del Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione di Lecce (parte pubblica) vengono redatti esclusivamente da Specialisti in Medicina Fisica e Riabilitazione. Per le Strutture private convenzionate ex art. 25 vale la stessa situazione (solo fisiatri); solo per due Strutture ex art. 26 (Istituto Santa Chiara e Istituto Padri Trinitari) e limitatamente ad alcuni casi di Riabilitazione Neuropsichica dell'età evolutiva i PRI per prestazioni ambulatoriali vengono redatti da uno specialista in Neuropsichiatria Infantile, per un totale complessivo di tali PRI pari a circa 150/200. Il numero di PRI redatti da fisiatri è equivalente al numero di visite fisiatriche sopra riportate per le strutture ex Art. 26 ed ex Art. 25 (queste ultime sarebbero a rigore programmi di fisioterapia e non progetti), e quindi 2804 + 2650 + 8748 = 14202 Per quanto attiene alle visite fisiatriche effettuate dagli ambulatori ASL (35267) si ritiene orientativamente che circa il 40% delle stesse produca un PRI o controlli lo svolgimento di un PRI ovvero circa 14.100. Tale ragionamento è estensibile anche all' Azienda Ospedaliera di Tricase con la precisazione che circa la metà delle visite (1725), producono un programma di fisioterapia (Ex Art. 25). Sono ancora in corso di elaborazione tutti gli altri dati.

4) *Implementazione delle Linee di indirizzo per l'assistenza alle persone in stato vegetativo e stato di minima coscienza di cui all'Accordo Stato-Regioni del 5 maggio 2011*

1. Unità' Spinale Unipolare della Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico di Bari

GENERALITA'

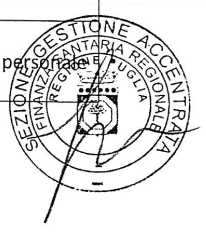
REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
LINEA PROGETTUALE	**Linea Progettuale 4**
TITOLO DEL PROGETTO	**Unità' Spinale Unipolare della Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico di Bari.**
DURATA DEL PROGETTO	Pluriennale
REFERENTE	ASSESSORATO ALLE POLITICHE DELLA SALUTE Servizio Assistenza Ospedaliera e Specialistica

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	**€ 3.451.197,00**
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2010	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	In Italia l'incidenza di lesioni midollari post-traumatiche viene stimata, in studi a valenza regionale, su 18-20 nuovi casi per milione di abitanti per anno. Alla luce di questi dati e considerando la popolazione della Regione Puglia pari a 4 milioni di abitanti, una stima attendibile di prevalenza è di 80 nuovi casi di mielo lesione traumatica l'anno, a cui vanno aggiunti circa 24 casi non traumatici che corrispondono al 30% circa di quelli traumatici. L'attuale situazione regionale determina due componenti principali: • l'avvio di questi pazienti lungo un percorso clinico non appropriato • l'incremento dei flussi di mobilità passiva extra-regionale ed extra-nazionale.
DESCRIZIONE	Le risorse vengono attribuite in maniera tale che possano essere potenziate le risorse umane, quelle strumentali, nonché i percorsi formativi per il personale della UOC di Medicina Fisica e Riabilitativa dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico di Bari.
OBIETTIVI	- Rafforzamento della funzione di eccellenza di Medicina Fisica e Riabilitativa con particolare riferimento a quella relativa all'assistenza in Unità Spinale, già esistente, anche per ciò che riguarda l'assetto organizzativo - Condivisione di percorsi assistenziali integrati con le strutture riabilitative di 1° e 2° livello
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	***Primo Semestre*** - Formazione ed addestramento del personale ***Secondo Semestre*** - Elaborazione e condivisione di criteri di accesso, di percorsi diagnostico terapeutici integrati con altre discipline ospedaliere e con altri livelli di assistenza (strutture riabilitative di 1° e 2° livello), di procedure cliniche ed organizzative - Potenziamento dell'attività della USU implementata
INDICATORI	- Numero di pazienti assistiti in USU - Formazione specifica sull'assistenza a pazienti mielolesi rivolta al personale reclutato



RISULTATI ATTESI	L'acquisizione di specifiche competenze di elevata specializzazione e l'attivazione di percorsi integrati tra diverse discipline e tra diversi livelli assistenziali avrà come effetto un innalzamento complessivo della qualità dell'assistenza nelle attività riabilitative.
RELAZIONE 2012	La Unità Operativa Complessa di Medicina Fisica e Riabilitazione a Direzione Universitaria con l'articolazione dell'Unità Spinale Unipolare é l'unica struttura pubblica di Neuro riabilitazione in Puglia specializzata nella presa in carico riabilitativa delle persone con Grave Cerebrolesione Acquisita (cod.75) e mielolesione (cod.28), in regime di ricovero ordinario, diurno (Day Hospital) e in regime ambulatoriale. Per quanto riguarda le persone con grave cerebro lesione acquisita, ***nell'anno 2012 sono state ricoverate 49 persone con Grave Cerebrolesione Acquisita di cui 10 con diagnosi di Stato Vegetativo Persistente e 15 in Stato di Minima Coscienza,*** provenienti dalla Rianimazione, dalla Neurochirurgia e dal territorio (domicilio o strutture residenziali territoriali) per la presa in carico riabilitativa e in alcuni casi anche per una definizione diagnostica e terapeutica mediante valutazione clinica e strumentale. A tal proposito sono state impiegate le apparecchiature di neurofisiologia (EEG, Potenziali Evocati Multimodali per il monitoraggio elettrofisiologico dei pazienti cerebrolesi con alterazioni dello stato di coscienza) acquisite in precedenza (OC 105751, OC 105746, OC 105741, OC 105736) e per l'analisi cinematica computerizzata. Durante tale periodo si é provveduto alla piena utilizzazione di tutte le altre apparecchiature acquisite di recente, con un breve periodo di training con l'apporto di tecnici specializzati. A tale azione ha presso parte tutto il personale della UOC. I dirigenti medici hanno svolto un'importante azione nell'ambito della selezione dei pazienti da avviare ai trattamenti riabilitativi che hanno richiesto la piena utilizzazione di apparecchiature qui di seguito elencate: - Apparecchio robotico per la rieducazione del cammino assistito con allevio del carico corporeo; - Apparecchio robotico per la rieducazione degli arti superiori; - Apparecchiatura dell'analisi del passo e del movimento; - Pedana Propriocettiva per la rieducazione disturbi dell'equilibrio; - n 2 Cicloergometri per tetra paretici con turbe della coscienza; - n 4 cicloergometri ed apparecchiatura per elettroterapia funzionale. Per quanto riguarda l'attività ambulatoriale ***sono state erogate 43.737 prestazioni, 33.662 prestazioni nei confronti degli utenti esterni.*** Per quanto riguarda l'attività svolta a favore delle UUOO dell'Azienda Policlinico sono state erogate 10.751 prestazioni. In collaborazione con l'Ufficio Formazione Aziendale sono previsti Audit Mensili con la partecipazione di esperti di altre regioni su problematiche neuro riabilitative. Con l'aiuto del Direttore della UOC di Anestesia e Rianimazione, é in via di formalizzazione la stesura di un protocollo definito per l'attivazione e gestione dei posti letto di terapia intensiva. Inoltre é stata affrontata la predisposizione di una cartella riabilitativa e della scelta delle scale di valutazione e di outcome.

5) Assistenza agli anziani in condizioni di fragilità e di non Autosufficienza

1. **Interventi socio-sanitari a sostegno della domiciliarità in lungo assistenza favore di anziani non autosufficienti**

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
LINEA PROGETTUALE	**Linea progettuale 5**
TITOLO DEL PROGETTO	**Interventi socio-sanitari a sostegno della domiciliarità in lungo assistenza a favore di anziani non autosufficienti**
DURATA DEL PROGETTO	Pluriennale
REFERENTE	ASSESSORATO ALLE POLITICHE DELLA SALUTE - Servizio Assistenza Territoriale e Prevenzione A.Re.S. Puglia

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	**€ 3.834.663,00**
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2013	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	La Regione Puglia ha attivato negli anni una diversificazione dei servizi a favore della non autosufficienza intendendo potenziare il sistema di protezione sociale e di cura per le persone non autosufficienti, finalizzato al mantenimento c/o il proprio domicilio. A partire da quest'anno Da oggi sarà attivo il nuovo assegno di cura rivolto alle persone non autosufficienti, completamente rinnovato. Nuove le modalità di presentazione delle domande, vincolanti i criteri di accesso al beneficio, semplificata la procedura di concessione. Il nuovo assegno di cura sostituisce e comprende sia il vecchio assegno di cura per persone non autosufficienti, sia l'Assistenza Indiretta Personalizzata che erano stati già introdotti nel 2010. A deciderlo, le Linee guida redatte dall'Assessorato Regionale e rivolte ad Asl e Comuni, gli indirizzi operativi per la corretta gestione e informazione del nuovo strumento a sostegno della domanda di cura. In Puglia, infatti, esistevano: • gli assegni di cura per le persone con SLA • gli assegni di cura per non autosufficienti gravi • l'Assistenza indiretta personalizzata. Adesso le procedure vengono semplificate e gestite quasi totalmente dalle Asl. Per gli Assegni di Cura per gravissimi non autosufficienti si registrano le maggiori novità. L'importo è unico, la stima dei possibili beneficiari è di circa 2550 pazienti non autosufficienti gravissimi, cui sarà assicurato il beneficio per almeno un biennio. Sono state definite in modo puntuale le patologie gravemente invalidanti che danno diritto di accesso al beneficio economico: richiederanno l'Assegno di Cura i pazienti in stato vegetativo, coma vigile o stato di minima coscienza assistiti a domicilio, tutti i malati gravi dipendenti da alimentazione indotta e respirazione assistita in modo continuativo e coloro che sono affetti da patologie rare, gravemente invalidanti, neurodegenerative o cronico-degenerative non reversibili (come ad esempio Sindrome di Rett, Corea di Huntington, ...). L'assegno di cura sarà assegnato al nucleo familiare del paziente non autosufficiente esclusivamente nell'ambito di un Progetto Assistenziale Individualizzato (PAI) costruito in Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), perché sia chiaro che:

	l'assegno di cura non deve rappresentare la monetizzazione del diritto a cure domiciliari di qualità, ma la necessaria integrazione alla rete dei servizi assicurati da ASL e Comuni per sostenere il carico di cura di cui comunque si fa carico la famiglia. La procedura è a sportello, cioè ciascuna ASL esaminerà le domande in ordine temporale di arrivo, e ammetterà a finanziamento, facendo decorrere il beneficio economico dalla data di presa in carico in UVM. Solo in presenza di eventuali risorse residue, dopo la presa in carico di tutti i pazienti considerati prioritari perché più gravi, si valuterà in ciascuna ASL la possibilità di aprire le domande anche ad altre gravi condizioni di non autosufficienza. Per il 2013, infatti, l'indicatore atteso di copertura ADI per la Puglia passa dal 2,2% (2012) a un valore stimato di 2,8% (dati in corso di validazione).
DESCRIZIONE	Le aree prioritarie di intervento dei progetti a sostegno della domiciliarità a favore delle persone non autosufficienti, sono le seguenti: • Assistenza domiciliare integrata • Percorsi di accesso e valutazione integrata (PUA-UVM): almeno una equipe dedicata per ciascun distretto; • Centri socio educativi e riabilitativi: integrazione scolastica e trasporto sociale disabili a fini riabilitativi.
OBIETTIVI	***OBTV QUALITATIVI*** Evitare o ritardare il ricovero in struttura di anziani non autosufficienti, prediligendo il mantenimento degli stessi presso il proprio domicilio. ***OBTV QUANTITIVI*** Incrementare il numero di anziani non autosufficienti in carico con progetti di domiciliarità in lungo assistenza.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	***Entro la I annualità:*** Attivazione equipe dedicata per distretto ***Entro la II annualità:*** Attività formativa svolta
INDICATORI	Numero di anziani non autosufficienti presi in carico nel 2013.
RELAZIONE 2012	Dopo una proroga tecnica imposta dalla necessità di consentire la conclusione e l'invio delle domande già caricate su piattaforma telematica, tutte le Asl pugliesi sono impegnate nell'istruttoria delle circa 3800 domande pervenute da parte dei più gravi cittadini pugliesi non autosufficienti, cui è stata concessa una priorità nella presentazione delle domande (ad esempio comi vigili e stati vegetativi, malattie rare gravemente invalidanti, pazienti dipendenti dal respiratore o da peg, ecc...). In seguito le Asl dovranno completare la fase di istruttoria formale e amministrativa per conoscere il numero complessivo di domande complete nella documentazione e ammissibili perché effettivamente riferite a pazienti gravemente non autosufficienti sulla base di idonea certificata medica, giacché non è stata ammessa la documentazione attestante la semplice incidenza dell'invalidità, che nell'esperienza più diffusa degli ultimi anni, non consente di filtrare i più gravi. Saranno 2500 i pazienti che avranno accesso all'assegno di cura di 600 euro al mese, una volta completata anche la valutazione in Unità di Valutazione Multidimensionale: quindi molto rapidi i tempi rispetto alla precedente attivazione dell'assegno di cura, e un importante vincolo per le UVM, a definire per ciascun paziente un Piano di assistenza individualizzato che integri l'assegno di cura con prestazioni domiciliari, perché la famiglia non venga lasciata sola e perché l'assegno di cura non diventi strumento di monetizzazione dei diritti alle cure domiciliari, che Asl e Comuni devono consolidare. A questi 2500 pazienti si aggiungono i pazienti affetti da SLA, SMA e le poche altre patologie dichiarate affini, che ricevono un assegno di cura di 500, 1000 e 1100 euro in relazione allo stadio della malattia, e per i quali i termini di presentazione delle domande non sono mai sospesi, potendo presentare la domanda in qualunque momento dell'anno.

6) Tutela della fragilità e Contrasto alle disuguaglianze in Sanità

1. Unità Medico-Assistenziale Itinerante per la diagnostica precoce delle patologie croniche nella popolazione indigente

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
LINEA PROGETTUALE	**Linea Progettuale 6**
TITOLO DEL PROGETTO	**Unità Medico-Assistenziale Itinerante per la diagnostica precoce delle patologie croniche nella popolazione indigente**
DURATA DEL PROGETTO	24 mesi
REFERENTE	A.Re.S. Puglia

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	**€ 3.451.197,00**
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2010	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	*"La Salute intesa non solo come assenza di malattia ma come pieno benessere psicologico e sociale."* Da molti a.a. la letteratura scientifica invita a riflettere sull'incidenza dei molteplici fattori che influenzano lungo il corso della vita, la salute così definita; se, infatti, le cure mediche possono prolungare la sopravvivenza e migliorare la prognosi di molte malattie, sono le condizioni sociali ed economiche ad essere più influenti, lungo tutta la vita, nel determinare buone condizioni di salute e benessere. Nonostante i Servizi Sanitari Nazionali e Regionali garantiscano la copertura sanitaria alle persone indigenti, senza fissa dimora, migranti, ecc. sia per quanto riguarda la patologia acuta (urgenza/emergenza) sia per quello che riguarda la diagnosi, la cura e la prevenzione della patologia cronico-degenerativa, molto spesso proprio i servizi per questo secondo gruppo di patologie risultano assolutamente carenti o meglio non accessibili. La causa di ciò dipende in gran parte dalla difficoltà oggettiva di queste persone ad accedere ai servizi sanitari a loro dedicati, a causa del fatto che queste persone hanno priorità diverse (sostentamento, mantenimento di posti di lavoro spesso precari e "non assicurati" ecc) rispetto al monitoraggio di condizioni morbose che nell'immediato potrebbero non creare problemi (diabete, ipertensione, igiene dentale ecc).
DESCRIZIONE	L'*"Unità Medico-Assistenziale Itinerante"* è un progetto specificatamente mirato ad erogare assistenza medica, a facilitare i percorsi assistenziali per le persone indigenti ed a creare un network tra strutture sanitarie, associazioni di volontariato, istituti religiosi o laici interessati al problema della povertà. *Il progetto ha l'obiettivo di andare incontro alle possibili esigenze medico-sociali di pazienti e/o famiglie indigenti attraverso l'educazione e la prevenzione alla cura di sé, di promozione alla conoscenza e di facilitazione all'accesso ai servizi socio-sanitari.*

OBIETTIVI	Le azioni sono finalizzate al raggiungimento dei seguenti obiettivi: • Monitorare le malattie cronico-degenerative (diabete, ipertensione ecc), da abuso di sostanze e di quelle condizioni morbose generalmente legate alla povertà che necessitano di accessi periodici a strutture sanitarie non sempre fruibili • Costruire e rafforzare i percorsi individuali di presa in carico e accompagnamento ad altri servizi dei soggetti socialmente esclusi nella prospettiva del reinserimento sociale • Promuovere la solidarietà da parte della comunità locale • Facilitare lo sviluppo di canali di comunicazione nel tentativo di razionalizzare le risorse territoriali dedicate alla popolazione indigente (istituzioni pubbliche, mondo del volontariato laico e cattolico) e favorire l'accesso alle cure e l'integrazione della stessa.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	Arruolamento della popolazione e screening delle malattie cronico-degenerative-infettive e condizioni morbose legate alla povertà Cura e monitoraggio dei soggetti ammalati Analisi dei dati e pubblicazione.
INDICATORI	***Indicatori Di Processo*** • progressione temporale degli arruolamenti per l'esecuzione dei test di screening • valutazione del tasso di pazienti persi al follow-up diagnostico e terapeutico • realizzazione di almeno due eventi formativi/divulgativi ***Indicatori Di Risultato*** • raggiungimento degli obiettivi intermedi nei tempi previsti • analisi preliminare dei dati raccolti ad un anno • elaborazione di linee guida di gestione specifiche per la nostra regione • analisi costo/beneficio.
RISULTATI ATTESI	Con questo progetto si intende approfondire la ricerca delle caratteristiche individuali, familiari, di contesto e di status sociale, che si verificano in persone escluse cercando di fornire il necessario follow-up delle malattie degenerative e una possibilità di medicina preventiva "itinerante" che vada incontro a queste popolazioni.
RELAZIONE 2012	Sono stati arruolati 804 soggetti, di cui 24 di nazionalità italiana (indigenti), 780 immigrati; di questi ultimi, 759 immigrati hanno accettato di sottoporsi a screening per infezione da HBV, HCV, HIV. Trenta sette soggetti (4.98%) sono stati risultati HBsAg positivi e quindi portatori cronici di HBV e 24 immigrati (3.4%) sono risultati anti - HCV positivi.

7) Cure Palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica

1. Rete Regionale Delle Cure Palliative Domiciliari

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
LINEA PROGETTUALE	**Linea Progettuale 7**
TITOLO DEL PROGETTO	**Rete regionale di cure palliative**
DURATA DEL PROGETTO	Pluriennale
REFERENTE	ASSESSORATO ALLE POLITICHE DELLA SALUTE - Servizio Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	**€ 7.669.327,00**
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2010	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	La Regione Puglia, riconosce ed afferma il diritto del malato di richiedere forme di tutela e di sostegno che, oltre ad evitare sofferenze inutili, valorizzino le risorse di cura della famiglia consentendo, anche ai cittadini più fragili, di rimanere al proprio domicilio e nel proprio contesto di vita. Il P.S.R. 2008/2010 della Regione Puglia al capitolo "Cure Palliative", nel definirne gli obiettivi e il modello organizzativo, ha previsto l'istituzione di specifiche Unità Operative di Cure Palliative per il coordinamento delle procedure di ricovero dei pazienti nei centri residenziali di cure palliative (hospice), in regime di day hospice, in assistenza ambulatoriale e assistenza domiciliare specialistica. Attualmente, sul territorio regionale, sono attivi, sia in ambito residenziale che domiciliare, soggetti erogatori di cure palliative, pubblici e privati. Le equipe che erogano assistenza al domicilio garantiscono sia interventi di base, sia interventi specialistici in funzione della complessità clinica del malato. A queste attività si integrano quelle erogate in ambito di day hospice, di specialistica ambulatoriale e di consulenza specialistica. E' necessario ed opportuno giungere, attraverso apposite Linee guida regionali rimodulare la Rete Cure Palliative adattandola alle disposizioni previste dall' Atto d'Intesa del 25/7/2012, sottoscritto in Conferenza Stato – Regioni.
DESCRIZIONE	Il progetto si propone il potenziamento dell'intero sistema d'offerta dei servizi per la costruzione di una efficace rete in grado di garantire l' omogenea erogazione delle prestazioni sull'intero territorio regionale e continuità nel percorso del malato e della sua famiglia soprattutto nel passaggio dalla fase di cronicità a quello della terminalità.
OBIETTIVI	In linea con le previsioni normative nazionali e regionali, a partire dal P.S.R. 2008/2010 della Regione Puglia, l'obiettivo che il progetto si pone è l'adozione di "Linee guida regionali" che oltre a delineare l'articolazione territoriale della rete cure palliative, definiscono gli elementi costitutivi, l'organizzazione e le funzioni della medesima rete, nonché i percorsi diagnostici-terapeutici di presa in carico e assistenza dei malati in fase terminale.
TEMPI DI ATTUAZIONE	***Entro il primo semestre***

(CRONOPROGRAMA)	Avvio Tavolo di confronto con il Gruppo di Lavoro regionale "Cure Palliative e Terapia del Dolore", per affrontare e condividere tutte le scelte che consentano di definire " Linee Guida regionali per lo Sviluppo della Rete per le Cure Palliative in Puglia" ***Entro il secondo semestre*** Predisposizione provvedimento giuntale di approvazione di linee guida regionali per lo sviluppo della rete per le cure palliative. Realizzazione delle disposizioni giuntali che debbono prevedere l'articolazione territoriale della rete cure palliative (1 UOCP ogni 400.000 ab.), definire gli elementi costitutivi, l'organizzazione e le funzioni della medesima rete, nonché i percorsi diagnostici-terapeutici di presa in carico e assistenza dei malati in fase terminale. Strutturazione di due livelli funzionali: • uno Regionale per promuovere lo sviluppo della rete regionale di Cure Palliative, per monitorarne l'attività e per proporre programmi obbligatori di formazione per gli operatori dedicati alla rete di C.P. • uno Locale quale aggregazione funzionale ed integrata dei Soggetti pubblici e privati erogatori di tutte le attività assistenziali di cure palliative (Hospice, Ospedale, Day-hospice e Domicilio), in ciascun ambito territoriale definito a livello regionale..
INDICATORI	- Numero di incontri Gruppo di Lavoro regionale "Cure Palliative e Terapia del Dolore" - Redazione testo linee guida
RISULTATI ATTESI	Assicurare, in ciascuna rete locale di C.P. 1. continuità dei percorsi assistenziali per le Cure Palliative nei diversi setting assistenziali ai malati in fase avanzata potenziando i rapporti operativi fra il livello di base e quello specialistico delle Cure Palliative 2. percorsi semplificati, tempestivi e flessibili ma globali di accesso ai vari servizi, per il malato terminale. Un processo di presa in carico finalizzato ad assicurare una continuità di cura e, nel contempo, ridurre al minimo i casi di ricoveri inappropriati.
RELAZIONE 2012	E' stato effettuato un ***primo intervento formativo*** su un gruppo di 21 MMG "con speciale interesse in cure palliative", incaricati della formazione dei 335 colleghi sul territorio e di un'attività continuativa di valutazione dell'impatto formativo (Audit). "La normativa ha un approccio così innovativa", da richiedere un cambiamento culturale che solo un'adeguata formazione può favorire. Un primo importante traguardo raggiunto con questo tipo di attività, è stato l'incremento di visite cliniche specifiche per il dolore, che prima del progetto non rientravano nella pratica clinica del Medico di Medicina Generale e che hanno portato a diagnosticare e a tipizzare il dolore a 3820 pazienti, grazie all'impegno e al coinvolgimento dei Medici di Famiglia formati (4 su 5 hanno aderito e completato il ciclo di Audit), somministrando una terapia appropriata. Nella metà dei pazienti visitati è stato diagnosticato un dolore di tipo infiammatorio, in un terzo un dolore di tipo meccanico strutturale e in 1 paziente su 5 è stato identificato un dolore neuropatico. Sul totale dei pazienti tipizzati, 2725 sono stati inseriti dai MMG nel registro delle "early palliative care" con l'obiettivo di identificare precocemente i malati con bisogno di approccio palliativo come raccomandato dall'OMS. Di questi, solo il 28% è malato oncologico, mentre gli altri pazienti sono affetti da altre patologie, in primis di natura cardiovascolare (16%): un dato che fa riflettere, se si pensa che oggi in Italia le cure palliative sono erogate quasi esclusivamente ai malati oncologici.

8) Sviluppo dei processi di umanizzazione all'interno dei percorsi assistenziali

1. La valutazione della qualità delle strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
LINEA PROGETTUALE	**Linea progettuale 8**
TITOLO DEL PROGETTO	**La valutazione della qualità delle strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino.**
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi
REFERENTE	A.R.e S. Puglia

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	**€ 3.067.730,00**
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2010	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO	
DESCRIZIONE	Il progetto prevede l'applicazione di un set di indicatori per valutare il grado di umanizzazione delle strutture di ricovero ospedaliero. Al fine di avviare il progetto è stata costituita una ***"Cabina di Regia Regionale"*** con il compito di definire l'impostazione del percorso e la gestione delle attività necessarie a raggiungere gli OBTV del progetto stesso. La stessa cabina ha costituito il gruppo di lavoro costituito dai referenti aziendali (individuato nel Responsabile dell'URP), incaricato di seguire l'attuazione delle attività nella propria Azienda, un rappresentante dei cittadini, definendo così il numero degli Ospedali da inserire nel progetto stesso. Inoltre sono stati coinvolti nelle attività le Associazioni (Comitati Consultivi Misti) per la loro competenza nelle valutazioni dell' Audit Civico. Un processo ***partecipato*** per la valutazione del grado di umanizzazione degli Ospedali Pubblici e Privati Accreditati, nel quale i cittadini svolgono un ruolo attivo e di garanzia rispetto ai dati raccolti, si inserisce come elemento qualificante del progetto di costruzione di un sistema di rilevazione di performance del Servizio Sanitario.
OBIETTIVI	Gli ***obiettivi specifici*** del progetto sono: *costituzione di una cabina di regia regionale, individuazione delle strutture ospedaliere in cui svolgere l'attività di rilevazione; costituzione di equipe costituite da cittadini; attività di formazione; rilevazione del grado di umanizzazione delle strutture ospedaliere da parte delle equipe costituite dai cittadini; elaborazione dei dati; programmazione dello svolgimento di assemblee pubbliche per la presentazione dei dati e delle proposte di miglioramento dell'umanizzazione.*
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMA)	*12 mesi*
INDICATORI	- N. di strutture sanitarie aderenti al progetto
RELAZIONE 2012	Il percorso attuativo del progetto ha dato la possibilità di avere, per la prima volta, un quadro conoscitivo del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero a livello regionale, promuovendo una comune consapevolezza tra cittadini, professionisti e amministratori circa lo stato della situazione e in alcuni casi, avviando miglioramenti sul versante dell'umanizzazione delle strutture coinvolte. La partecipazione civica, concretizzatasi con l'adesione di circa 600 cittadini che, volontariamente e gratuitamente hanno partecipato all'iniziativa, è stata un elemento determinante per la realizzazione del progetto stesso.

9) Interventi per l'implementazione della Rete per le Malattie Rare e per la promozione della rete nazionale dei tumori rari

1. **Potenziamento "Rete Malattie Rare"**

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
LINEA PROGETTUALE	**Linea progettuale 9**
TITOLO DEL PROGETTO	**Potenziamento "Rete Malattie Rare"**
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi
REFERENTE	A.Re S. Puglia

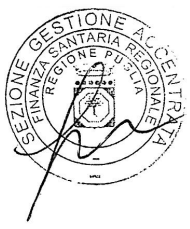
ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	**€ 4.218.129,00**
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2010	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

DESCRIZIONE	Nel ***settembre 2012***, con la pubblicazione della ***Delibera di Giunta Regionale*** la Puglia avvia il Sistema Informativo Malattie Rare della Regione (SIMaRRP) che mette in rete gli Ospedali e i Distretti Socio Sanitari (oltre 120 nodi). La scelta di consorziarsi con altre otto regioni che utilizzano lo stesso sistema operativo e che condividono know how e medesimi Piani Diagnostico Terapeutici (PDT) consente di superare le barriere imposte dall'autonomia regionale in precedenza espressa, consente di mettere in rete una popolazione pari a circa 25 milioni di abitanti. Il Sistema poggia sul principio dell'appropriatezza diagnostica. La diagnosi effettuata in un Presidio della Rete genera una esenzione da parte del Distretto Socio Sanitario Una diagnosi corretta genera un codice di esenzione congruo e diritti esigibili determinati da PDT condivisi per 25 milioni di abitanti: per non dare tutto a tutti, ma quanto necessario a chi ne ha reale necessità. L'implementazione di tale sistema ha determinato nelle regioni con la maggiore e più antica tradizione un importante risparmio di risorse economiche del Sistema Sanitario e delle famiglie costrette in minor misura alla migrazione. La Puglia ha già registrato un dato di grande rilievo: nel 2007 gli esenti per malattie rare superavano le 50.000 unità. Oggi i pugliesi esenti sono circa 26.000. Considerato che tra le malattie rare del Decreto Ministeriale compare ancora la celiachia e che ne sono affetti circa 10.000 pugliesi, se ne deduce che i pugliesi con MR sono un esercito di circa 16.000 persone. Il SSIMaRRP: ***13.830 persone inserite con modalità definitiva*** Il registro consente oggi: di valutare esattamente di quali malattie rare sono affetti i pugliesi e come sono distribuiti sul territorio, di esercitare una programmazione sanitaria legata a bisogni reali e puntuali determinati dalle specifiche caratteristiche della malattia rara in questione, di pesare con dati reali l'attività di un Presidio della Rete Nazionale (PRN) MR superando il limite imposto dalla iniziale autocandidatura dei centri con cui tutte le regioni avevano avviato le reti MR. Il SIMaRRP monitora le attività del singolo medico. il 1° Report del SIMaRRP da cui emerge che: La Puglia conta una popolazione di 4.090.266 persone, 14.183 tra queste sono

	inserite nel SIMaRRP per essere affette da MR, per un totale pari allo 0,35% della popolazione. Il 64,4 % si cura in Puglia. • le attività di cura si concentrano in alcuni ospedali della regione • la Puglia è una regione a forte migrazione extraregionale. Si curano fuori Regione il 44% degli adulti ed il 36% bambini, ma si registra già una inversione di tendenza • le fasce d'età colpite rispecchiano le tabelle pubblicate dalle regioni consorziate. Interessati soprattutto bambini • le migliori cure e l'appropriatezza diagnostica inducono nell'ambito della popolazione colpita, la presenza di giovani adulti e anche di anziani Il Sistema consente di monitorare la popolazione affetta da MR ed i centri di cura nei territori di ciascuna ASL.
OBIETTIVI	L'organizzazione si evolve con Presidi di Rete (PRN) composti da unità operative funzionalmente collegate a più livelli e supportati da moderni sistemi di tele consulenza Vale a dire pochi ***Centri di Qualità*** e capaci di garantire «conoscenza, interdisciplinarietà, connessione con associazioni di volontariato, connessioni a reti nazionali ed internazionali» e su cui investire risorse. L'Europa ha dato il via all'assistenza transfrontaliera che consentirà, nei limiti previsti dalle norme, la libera circolazione dei pazienti. La Puglia candiderà al network europeo (la reti ERN) i suoi centri più attrattivi sostanziando la scelta con dati reali e puntuali. Attraverso il Sistema Informativo sarà possibile seguire in linea, e nel rispetto delle norme sulla privacy, il percorso assistenziale dell'assistito dando valore anche al ruolo della rete degli ospedali più vicini e promuovendo conoscenza. Il Coordinamento Regionale Malattie Rare dell'AReS Puglia coordinerà la produzione dei Piani Diagnostico Terapeutici (PDT) da parte dei Presidi della Rete Nazionale (PRN)
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMA)	*12 mesi*
INDICATORI	- Riduzione dei Presidi della Rete Nazionale - N° di PDT prodotti
RISULTATI ATTESI	Consentire di monitorare la popolazione affetta da MR ed i centri di cura nei territori di ciascuna ASL. Relazione Dati in fase di elaborazione.



10) Tutela della maternità – percorso nascita – parto analgesia.

1. L'assistenza in gravidanza in consultorio

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
LINEA PROGETTUALE	**Linea progettuale 10**
TITOLO DEL PROGETTO	**L'assistenza in gravidanza in consultorio**
DURATA DEL PROGETTO	18 mesi
REFERENTE	A.Re S. Puglia

ASPETTI FINANZIARI	
COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	**€ 2.300.798,00**
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO	
DESCRIZIONE	I diversi piani Nazionali e Regionali puntualizzano l'impatto della continuità assistenziale sulla qualità delle prestazioni, auspicando la realizzazione di una *RETE SANITARIA* il cui modello organizzativo sviluppi e consolidi le relazioni tra gli specialisti ospedalieri e quelli presenti sul territorio, regolando il percorso verso le modalità assistenziali adeguate. Un esempio è dato dal "Dipartimento Materno-Infantile" in considerazione della necessità di attuare le opportune sinergie tra Ospedale e Territorio nel percorso parto. Appare chiara la necessità di individuare nuove strategie organizzative per aumentare il livello delle prestazioni diagnostiche consultoriali, al fine di integrare le risorse territoriali con quelle ospedaliere anche nel settore dell'assistenza alle gravidanze a rischio. Tutto ciò va ad integrare il profilo assistenziale alla gravidanza fisiologica di cui strumento cardine in Regione è l'Agenda di Gravidanza.
OBIETTIVI	Gli ***obiettivi*** del progetto sono: Ottimizzare l'assistenza della gravidanza a rischio (nei consultori si seguono solo le gravidanze fisiologiche e quelle a basso rischio) laddove non complicata, evitando di impegnare i servizi ospedalieri nella cura di patologie gestibili sul territorio Evitare una medicalizzazione indiscriminata delle gravidanze a basso rischio riducendo lo stress materno e il costo sanitario Attuare percorsi di formazione interna ed addestramento del personale dei servizi territoriali
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMA)	*18 mesi*
INDICATORI	N. di profili assistenziali relativi a situazioni di gravidanze a rischio da diffondere, sempre a basso rischio N. di gravidanze a rischio, previste nei profili assistenziali, monitorate adeguatamente nei servizi consultoriali
RISULTATI ATTESI	Ottimizzare l'assistenza della gravidanza a rischio laddove non complicata, evitando di impegnare i servizi ospedalieri nella cura di patologie gestibili sul territorio. Relazione. Tenuto conto della elaborazione del Piano di Riordino Ospedaliero i dati utili al monitoraggio del progetto stesso sono ancora in fase di elaborazione.

11) Tutela della fertilità e della funzione ormonale nelle giovani donne affette da neoplasia o malattie croniche degenerative mediante l'istituzione di biobanche del tessuto ovarico e cellule germinali

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
LINEA PROGETTUALE	**Linea Progettuale 11**
TITOLO DEL PROGETTO	**Tutela della fertilità e della funzione ormonale nelle giovani donne affette da neoplasia o malattie croniche degenerative mediante l'istituzione di biobanche del tessuto ovarico e cellule germinali.**
DURATA DEL PROGETTO	Pluriennale
REFERENTE	

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	**€ 3.067.730,00**
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	Le capacità funzionali dell'ovaio si riducono progressivamente nel tempo, e in una donna su 100 si verifica inspiegabilmente una menopausa precoce prima dei 40 aa. Essendo stato dimostrato che una condizione di ipo fertilità compare circa 13 anni prima dell'evento finale della menopausa, si può affermare che una donna su 100 presenta un'alterata fertilità già a 32 aa. Esistono, inoltre, numerose patologie che possono influenzare la funzione riproduttiva della donna: malattie sistemiche (genetiche, infiammatorie, autoimmunitarie neoplasie, ecc...) e patologie che colpiscono specificatamente l'apparato genitale: miomi uterini, cisti ovariche, infezioni pelviche, sindromi aderenziali o malattie infiammatorie croniche come l'endometriosi e i tumori. Lo sviluppo di trattamenti personalizzati per il "cancro" dipende da una migliore conoscenza dei meccanismi molecolari coinvolti nel processo di iniziazione, progressione e sviluppo della resistenza dei farmaci. Il rapido sviluppo delle tecnologie biomolecolari, ha acuito la necessità del ricercatore di identificare le connessioni fra i fattori genetici ed ambientali, che inducono la patologia e ne modificano la gravità e l'esito. In questa ottica le biobanche ricoprono un ruolo fondamentale, permettendo l'analisi di materiale biologico raccolto secondo criteri di alta qualità per correlare la ricerca biologica con i risultati clinici.
DESCRIZIONE	La biobanca dell'Istituto Tumori di Bari, già istituita nel 2008, ha il compito di raccogliere e conservare i campioni secondo le procedure definite e come da certificazione di qualità ISO 9001:2000 CERT-17885-2006-AQ-BRI-Sincert. Il personale della Biobanca procede al monitoraggio delle procedure operative di raccolta e conservazione dei campioni biologici, individuando alcuni focal point sui quali poter intervenire al fine di migliorare le performance delle attività. Si procede all'acquisizione delle liste operatorie, nel pomeriggio precedente alla seduta, anziché al mattino stesso, in modo da individuare i casi di interesse per studi specifici condotti da ricercatori dell'Istituto, allertandoli in tempo utile per organizzare i loro esperimenti. Inoltre è stata curata la comunicazione con i reparti chirurgici, consentendo così il miglioramento nella tracciabilità di casi di potenziale interesse per la biobanca. Il monitoraggio continuo delle temperature di esercizio dei congelatori avviene attraverso un sistema di controllo a distanza, gestito da un software dedicato e che consente di

	intervenire tempestivamente in caso di malfuzionamenti. Inoltre sono stati acquistati n. 2 congelatori a -80°C portando il numero totale dei congelatori a 8 unità. Durante l'ultimo anno, la Biobanca Istituzionale ha proseguito la raccolta e conservazione di campioni biologici provenienti da pazienti operati per patologia neoplastica presso la propria sede. In particolare sono stati raccolti 802 campioni di tessuto tumorale, 360 campioni di tessuto normale adiacente e 15 campioni di tessuto metastatico provenienti da 393 nuovi casi, di cui: 63.3% patologia mammaria 24.1% patologia gastro intestinale 2.8% patologia ORL 9.6% patologia ginecologica I rispettivi campioni di siero-plasma di 334 casi sono stati raccolti per un totale di 1321 aliquote. La Biobanca Istituzionale è capofila di un progetto per lo sviluppo regionale di reti di ricerca, che vede la partecipazione dell'Università di Bari, CNR, Università di Foggia e l'IRCCS di S. Giovanni Rotondo. La Rete proposta, denominata BIOBOP (Rete Biobanche Oncologiche Pugliesi) avrà tra i suoi principali obiettivi quello di formare un network nella Regione Puglia, nel quale far confluire i dati relativi alle collezioni di campioni biologici raccolti in ambito di Patologie Tumorali sul territorio regionale. La Rete si avverrà di competenze specifiche che forniranno ai campioni un valore aggiunto attraverso la loro caratterizzazione biologica.
OBIETTIVI	Il ***progetto (RIBBO)*** propone la costruzione della Rete Italiana di BioBanche Oncologiche. La Rete vuole rispondere alla crescente richiesta di tessuti oncologici umani, sia in campo di ricerca oncologica di base che clinica, realizzando così una rete sul territorio nazionale che favorisca la standardizzazione di tutti i procedimenti riguardanti i campioni. Tale processo permetterà anche di armonizzare tutte le procedure che ottemperano alle normative nazionali ed europee di tutela della privacy e alle norme di qualità e di sicurezza per la donazione, l'approvigionamento, il controllo, la lavorazione, la conservazione, lo stoccaggio e la distribuzione di materiale biologico. E' il primo progetto che opera sul territorio nazionale e che si propone l'integrazione delle strutture già esistenti che collezionano e conservano campioni biologici di natura oncologica. Inoltre realizzare attività di informazione, comunicazione e sensibilizzazione sul territorio, dirette agli utilizzatori.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	1. Sviluppare un piano di integrazione alla rete delle bio banche oncologiche italiane 2. Redigere un codice di condotta consensuale per il funzionamento per il suo funzionamento 3. Armonizzare le procedure tecniche, organizzative, etiche e legali, operanti nelle singole bio banche 4. Identificare eventuali bacini di raccolta e le loro potenzialità in termini di patologie, di stili di vita e condizioni ambientali.
INDICATORI	***Indicatori di struttura*** Adeguamenti strutturali, qualificazione del personale ***Indicatori di processo*** Numero di campioni conservati e re-impianti ***Indicatori di risultato*** Numero di campioni re-impiantati
RISULTATI ATTESI	1. Incremento attività di conservazione 2. Progettazioni e/o inizio collaborazioni con centri chirurgici-oncologici e di fecondazione assistita 3. Creazione di un database regionale 4. Identificazione di un modello di rete regionale, esportabile anche a livello regionale Relazione: Dati in corso di elaborazione

12) Implementazione di percorsi diagnostico assistenziali e di supporto per migliorare la vita delle donne affette da malattie croniche invalidanti della sfera uro-genitale (endometriosi infiltrante, vulvodinia, tutela della maternità – percorso nascita – parto analgesia)

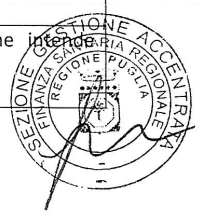
GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
LINEA PROGETTUALE	**Linea progettuale 12**
TITOLO DEL PROGETTO	***Implementazione di percorsi diagnostico assistenziali e di supporto per migliorare la vita delle donne affette da malattie croniche invalidanti della sfera uro-genitale (endometriosi infiltrante, vulvodinia, tutela della maternità – percorso nascita – parto analgesia)***
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi
REFERENTE	Assessorato PATP

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	**€ 1.150.399,00**
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2011	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

CONTESTO	L'epidemiologia dell'endometriosi è di difficile inquadramento. Non ci sono dati di incidenza e prevalenza solidi e confrontabili. Gli unici disponibili nella letteratura scientifica internazionale sono stime di prevalenza. La difficoltà nella valutazione dell'incidenza di questa patologia è legata ai criteri diagnostici (solo clinici o chirurgici?) e ai flussi informativi routinari che non consentono di includere tutte le donne affette da endometriosi. Le più recenti evidenze disponibili indicano che la prevalenza varia dall'1 al 10% nelle donne in età riproduttiva (von Theobald P et al, 2016; Brown J et al, 2014; Ozkan S, 2008). In particolare, lo studio di von Theobald pubblicato nel 2016 ha stimato la prevalenza di endometriosi in Francia per gli anni 2008 – 2012 utilizzando la banca dati SDO. La prevalenza nelle varie regioni francesi varia da 0,4% a 1,6%. Nella Regione Puglia, una recente stima di prevalenza di endometriosi, includendo nella analisi le donne con almeno un ricovero per endometriosi in diagnosi primaria o secondaria, è pari a 1,09%, pertanto in linea coi dati francesi. La prevalenza nelle 6 ASL regionali è sovrapponibile. Si fa presente che questo dato è sottostimato poiché tiene conto solo delle ospedalizzazioni che, ad oggi, costituiscono l'unica fonte di dati correnti disponibile e utilizzabile. Al fine di migliorare la tutela della salute e le condizioni di vita, individuali e sociali, delle donne, la Regione Puglia intende promuovere la prevenzione e la diagnosi precoce dell'endometriosi, nonchè il miglioramento della qualità delle cure, attraverso un percorso che conduca • alla diffusione della conoscenza della patologia e dei suoi effetti in ambito sanitario, sociale e lavorativo, • alla implementazione di un processo integrato di presa in carico delle donne affette dalla patologia • alla valorizzazione del ruolo strategico dell'associazionismo e delle attività di volontariato svolte in ambito regionale finalizzate a sostenere e aiutare le donne affette da endometriosi.
DESCRIZIONE	Alla luce di quanto esposto in precedenza il progetto che la Regione intende promuovere prevede: • l'istituzione dell'Osservatorio Regionale sull'endometriosi



- la creazione del Registro Regionale dell'endometriosi
- il sostegno alle Associazioni e alle attività di volontariato
- la promozione di campagne di informazione, sensibilizzazione e formazione

OSSERVATORIO REGIONALE SULLA ENDOMETRIOSI

L'Osservatorio ha il compito di raccogliere dati e statistiche sulla fenomenologia dell'endometriosi nell'ambito del territorio regionale, promuovere azioni mirate alla diagnosi precoce, proporre al competente Servizio dell'Area Politiche per la promozione della salute l'attuazione di campagne di informazione per la popolazione. L'Osservatorio, inoltre, ha il compito di garantire il monitoraggio e la valutazione delle attività implementate.
L'Osservatorio, infine, coordina le azioni regionali relativamente a quelle promosse in sede nazionale nella prospettiva dell'istituzione del Registro nazionale dell'endometriosi.

REGISTRO REGIONALE DELLA ENDOMETRIOSI
Il Registro regionale dell'endometriosi è lo strumento strategico deputato alla raccolta e analisi dei dati clinici e sociali riferiti alla malattia al fine di stabilire appropriate strategie di intervento, di monitorare l'andamento e la ricorrenza della malattia, di rilevare le problematiche connesse e le eventuali complicanze.
Il Registro riporta il numero dei casi di endometriosi diagnosticati, con esplicito riferimento al numero di nuovi casi registrati annualmente, cosi da rappresentare statisticamente l'incidenza della malattia sul territorio regionale.
Il Registro rileva in particolare le modalità di accertamento secondo i protocolli sanitari previsti, i trattamenti e gli interventi sanitari conseguenti, la qualità delle cure prestate, le conseguenze della malattia in termini funzionali.
Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, sentito l'Osservatorio di cui all'articolo 2 e acquisito il parere del Garante per la protezione dei dati personali, di cui al decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, sono definiti i criteri e le modalità di tenuta e di rilevazione dei dati del Registro, anche con strumenti informatici e telematici.
I dati raccolti sono utilizzati per la predisposizione di atti di pianificazione e programmazione regionale al fine da individuare le migliori azioni per la diagnosi precoce e il trattamento medico sanitario più efficace.

ASSOCIAZIONI E ATTIVITA' DI VOLONTARIATO
La Regione riconosce il rilevante apporto delle associazioni di volontariato che si occupano di endometriosi sul territorio regionale.
Le associazioni sono coinvolte nelle campagne di informazione e sensibilizzazione promosse dalla Regione Puglia in merito al tema dell'endometriosi, delle sue cause e delle sue conseguenze oltre che nell'informazione mirata alla diagnosi precoce.

CAMPAGNE DI INFIORMAZIONE, SENSIBILIZZAZIONE E FORMAZIONE
L'Assessorato regionale alla salute promuove campagne informative e di sensibilizzazione sulle problematiche relative all'endometriosi.
Le campagne sono dirette a disseminare una più diffusa conoscenza dei sintomi della malattia, soprattutto nelle scuole, cosi da favorire il ricorso a una diagnosi precoce e corretta della malattia e prevenire l'infertilità a essa correlata, nonchè la consapevolezza che la stessa sia una malattia cronica e invalidante tanto da dover essere riconosciuta come malattia sociale.
Le campagne sono realizzate con la collaborazione delle associazioni regionali, con il coinvolgimento dei ginecologi e dei consultori familiari.
L'Assessorato regionale alla salute prevede la pianificazione di attività formative ed di aggiornamento sull'endometriosi destinate al personale medico, paramedico e

	operante presso le strutture ospedaliere e i consultori familiari.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	***Entro il primo semestre*** azioni di sensibilizzazione ***Entro il primo semestre*** formazione e aggiornamento del personale
INDICATORI	Numero di attività formative rivolte al personale e non Implementazione di un processo integrato di presa in carico delle donne affette dalla patologia
RISULTATI ATTESI	Al fine di migliorare la tutela della salute e le condizioni di vita, individuali e sociali, delle donne, la Regione Puglia intende promuovere la prevenzione e la diagnosi precoce dell'endometriosi, nonchè il miglioramento della qualità delle cure, attraverso un percorso di presa in carico delle donne affette da tale patologia. Relazione Dati in corso di elaborazione

13) Implementazione della rete nazionale dei centri territoriali per la prevenzione primaria e la diagnosi precoce delle infezioni da HPV

1.Prevenzione primaria e diagnosi precoce delle infezioni HPV in Regione Puglia

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
LINEA PROGETTUALE	**Linea progettuale 13**
TITOLO DEL PROGETTO	**Prevenzione primaria e diagnosi precoce delle infezioni HPV in Regione Puglia**
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi
REFERENTE	Assessorato PATP

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	**€ 1.150.399,00**
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2011	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

CONTESTO	Il carcinoma del collo dell'utero rappresenta, tuttora, una delle principali neoplasie nella popolazione femminile, anche di quella pugliese, ed una delle prime cause di mortalità. I dati in Puglia indicano che l'incidenza del cancro della cervice interessa tutte le province nella stessa misura. Da una indagine preliminare effettuata nei consultori e ambulatori pubblici del territorio regionale si è rilevata una scarsa sensibilizzazione spontanea delle donne alla prevenzione. Infatti solo il 6% circa delle "donne bersaglio" ha effettuato il pap-test per la prima volta e quelle che solitamente lo eseguono, spesso lo ripetono annualmente, con un inutile aggravio di spesa. Tale dato non tiene conto dell'abitudine di una larga fascia di donne pugliesi che eseguono il test negli ambulatori privati. L'obiettivo principale della Regione Puglia è soprattutto

	quello di sensibilizzare le donne che non hanno mai eseguito il pap-test o che non l'hanno eseguito negli ultimi tre anni, al fine di attuare un programma di prevenzione permanente. Negli ultimi anni inoltre la ricerca clinica, epidemiologica e molecolare ha dimostrato che alcuni tipi di Human Papilloma Virus (HPV), tipi ad alto rischio, sono agenti eziologici del cancro della cervice, nonché dei suoi precursori, ovvero delle neoplasie cervicali intraepiteliali (CIN).Studi recenti hanno dimostrato che la ricerca dell'HPV in campioni cervicali è una metodica assai sensibile per la diagnosi delle malattie cervicali, con un eccellente valore predittivo negativo.
DESCRIZIONE	Il protocollo del programma di screening cervico-vaginale, predisposto a livello regionale, segue le Linee Guida della Comunità Europea e dalla C.O.N (Commissione Oncologica Nazionale), per lo screening del cervico-carcinoma, nonché le indicazioni del GISCi (Gruppo Italiano per lo Screening del Cervicocarcinoma), in particolare per quanto riguarda il monitoraggio, i controlli di qualità, gli indicatori, e prevede il coinvolgimento di tutta la popolazione femminile a rischio (fascia di età 25- 64 anni) della Regione Puglia. La popolazione bersaglio è costituita da circa 1.100.000 donne, di età compresa tra 25 e 64 anni, residenti su tutto il territorio regionale, che verranno sottoposte a pap-test ed ove necessario alla determinazione del test HPV, in modo da coprire nell'arco dei tre anni tutta la popolazione femminile a rischio.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	***Entro il primo semestre*** azioni di sensibilizzazione, sistema informativo ***Entro il primo semestre*** formazione e aggiornamento del personale
INDICATORI	-Estensione del programma (numero inviti rispetto a popolazione bersaglio) -Adesione all'invito -Distribuzione dei risultati citologici - % di vetrini inadeguati - % di donne inviate in colposcopia -Complianceall'approfondimento colposcopico
RELAZIONE 2012	In Puglia la proporzione in età target (25/64 anni) che hanno eseguito lo screening del tumore della cervice uterina secondo le linee guida è pari al 69,8% un dato nettamente inferiore rispetto alla media nazionale (78,7%). Si tratta di un dato insoddisfacente, in particolar modo per la proporzione di donne che aderiscono ad un programma di screening organizzato (28.8%) mentre è più elevata la proporzione di donne che eseguono un test spontaneamente (40.6%), soprattutto donne di età compresa fra 35 e 49 anni, con grado di istruzione elevato e senza difficoltà economiche. Oltre il 20% delle donne tra 25 e 64 anni non ha mai eseguito un pap –test: di queste donne il 33.1% crede di non averne bisogno. Risulta evidente la necessità di aumentare l'attività di promozione del programma di screening, soprattutto per quanto riguarda lo screening organizzato, in modo da ridurre, in termini di morbilità e mortalità, i rischi legati all'incidenza della neoplasia.

14) Implementazione della rete nazionale dei centri territoriali per la prevenzione primaria e la diagnosi precoce dei tumori dell'apparato genitale maschile

1.Rete Regionale per la prevenzione e diagnosi precoce dei tumori dell'apparato genitale maschile

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
LINEA PROGETTUALE	**Linea progettuale 14**
TITOLO DEL PROGETTO	**Rete Regionale per la prevenzione e diagnosi precoce dei tumori dell'apparato genitale maschile.**
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi
REFERENTE	Assessorato PATP

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	**€ 1.150.399,00**
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2011	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

CONTESTO	La *Regione Puglia* lancia una campagna ambiziosa che mira a debellare l'HPV, il virus responsabile di tumori come il carcinoma del collo dell'utero nella donna e del faringe nell'uomo. Dopo il successo dell'iniziativa rivolta nell'ultimo biennio alle giovani donne nel dodicesimo e nel venticinquesimo anno di età, ora ha deciso di estendere anche ai maschi l'offerta attiva e gratuita del vaccino anti-HPV, offrendo a tutti gli adolescenti, nel corso del dodicesimo anno di vita, lo scudo contro un agente insidioso che, a distanza di molti anni dalla prima infezione, può avere conseguenze devastanti. L'Italia è stato il primo Paese europeo a pianificare una strategia di vaccinazione pubblica contro il Papilloma virus. Nel 2007 sono stati immessi sul mercato italiano due vaccini per la prevenzione delle infezioni da HPV. Un vaccino, quadrivalente, che protegge dai genotipi HPV 6, 11, 16 e 18 ed un altro vaccino bivalente che protegge esclusivamente dai genotipi 16 e 18. Nel tempo sono venute alla luce nuove evidenze scientifiche, sia in riferimento alle varie patologie correlate alle infezioni da HPV, sia in relazione alle cure e alle possibilità di prevenzione. Da una visione univoca che associava la presenza del virus HPV unicamente al possibile sviluppo del cancro del collo dell'utero, si è giunti a scoprire numerose altre patologie che possono essere correlate a questo virus tanto nella popolazione femminile quanto in quella maschile.
DESCRIZIONE	Tutti i ragazzi nati nell'anno 2003 saranno invitati dai Pediatri di libera scelta e in tutte le scuole dai Dipartimenti di Prevenzione della ASL pugliesi a cogliere questa grande occasione per debellare un nemico che oggi ha una diffusione vastissima. La vaccinazione contro l'HPV infatti, oltre a prevenire il cancro della cervice uterina, previene altri tumori maligni (oro-faringe, apparato genitale, ultimo tratto dell'intestino) che per circa un terzo sono a carico del maschio. Inizialmente l'attività di prevenzione vaccinale è stata rivolta alle ragazze per proteggerle dal tumore del collo dell'utero. Ma ora, dopo aver vaccinato oltre l'80% delle donne nate tra il 1993 al 2003,abbiamo ritenuto indispensabile rivolgerci ai maschi che, oltre ad essere coinvolti nella catena di trasmissione del virus, possono essere soggetti a numerose patologie ad esso correlate che interessano principalmente sia il distretto testa-collo che l'apparato genitale». La vaccinazione contro l'HPV infatti, oltre a prevenire il cancro della cervice uterina, previene altri tumori maligni (oro-faringe, apparato genitale, ultimo tratto dell'intestino) che per circa un terzo sono a carico del maschio. «Esistono circa 120 genotipi del virus HPV che infettano l'essere umano, un terzo dei quali è associato a patologie del tratto...

	ano-genitale, sia benigne che maligne. Dei 120, il tipo 16 è responsabile di circa il 50% dei casi di cancro alla cervice uterina, il tipo 18 del 20% e i restanti genotipi di circa il 30%. I genotipi 6 e 11 sono invece responsabili del 90% dei condilomi genitali». Il carcinoma delle cervice uterina è il primo tumore riconosciuto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come totalmente riconducibile ad una infezione. Per questo, fino a poco tempo fa, in molti Paesi, le campagne vaccinali contro il papilloma virus si sono concentrate sulla popolazione femminile, ponendosi come obiettivo primario la prevenzione delle neoplasie della cervice uterina. Negli ultimi anni, grazie ad una miglior conoscenza dell'infezione da HPV nel maschio, e alla successiva approvazione del vaccino quadrivalente anche per il sesso maschile, le Società scientifiche hanno suggerito un approccio a più ampio spettro, raccomandando l'estensione della vaccinazione anche agli uomini. Le nuove evidenze scientifiche hanno infatti dimostrato che il Papilloma virus è responsabile, in Italia, di oltre 130.000 casi di patologie benigne (condilomi) e tumorali (carcinomi del tratto ano-genitale e tumori della testa e del collo), in entrambi i sessi. La Puglia, insieme ad altre Regioni Italiane e sulla scorta di quanto già avviene in alcuni Paesi (Stati Uniti, Australia e Canada), è all'avanguardia nell'offrire la vaccinazione anti-papillomavirus gratuitamente ai maschi nel corso del 12°anno. È infatti di ogni evidenza che l'istituzione di una campagna di vaccinazione rivolta ad entrambi i sessi oltre a garantire parità di genere, offre uguali opportunità nella fruizione dei Servizi Sanitari, ancor più che nella donna esiste un esame di screening per la diagnosi precoce, opportunità al momento non goduta dal maschio. Il virus dell'HPV colpisce dunque entrambi i sessi e in particolare il maschio risulta esserne infetto con maggiore facilità, con un'alta prevalenza che si attesta intorno al 60% in qualunque fascia di età. Senza un'azione efficace anche sul maschio, il virus non può quindi essere debellato. Il maschio rappresenta il serbatoio e il veicolo di trasmissione della malattia. Anche le patologie tumorali HPV correlate riguardano principalmente l'apparato genitale e il distretto orofaringeo: l'80-95% delle neoplasie anali, almeno il 50% delle neoplasie del pene e il 60% delle neoplasie della testa e del collo sono correlate ad HPV. La Regione Puglia ha introdotto nel Calendario Vaccinale l'offerta attiva e gratuita della vaccinazione anti-HPV ai maschi dodicenni per un questione etica e di equità sociale. Il vaccino nel maschio diviene un efficace strumento sia di protezione indiretta per le donne sia di prevenzione individuale del maschio in quanto egli stesso è, al contempo e al pari della femmina, soggetto a rischio. Nell'informazione sull'importanza della prevenzione del virus dell'HPV un ruolo chiave è rivestito anche dai pediatri di libera scelta che sono quotidianamente a contatto con le famiglie. La prevenzione delle patologie da Papilloma virus umano nel maschio vede nella vaccinazione lo strumento più idoneo per ridurne la diffusione. Il pediatra di famiglia è la figura professionale che per contiguità alle famiglie meglio può promuoverla spiegandone i vantaggi.
OBIETTIVI	La Regione Puglia con lungimiranza ha inserito tale vaccinazione nel suo Calendario Vaccinale e tale intervento di salute pubblica avrà una ricaduta positiva in prospettiva per i suoi abitanti perché comporterà comunque una minor circolazione del virus.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	- azioni di sensibilizzazione - numero di ragazzi sottoposti a questo tipo di vaccinazione
INDICATORI	- estensione del programma (numero inviti rispetto a popolazione bersaglio)
RISULTATI ATTESI	L'istituzione di una campagna di vaccinazione rivolta ad entrambi i sessi oltre a garantire parità di genere, offre uguali opportunità nella fruizione dei Servizi Sanitari, ancor più che nella donna esiste un esame di screening per la diagnosi precoce, opportunità al momento non goduta dal maschio. Relazione Tutti i ragazzi nati nell'anno 2003 sono invitati dai Pediatri di libera scelta e in tutte le scuole dai Dipartimenti di Prevenzione della ASL pugliesi a cogliere questa grande occasione per debellare un nemico che oggi ha una diffusione vastissima. I dati sono ancora in corso di elaborazione.

SEZIONE GESTIONE ACCENTRATA FINANZA SANITARIA REGIONALE REGIONE PUGLIA

15) Definizione di modelli di assistenza ai bambini e adolescenti affetti da patologie croniche, disturbi del comportamento, dell'apprendimento e del linguaggio, da autismo, da disturbo da deficit da attenzione/iperattività (ADHD) e da psicosi affettive e non affettive dell'infanzia e dell'adolescenza mediante l'organizzazione dei Centri di riferimento a valenza regionale e/o interregionale e la realizzazione di reti assistenziali

1.Linee Guida Regionali per l'organizzazione dei Centri di riferimento a valenza regionale e/o interregionale e la realizzazione di reti assistenziali per l'assistenza ai bambini e adolescenti affetti da patologie croniche, disturbi del comportamento, dell'apprendimento e del linguaggio, da autismo, da disturbo da deficit da attenzione/iperattività (ADHD) e da psicosi affettive e non affettive

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
LINEA PROGETTUALE	**Linea progettuale 15**
TITOLO DEL PROGETTO	**Linee Guida Regionali per l'organizzazione dei Centri di riferimento a valenza regionale e/o interregionale e la realizzazione di reti assistenziali per l'assistenza ai bambini e adolescenti affetti da patologie croniche, disturbi del comportamento, dell'apprendimento e del linguaggio, da autismo, da disturbo da deficit da attenzione/iperattività (ADHD) e da psicosi affettive e non affettive.**
DURATA DEL PROGETTO	24 mesi
REFERENTE	Assessorato PATP

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	**€ 3.067.730,00**
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2011	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	
CONTESTO	I DSA-Disturbi dello spettro autistico sono un insieme di condizioni (il termine Spettro indica proprio questo) caratterizzate da deficit nella comunicazione e nella interazione sociale, con incapacità o importanti difficoltà a sviluppare una reciprocità emotiva, sia con gli adulti sia con i coetanei, che si evidenzia attraverso comportamenti, atteggiamenti e modalità comunicative anche non verbali non adeguate all'età, al contesto o allo sviluppo mentale raggiunto, nonché caratterizzate dalla tendenza a comportamenti stereotipi e ripetitivi. Gli studi epidemiologici condotti sia negli Stati Uniti sia in Europa negli ultimi dieci anni riportano un generalizzato aumento delle diagnosi di autismo, con una incidenza fino a 8 su 1.000 del complesso dei disturbi dello spettro autistico e la letteratura internazionale stima la nascita di un bambino con disturbi dello spettro autistico ogni 150 nati. In Puglia vi sono ***827.211*** persone residenti tra 0 e 18 anni (di cui, 425.329 M - 401.882 F), con stima presuntiva di circa 4.726 bambini e adolescenti con DSA. La popolazione generale pugliese è di 4.024.000, per cui la stima presuntiva è di circa ***22.994 persone (minori e adulti in totale) con DSA nella Regione Puglia.***
DESCRIZIONE	Le Linee Guida costituiscono lo strumento con il quale la Regione Puglia intende recepire i contenuti e gli indirizzi dell'*Accordo della Conferenza Unificata del 22.11.2012 sulle "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore dei Disturbi pervasivi dello sviluppo (DPS), con particolare riferimento ai Disturbi dello spettro autistico"* che indicano obiettivi e azioni per la costruzione in tutti i contesti regionali di reti [illegible]

SEZIONE GESTIONE ACCENTRATA SANITARIA REGIONALE GIUNTA REGIONE PUGLIA

	integrate di servizi, di competenze, di opportunità per la diagnosi precoce, la presa in carico appropriata e la piena inclusione sociale e la qualità della vita delle persone con DSA e dei rispettivi nuclei familiari. A tal fine si intende attuare il modello organizzativo di assistenza sanitaria specialistica delineato dal succitato Accordo Stato-Regioni, curando l'integrazione con i servizi sociali, del lavoro e dell'istruzione. Il Documento si basa, altresì, per quanto concerne i trattamenti dei disturbi dello spettro autistico e gli interventi non farmacologici e farmacologici, sulle Linee Guida dell'Istituto Superiore di Sanità (LG 21- 2011), che forniscono indicazioni su quali sono gli interventi per cui sono disponibili le prove scientifiche di valutazione di efficacia.
OBIETTIVI	***Obiettivo delle Linee Guida Regionali:*** Le ***Linee Guida Regionali*** intendono offrire indicazioni operative e vincolanti a tutti i decisori pubblici che operano sul territorio regionale, alle strutture socio-sanitarie impegnate in Puglia per la diagnosi, soprattutto precoce, la presa in carico e la cura dei bambini, degli adolescenti e degli adulti con autismo, attraverso la ***definizione di un progetto terapeutico-riabilitativo individualizzato***, ed offrire alle loro famiglie dei riferimenti puntuali sulle opportunità di accesso ai servizi e sulle prospettive di sviluppo di una rete di servizi diffusa su tutto il territorio regionale, per affrontare efficacemente le problematiche dell'assistenza alle persone con disturbi dello spettro autistico (DSA). Alla stesura delle presenti Linee Guida hanno lavorato le strutture dell'Assessorato al Welfare e Politiche per la Salute, con l'obiettivo di offrire un documento complessivo di indirizzo sia per le attività di programmazione regionale e aziendale, sia per le attività di organizzazione e di erogazione dei servizi. All'interno di queste Linee Guida si dà particolare risalto al ruolo della rete territoriale per la diagnosi dei DSA, che infatti cominciano a manifestarsi nel corso dei primi due anni di vita e numerosi studi evidenziano l'importanza di porre in atto tutte le azioni utili all'individuazione dei bambini a rischio di autismo in questo precocissimo periodo della vita. Per la diagnosi precoce dell'autismo è necessario pervenire a una attenta preparazione di figure di riferimento importanti, come i pediatri di libera scelta (PLS) e alcune figure educative nelle strutture per la prima infanzia e per l'infanzia, diretti a migliorare la capacità di riconoscimento dei casi sospetti con l'utilizzazione di strumenti diagnostici da inserire nei bilanci di salute del primo e del secondo anno di vita del bambino. ***Obiettivi specifici*** degli interventi in favore delle persone affette da DSA sono i seguenti: 1. fare formazione e lavorare sull'individuazione precoce del disturbo attraverso in particolare il coinvolgimento dei pediatri di libera scelta, con utilizzazione di sistemi di screening; 2. assicurare la presa in carico tempestiva della persona attraverso una valutazione funzionale multidisciplinare e la definizione del progetto terapeutico riabilitativo individualizzato che tenga conto dei bisogni specifici degli utenti e delle famiglie; 3. definire e qualificare la rete integrata dei servizi per la cura, abilitazione e assistenza dei disturbi dello spettro autistico, fondata esclusivamente su approcci metodologici e scientifici validati EBM; 4. garantire la continuità dell'assistenza e lo sviluppo di interventi coordinati e qualificati lungo tutto l'arco della vita della persona; 5. sviluppare nuove sinergie e sistemi di aiuto ai familiari; 6. migliorare e potenziare l'integrazione scolastica dei minori, tramite percorsi specifici rivolti al personale docente; 7. garantire interventi educativi e assistenziali domiciliari e di comunità; 8. garantire percorsi specifici di accoglienza ospedaliera inclusa un'accoglienza specifica per problemi sanitari urgenti, attraverso la definizione di protocolli specifici da adottare nei dipartimenti di emergenza di tutti gli ospedali della regione La risposta assistenziale si inserisce all'interno della rete regionale dei servizi sanitari e sociosanitari per la salute mentale, per la riabilitazione delle disabilità e per la non autosufficienza.
TEMPI DI ATTUAZIONE	- azioni di sensibilizzazione nei confronti dei PLS: 6 mesi;

SEZIONE GESTIONE ACCENTRATA FINANZA SANITARIA REGIONALE REGIONE PUGLIA

(CRONOPROGRAMMA)	- azione di aggiornamento e di sensibilizzazione in favore degli psichiatri e psicologi ed operatori tutti dei CSM (6-12 mesi) - attivazione delle equipe dedicate all'autismo in ogni UOS di NPIA della regione: 12 mesi (necessità di nuove assunzioni); - attivazione di percorsi specifici da attuarsi nelle scuole dell'infanzia e primaria (6-12 mesi); - attivazione dei centri residenziali e semiresidenziali dedicati (6-12 mesi); - individuazione di strutture accreditate specializzate nel fornire servizi di riabilitazione nei confronti delle persone con autismo e delle loro famiglie (6-12 mesi) - formazione del personale: 12 mesi - raccordo con le aziende esistenti sul territorio che potranno accogliere persone con DSA adeguatamente formate (6-18 mesi)
RISULTATI ATTESI	- riduzione circa l'uso di terapia psicofarmacologica in età evolutiva; - riduzione della mobilità sanitaria passiva; - riduzione dei pazienti nelle strutture semiresidenziali e residenziali con aumento del turnover (18-24 mesi) Relazione E' in corso l'elaborazione dei dati

16) Sviluppo degli strumenti del Governo Clinico e della Valutazione della Qualità e della Sicurezza delle prestazioni – Risk Management

1.Programma Regionale Sicurezza e Rischio Clinico

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
LINEA PROGETTUALE	**Linea progettuale 16**
TITOLO DEL PROGETTO	**Programma Regionale Sicurezza e Rischio Clinico**
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi
REFERENTE	A.Re.S. Puglia

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	**€ 7.669.327,00**
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2011	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

CONTESTO	La crescente attenzione che la Comunità Scientifica rivolge al rischio di eventi avversi nell'ambito delle procedure medicochirurgiche e la maggiore sensibilità dell'opinione pubblica verso i livelli di sicurezza delle prestazioni sanitarie, insieme ai crescenti costi assicurativi, hanno spinto le istituzioni ad adottare azioni concrete per migliorare la qualità dell'assistenza e la sicurezza delle attività sanitarie. La ***Gestione del Rischio Clinico*** quale strumento del governo clinico è la metodologia che permette attraverso l'individuazione e la valutazione dei rischi, la gestione dei processi decisionali e il controllo delle procedure, la riduzione degli stessi. La Regione Puglia *promuove* la ***Gestione del Rischio Clinico*** nelle proprie ASL nella consapevolezza che l'adozione di strategie operative finalizzate alla riduzione degli errori possa portare numerosi vantaggi tra i quali: • aumentare la sicurezza del paziente e la tutela degli operatori; • migliorare l'efficienza, la qualità e l'immagine del Sistema Sanitario Regionale; • contenere i costi assicurativi. Le linee guida per l'implementazione delle attività di Risk Management all'interno delle Aziende Sanitarie prevedono i seguenti adempi menti: • attivazione dell' Unità Operativa di Gestione del Rischio Clinico (UGR), costituita da adeguate professionalità e nomina del Responsabile Aziendale del Rischio Clinico che è un medico; • costituzione del Comitato Interdisciplinare Aziendale per la Gestione del Rischio Clinico, che ha funzione consultiva e di indirizzo, elabora il Programma Aziendale di Gestione del Rischio Clinico e ne verifica la realizzazione. E' composto da figure in grado di abbracciare tutte le necessità di informazione clinica, amministrativa e gestionale, coordinato dal Responsabile Aziendale del Rischio Clinico.
DESCRIZIONE	Con ***DGR n. 1575 del 12.07.2011*** la Regione Puglia ha approvato la costituzione, ai sensi dell'art.3 comma 33 della L.R. n. 40/2007 e s.m.i., del ***"Coordinamento Regionale Gestione Rischio Clinico e Sicurezza del Paziente"*** che dovrà assicurare: a. lo sviluppo e rafforzamento della Rete Regionale "Rischio Clinico" in Puglia; b. il coordinamento a livello regionale dei Dirigenti delle Uu.Oo. Gestione Rischio Clinico delle Aziende Sanitarie ed Istituti del SSR; c. il monitoraggio dei flussi informativi SIMES- NSIS posti a carico di ciascuna Azienda Sanitaria; d. analisi, valutazione e monitoraggio degli eventi avversi e degli eventi sentinella;

	occorsi nella Regione Puglia e la programmazione e definizione delle linee guida per la implementazione di un osservatorio epidemiologico regionale sui sinistri, sugli eventi avversi ed eventi sentinella; e. analisi, valutazione e monitoraggio dei sinistri mediante la Costituzione di un Comitato Valutazione Sinistri interno al Gruppo, occorsi in Regione Puglia per la verifica della fase attuativa delle disposizioni assessorili in materia di assicurazioni e brokeraggio assicurativo; f. la promozione, d'intesa con l'Organismo Regionale per la Formazione Sanitaria, di percorsi formativi. Con ***Atto Dirigenziale n. 2 dell'11 gennaio 2013*** sono state recepite le indicazioni operative per la implementazione su tutto il territorio regionale del Foglio Unico di terapia e della Check-list peri operatoria, con lo scopo di ridurre gli errori in terapia farmacologica e quindi di uniformarsi alle indicazioni di cui alla Raccomandazione n. 7 del marzo 2008. In tutte le Aziende è operativa una Unità per la Gestione del Rischio Clinico con al suo interno un Comitato Valutazione Sinistri. Si è provveduto alla raccolta dei dati di sinistrosità e sinistralità aziendali onde pervenire entro il 2013 alla definizione di fattibilità di un piano per la autoassicurazione. La Regione ha altresì provveduto alla implementazione del sistema SIMES, sia per il flusso dei sinistri che per gli eventi sentinella.
OBIETTIVI	Elaborazione da parte del Comitato Aziendale del Programma Aziendale di Gestione del Rischio Clinico con i seguenti obiettivi: quantificare il rischio aziendale; organizzare i flussi aziendali; revisionare il processo di gestione del consenso informato; verificare e migliorare la documentazione sanitaria; meccanismi di comunicazione tra struttura e utente; ottimizzare il processo di gestione dei sinistri; analizzare i processi critici; sensibilizzare e formare gli operatori sulle tematiche del rischio e della sua prevenzione. Costituzione del Comitato di Valutazione dei Sinistri (CVS), di norma coordinato dal Responsabile del Servizio di Medicina Legale, costituto dal Responsabile dell'Ufficio Affari Generali e Legali, dal Responsabile dell'UGR e dal Rappresentante della Compagnia Assicurativa o dell'eventuale Broker. Quando necessario il CVS potrà avvalersi di altri professionisti. In collaborazione con l'UGR mirerà a minimizzare l'impatto economico dei sinistri attraverso le seguenti attività: raccolta di informazioni inerenti il sinistro; pronta valutazione delle eventuali responsabilità; valutazione delle tipologie e dell'entità dei danni; gestione dei rapporti con i danneggiati; contributo alla definizione della politica di copertura assicurativa aziendale.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	12 mesi (per la sperimentazione)
INDICATORI	a. N. di eventi avversi e degli eventi sentinella b. N. dei sinistri
RISULTATI ATTESI	Migliorare la qualità dell'assistenza e la sicurezza delle attività sanitarie. Relazione Dati ancora in corso di elaborazione

17) Implementazione del "Codice Etico" nelle Aziende Sanitarie

1. *Codice Etico nelle Aziende Pugliesi*

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
LINEA PROGETTUALE	**Linea Progettuale 17**
TITOLO DEL PROGETTO	**Implementazione del "Codice Etico" nelle Aziende Sanitarie**
DURATA DEL PROGETTO	**Codice Etico nelle Aziende Pugliesi**
REFERENTE	ASSESSORATO ALLE POLITICHE DELLA SALUTE Servizio Assistenza Territoriale e Prevenzione

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	**€ 769.483,00**
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	Nell'ambito del Sistema Sanitario ***etica*** significa considerare la tutela della salute come diritto fondamentale della persona e non "limitatamente" come risposta ad un bisogno. • Assumere comportamenti etici significa che medici ed altre professioni sanitarie non mediche, manager aziendali, policy maker applicano nel modo corretto le conoscenze nei rispettivi campi, diffondono e condividono le conoscenze, promuovono e sostengono la ricerca per il miglioramento reale dello stato di salute di tutti. • Assumere comportamenti etici rispetto alla limitatezza delle risorse, tenuto conto che la Regione Puglia è sottoposta al Piano Operativo, significa fare il massimo possibile per la persona, utilizzando nel migliore dei modi le risorse disponibili, interpretando i vincoli in modo da ottenere il massimo effetto rispetto ai fini di tutela della salute. E, in particolare, nelle scelte tra diversi modelli assistenziali, modelli organizzativi, criteri di allocazione delle risorse, assumere comportamenti etici significa valutare le alternative in modo da scegliere quella caratterizzata dal più elevato rapporto benefici e risorse disponibili.
DESCRIZIONE	Il ruolo della Regione nel promuovere, sostenere e diffondere nuovi modelli organizzativi che permettono l'implementazione delle migliori pratiche attraverso un impegno diverso delle professioni sanitarie, nell'ambito dello sviluppo di comportamenti etici si esplica In termini **organizzativi:** istituzione in ogni ASL, di una Direzione delle Professioni Sanitarie, UOC in staff alla Direzione Sanitaria, alla quale competono le funzioni di programmazione dei fabbisogni di personale, di analisi dei fabbisogni formativi e di pianificazione dei relativi interventi, di valutazione dei modelli organizzativi; prevista, nell'ambito delle macro –strutture Ospedale e Territorio delle ASL, l'istituzione di due funzioni una Ospedaliera e l'altra Territoriale. La UOS ha funzioni di coordinamento operativo dell'assistenza infermieristica distrettuale. In termini di **competenze** clinico-assistenziali ed organizzative gestionali, attraverso lo sviluppo di *"nuovi ruoli"* : Il case manager con funzione strategica per realizzare la continuità ed il coordinamento dell'assistenza; L'infermiere di assistenza primaria che affianca il medico di famiglia nelle medicine di gruppo integrate e che assume un ruolo fondamentale nella gestione dei pazienti cronici;

	L'infermiere della domiciliarità.
OBIETTIVI	A) Valorizzazione delle competenze, valorizzare la risorsa umana è una condizione necessaria per avviare strategie di cambiamento B) La formazione C) La metodica dell'audit D) Appropriatezza nella erogazione delle prestazioni, con pieno coinvolgimento dei prescrittori, anche attraverso la diffusione dei ***PDTA.***
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	Progetto pluriennale
RISULTATI ATTESI	Promuovere, sostenere e diffondere nuovi modelli organizzativi che permettono l'implementazione delle migliori pratiche attraverso un impegno diverso delle professioni sanitarie.

18) Piano Nazionale Prevenzione

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
LINEA PROGETTUALE	**PREVENZIONE**
TITOLO DEL PROGETTO	**Piano Regionale di Prevenzione 2013**
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi
REFERENTE	ASSESSORATO ALLE POLITICHE DELLA SALUTE Servizio Assistenza Territoriale e Prevenzione

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	**€ 18.406.384,00**
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2010	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	A seguito dell'Accordo Stato Regioni n. 53/CSR del 07/02/2013, che ha prorogato la vigenza del Piano nazionale di Prevenzione 2010-2012 a tutto il 2013 introducendo un nuovo piano operativo composto di programmi inclusivi e strategici, mantenendo valido il quadro strategico contenuto nel Piano 2010-2012, approvato con ***DGR n. 2994 del 28/12/2010.*** Il Piano Regionale della Prevenzione, si pone, nella Puglia, come vincolo e come opportunità, in un contesto di importanti cambiamenti che il piano stesso può aiutare a sostenere, prevedendo: • la continuità delle attività del Piano nazionale della Prevenzione 2005/07 e succ. proroghe, in termini di completamento degli obiettivi non ancora raggiunti e di consolidamento/estensione di quelli raggiunti • lo sviluppo di ciascuna delle macro aree individuate dal PNP 2010/12 ed, all'interno di esse, di un congruo numero di linee di intervento • la messa a regime delle attività di sorveglianza previste dal PNP 2010/12.
DESCRIZIONE	Attraverso ***39 linee progettuali*** il PRP della Puglia copre le quattro macroaree in cui è suddiviso il piano nazionale: medicina predittiva (2 linee),

	prevenzione universale (24 linee), prevenzione della popolazioni a rischio (12 linee), prevenzione delle complicanze e delle recidive della malattia (1 linea). Le linee progettuali sono state scelte sulla base di quattro variabili maggiori. Rilevanza epidemiologica, continuità con il precedente PRP, norme regionali e programmazione regionale in essere, sorveglianza epidemiologica.

Macroarea	Linea di intervento generale	N° progetti	
MEDICINA PREDITTIVA	1.1 Valutazione del rischio individuale di malattia	2	**2**
PREVENZIONE UNIVERSALE	2.1 Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito stradale	1	**24**
	2.2 Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito lavorativo e delle patologie correlate	5	
	2.3 Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito domestico	1	
	2.4 Prevenzione delle malattie suscettibili di vaccinazione	1	
	2.5 Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria	1	
	2.6 Prevenzione delle malattie infettive per le quali non vi è disponibilità di vaccinazioni	2	
	2.7 Prevenzione delle Patologie da esposizione, professionale e non, ad agenti chimici, fisici e biologici	3	
	2.8 Prevenzione delle malattie determinate da alimenti, ivi compresa l'acqua destinata a consumo umano	1	
	2.9 Prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate (alimentazione scorretta, sedentarietà, abuso di alcol, tabagismo, abuso di sostanze)	9	
PREVENZIONE NELLA POPOLAZIONE A RISCHIO	3.1 Tumori e screening	3	**12**
	3.2 Malattie cardiovascolari	1	
	3.3 Diabete	1	
	3.4 Malattie respiratorie croniche	0	
	3.5 Malattie osteoarticolari	1	
	3.6 Patologie orali	1	
	3.7 Disturbi psichiatrici	4	
	3.8 Malattie neurologiche	0	
	3.9 Cecità e ipovisione	0	
	3.10 Ipoacusia e sordità	1	
PREVENZIONE DELLE COMPLICANZE E DELLE RECIDIVE DI MALATTIA	4.1 Medicina della complessità e relativi percorsi di presa in carico	0	**1**
	4.2 Prevenzione e Sorveglianza della disabilità e della non autosufficienza	1	
TOTALE		**39**	**39**

RELAZIONE ANNO 2012	Relazione allegata sullo stato di avanzamento delle linee di intervento (all.to n. 1)

All.to (n. 1)

Codice Macroarea	Nome Macroarea	Codice Linea di intervento	Nome Linea di intervento	Codice progetto	Titolo progetto	Progetto trasversale a più linee	Altre Linee di intervento (nel caso di progetto trasversale a più Linee)	Progetto incluso in un programma	Nome del programma contenente il progetto (nel caso di progetto incluso in un programma)	Certificazione 2012	prorogato al 2013
1	Medicina predittiva	1.1	Medicina predittiva	1.1.1	Prevenzione del rischio cardiovascolare	NO		NO		**negativo**	**SI**
1	Medicina predittiva	1.1	Medicina predittiva	1.1.2	Valutare il rischio cardiovascolare in soggetti di età pediatrica obesi attraverso il monitoraggio dei markers di attivazione protrombotica	NO		NO			NO
2	Prevenzione universale	2.1	Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito stradale	2.1.1	I moltiplicatori dell'azione preventiva nella prevenzione degli incidenti stradali	NO		NO		positivo	**SI**
2	Prevenzione universale	2.2	Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito lavorativo e delle patologie correlate	2.2.1	Prevenzione degli infortuni sul lavoro mortali e con esiti invalidanti in edilizia	NO		NO		positivo	**SI**
2	Prevenzione universale	2.2	Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito lavorativo e delle patologie correlate	2.2.2	Promozione di comportamenti corretti per la sicurezza in agricoltura (Progetto 1 del Programma "Prevenzione degli infortuni e delle patologie lavoro correlate in agricoltura")	NO		SI	Prevenzione degli infortuni e delle patologie lavoro correlate in agricoltura	positivo	**SI**
2	Prevenzione universale	2.2	Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito lavorativo e delle patologie correlate	2.2.3	Attivazione di un sistema di programmazione partecipata per la sicurezza in agricoltura (Progetto 2 del Programma "Prevenzione degli infortuni e delle patologie lavoro correlate in agricoltura")	NO		SI	Prevenzione degli infortuni e delle patologie lavoro correlate in agricoltura	positivo	**SI**

SEZIONE GESTIONE ACCENTRATA FINANZA SANITARIA REGIONALE PUGLIA

2	Prevenzione universale	2.2	Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito lavorativo e delle patologie correlate	2.2.4	Ricerca attiva dei tumori professionali in agricoltura (Progetto 3 del Programma "Prevenzione degli infortuni e delle patologie lavoro correlate in agricoltura")	NO		SI	Prevenzione degli infortuni e delle patologie lavoro correlate in agricoltura	**negativo**	**SI**
2	Prevenzione universale	2.2	Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito lavorativo e delle patologie correlate	2.2.5	Prevenzione delle patologie osteoarticolari lavoro correlate in agricoltura (Progetto 4 del Programma "Prevenzione degli infortuni e delle patologie lavoro correlate in agricoltura")	NO		SI	Prevenzione degli infortuni e delle patologie lavoro correlate in agricoltura	positivo	**SI**
2	Prevenzione universale	2.3	Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito domestico	2.3.1	Ambiente di vita sicuro	NO		NO		positivo	**SI**
2	Prevenzione universale	2.4	Prevenzione delle malattie suscettibili di vaccinazione	2.4.1	Promozione delle vaccinazioni in tutte le fasi della vita	NO		NO		**negativo**	**SI**
2	Prevenzione universale	2.5	Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria	2.5.1	Prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza sociosanitaria	NO		NO		positivo	**SI**
2	Prevenzione universale	2.6	Prevenzione delle malattie infettive per le quali non vi è disponibilità di vaccinazioni	2.6.1 (1)	Sistema regionale di sorveglianza prevenzione e controllo delle malattie infettive. Sottoprogetto 1: Adeguare il sistema informativo delle malattie infettive alla direttiva europea (inclusione delle patologie ivi previste, standardizzazione dei dati, classificazione secondo criteri europei)	NO		NO		positivo	**SI**
2	Prevenzione universale	2.6	Prevenzione delle malattie infettive per le quali non vi è disponibilità di vaccinazioni	2.6.1 (2)	Sistema regionale di sorveglianza prevenzione e controllo delle malattie infettive. Sottoprogetto 2: Prevedere sistemi integrati di sorveglianza atti a valutare patologie emergenti/da importazione, con particolare riguardo alle arbovirosi	NO		NO		positivo	**SI**
2	Prevenzione universale	2.7	Prevenzione delle Patologie da esposizione, professionale e non, ad agenti chimici, fisici e biologici	2.7.1 (1)	Attivazione di una programmazione partecipata per l'implementazione del sistema REACH-CLP (Progetto 1 del Programma "Implementazione del regolamento REACH-CLP per la tutela della salute umana)	NO		NO		positivo	**SI**
2	Prevenzione universale	2.7	Prevenzione delle Patologie da esposizione, professionale e non, ad agenti chimici, fisici e	2.7.1 (2)	Realizzazione di una campagna informativa in favore di imprese e cittadini (Progetto 2 del Programma "Implementazione del regolamento	NO		NO		positivo	**SI**

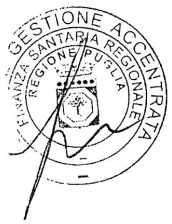
			biologici		REACH-CLP per la tutela della salute umana)						
2	Prevenzione universale	2.7	Prevenzione delle Patologie da esposizione, professionale e non, ad agenti chimici, fisici e biologici	2.7.1 (3)	Creazione di figure professionali di supporto alle imprese del territorio (Progetto 3 del Programma "Implementazione del regolamento REACH-CLP per la tutela della salute umana)	NO		NO		positivo	**SI**
2	Prevenzione universale	2.8	Prevenzione delle malattie determinate da alimenti, ivi compresa l'acqua destinata a consumo umano	2.8.1	Sviluppo, in relazione al regolamento CEE 882/2004 di competenze valutative sui controlli ufficiali nel campo della sicurezza alimentare salute e benessere animale secondo criteri di gestione e di assicurazione della qualità per il funzionamento e il miglioramento delle attività di controllo ufficiale da parte delle regioni e delle province autonome in materia di sicurezza alimentare	NO		NO		positivo	NO
2	Prevenzione universale	2.9	Prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate (alimentazione scorretta, sedentarietà, abuso di alcol, tabagismo, abuso di sostanze)	2.9.1	PASSI Puglia	NO		NO		positivo	**SI**
2	Prevenzione universale	2.9	Prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate (alimentazione scorretta, sedentarietà, abuso di alcol, tabagismo, abuso di sostanze)	2.9.2	OKkio alla salute	NO		NO		positivo	**SI**
2	Prevenzione universale	2.9	Prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate (alimentazione scorretta, sedentarietà, abuso di alcol, tabagismo, abuso di sostanze)	2.9.3	Scuole in salute	NO		NO		positivo	**SI**

2	Prevenzione universale	2.9	Prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate (alimentazione scorretta, sedentarietà, abuso di alcol, tabagismo, abuso di sostanze)	2.9.4	MED FOOD ANTICANCER PROGRAM: intervento di educazione nutrizionale per la prevenzione dei tumori	NO		NO		positivo	**SI**
2	Prevenzione universale	2.9	Prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate (alimentazione scorretta, sedentarietà, abuso di alcol, tabagismo, abuso di sostanze)	2.9.5	Promozione della salute nei bambini in età pre-scolare e nei ragazzi in età scolare	NO		NO		positivo	**SI**
2	Prevenzione universale	2.9	Prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate (alimentazione scorretta, sedentarietà, abuso di alcol, tabagismo, abuso di sostanze)	2.9.6	Promozione dell'allattamento al seno	NO		NO		positivo	**SI**
2	Prevenzione universale	2.9	Prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate (alimentazione scorretta, sedentarietà, abuso di alcol, tabagismo, abuso di sostanze)	2.9.7	Estensione del programma di promozione dell'attività motoria denominato "Gruppi di cammino"	NO		NO		positivo	**SI**
2	Prevenzione universale	2.9	Prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate (alimentazione scorretta, sedentarietà, abuso di alcol, tabagismo, abuso di sostanze)	2.9.8	PROmuovere la salute in tutte le politiche della Regione Puglia (PROsalute)	NO		NO		**negativo**	**SI**
2	Prevenzione universale	2.9	Prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate (alimentazione scorretta, sedentarietà, abuso di alcol, tabagismo, abuso di sostanze)	2.9.9	Programma di educazione alla salute respiratoria e prevenzione del tabagismo nelle scuole della Regione Puglia	NO		NO		positivo	**SI**

3	Prevenzione nella popolazione a rischio	3.1	Tumori e screening	3.1.1	Estensione del programma di screening del carcinoma della mammella	NO		NO		positivo	**SI**
3	Prevenzione nella popolazione a rischio	3.1	Tumori e screening	3.1.2	Estensione del programma di screening del carcinoma della cervice uterina	NO		NO		**negativo**	**SI**
3	Prevenzione nella popolazione a rischio	3.1	Tumori e screening	3.1.3	Progetto di screening del carcinoma del colon retto	NO		NO		**negativo**	**SI**
3	Prevenzione nella popolazione a rischio	3.2	Malattie cardiovascolari	3.2.1	Prevenzione delle recidive di eventi cardiovascolari	NO		NO		**negativo**	**SI**
		3.3	Diabete	3.3.1	Sviluppo di un modello di presa in carico del paziente diabetico per ridurre il rischio di complicanze	NO		NO		positivo	**SI**
3	Prevenzione nella popolazione a rischio	3.4	Malattie respiratorie croniche	**NESSUN PROGETTO**							
3	Prevenzione nella popolazione a rischio	3.5	Malattie osteoartcolari	3.5.1	Realizzazione della rete di assistenza reumatologica e valutazione di impatto degli interventi per l'uso appropriato di farmaci biologici nella cura dell'artrite reumatoide di recente insorgenza (early arthritis)	NO		NO		positivo	**SI**
3	Prevenzione nella popolazione a rischio	3.6	Patologie orali	3.6.1	Progetto di attivazione di un programma di prevenzione e valutazione epidemiologica della carie nella popolazione infantile della regione Puglia	NO		NO		positivo	**SI**
3	Prevenzione nella popolazione a rischio	3.7	Disturbi psichiatrici	3.7.1	Stigma pregiudizio e mancanza di comunicazione quali fattori discriminanti nel ritardo della presa in carica da parte dei dipartimenti di salute mentale e percorsi condivisi psicoeducativi ed empowerment come strategie di superamento di tali fattori. Sottoprogetto 1: Lotta allo stigma nelle scuole secondarie pugliesi attraverso visione di film, libri e discussioni	NO		NO		positivo	**SI**
3	Prevenzione nella popolazione a rischio	3.7	Disturbi psichiatrici	3.7.2	Stigma pregiudizio e mancanza di comunicazione quali fattori discriminanti nel ritardo della presa in carica da parte dei dipartimenti di salute mentale e percorsi condivisi psicoeducativi ed empowerment come strategie di superamento di tali fattori.	NO		NO		positivo	**SI**

					Sottoprogetto 2: FORMARSI INSIEME. Sviluppo di competenze di empowerment e creazione di un'azione di rete						
3	Prevenzione nella popolazione a rischio	3.7	Disturbi psichiatrici	3.7.3	Progetto di prevenzione e contrasto ai disturbi di comportamento alimentare tramite la rete dei centri DCA aziendali della regione Puglia. Sottoprogetto A: prevenzione sociale dei DCA in Puglia	NO		NO		positivo	**SI**
3	Prevenzione nella popolazione a rischio	3.7	Disturbi psichiatrici	3.7.4	Progetto di prevenzione e contrasto ai disturbi di comportamento alimentare tramite la rete dei centri DCA aziendali della regione Puglia. Sottoprogetto B: prevenzione secondaria dei DCA in Puglia	NO		NO		positivo	**SI**
3	Prevenzione nella popolazione a rischio	3.8	Malattie neurologiche	**NESSUN PROGETTO**							
3	Prevenzione nella popolazione a rischio	3.9	Cecità e ipovisione	**NESSUN PROGETTO**							
3	Prevenzione nella popolazione a rischio	3.10	Ipoacusia e sordità	3.10.1	Screening uditivo neonatale nella regione Puglia	NO		NO		**negativo**	**SI**
4	Prevenzione delle complicanze e recidive di malattia	4.1	Medicina della complessità e relativi percorsi di presa in carico	**NESSUN PROGETTO**							
4	Prevenzione delle complicanze e recidive di malattia	4.2	Prevenzione e Sorveglianza della disabilità e della non autosufficienza	4.2.1	Passi d'Argento in Puglia	NO		NO		positivo	**SI**

TOTALE PROGETTI DA VALUTARE	**38**
N. PROGETTI NEGATIVI	**8**
% PROGETTI NEGATIVI	**21**



19) Superamento OPG e Salute Mentale

1. Superamento Ospedali Psichiatrici Giudiziari e Salute Mentale

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
LINEA PROGETTUALE	**Linea Progettuale 19**
TITOLO DEL PROGETTO	**SUPERAMENTO OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI e Salute Mentale**
DURATA DEL PROGETTO	Pluriennale
REFERENTE	ASSESSORATO ALLE POLITICHE DELLA SALUTE Servizio Assistenza Territoriale e Prevenzione

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	**€ 6.135.462,00**

IL PROGETTO

CONTESTO	Nel corso degli ultimi anni, in Italia, il trattamento del malato di mente autore di reato ha subito profonde modifiche a seguito di una serie successiva di interventi giurisprudenziali e legislativi che hanno finito col trasformarlo radicalmente. Punto di partenza è la nota Sentenza 18/07/03 n. 253 della Corte Costituzionale che ha dichiarato l'illegittimità dell'articolo 222 del c.p. (Ricovero in OPG) nella parte in cui non consente al giudice di adottare una misura di sicurezza diversa da quella del ricovero in OPG. Fra gli elementi qualificanti della sentenza il principio che ogni misura di sicurezza deve essere a un tempo idonea ad assicurare adeguate cure all'infermo di mente ed a far fronte alla sua pericolosità sociale. Cura e tutela dell'infermo, da un lato, contenimento della sua pericolosità, dall'altro. Due aspetti che devono restare collegati e non scindibili. A questa sentenza è seguito il successivo pronunciamento della Corte Costituzionale (17-29.11.04, n.367) che ha esteso analogo principio anche alle misure di sicurezza provvisorie. Sono poi seguiti una serie di provvedimenti legislativi: - la legge 244/07, che ha sancito il definitivo trasferimento dell'intera sanità penitenziaria al SSN; - il DPCM del 1 Aprile 2008, che ha indicato modalità e termini di tale trasferimento. Detto DPCM, inoltre, contiene in allegato le linee guida per l'intervento sanitario nelle carceri ed il progetto finalizzato al superamento dell'OPG;. - l'Accordo C.U. del 13.10.11 ("Implementazioni per la tutela della salute mentale negli istituti penitenziari") che ha previsto che in ogni Regione doveva essere attivata una specifica Sezione entro il 30.6.12, in almeno uno degli Istituti penitenziari, così da garantire l'osservazione per l'accertamento delle infermità psichiche sopravvenute ed il trattamento alle persone condannate a pena diminuita per vizio parziale di mente; Il definitivo superamento degli OPG è stato sancito dalla Legge 17 febbraio 2012, n. 9 art. 3-ter e s.m.i., che ha sancito il definitivo passaggio a differenti modelli trattamentali del reo socialmente pericoloso. Tutte le Regione italiane si sono dunque attivate per progettare e realizzare in tempi brevi strutture apposite nelle quali accogliere le persone ritenute socialmente pericolose. Allo stesso tempo è divenuto compito regionale programmare il reinserimento sociale di prosciolti e semi infermi di mente provenienti da OPG e CCC in chiusura, la cui assistenza sanitaria è affidata alle Aziende Sanitarie Locali ed, in primis, ai Dipartimenti di Salute Mentale.

DESCRIZIONE	Il ***progetto*** propone il potenziamento degli interventi che favoriscano la dimissibilità dei soggetti internati negli OPG attraverso l'azione dei DD.SS.MM. che, in virtù del principio della competenza del dipartimento di salute mentale presso il cui territorio il soggetto aveva residenza o dimora abituale al momento della applicazione della misura, devono attivarsi per la presa in carico degli stessi, coinvolgendo i CSM territorialmente competenti, al fine di predisporre appropriati protocolli di interventi terapeutici, riabilitativi e di reinserimento sociale. Per la valutazione dei pazienti dimissibili, ai fini della prosecuzione del processo di dimissione, ogni CSM dovrà continuare ad occuparsi della valutazione e della presa in carico, utilizzando gli strumenti sottoindicati, prodotti dal Nucleo Tecnico Regionale: -scheda di monitoraggio per pazienti internati in OPG aggiornata dal Sottogruppo Tecnico Regionale; -scheda di monitoraggio per pazienti dimessi dall'OPG aggiornata dal Sottogruppo Tecnico Regionale; -tabella di valutazione dei fattori di rischio di comportamento violento; raccogliendo tutte le informazioni necessarie dagli interlocutori competenti (OPG, UEPE di Messina), nonché richiedendo agli OPG l'invio delle cartelle cliniche psichiatriche dei pazienti, laddove gli stessi DSM ne rinvengano l'opportunità, ed attraverso visite dirette dei pazienti mediante sopraluoghi. Nei confronti dei pazienti già sottoposti a valutazione, dovrà essere effettuata una rivalutazione aggiornata ai fini della presa in carico, con le valutazioni sottoscritte dai Responsabili dei CSM. Pertanto in attuazione delle linee guida fornite da questo Assessorato, i DD.SS.MM. dovranno provvedere ad istituire apposite Commissioni di Valutazione, costituite da una componente fissa, di cui fa parte il Direttore del DSM o un suo delegato, ed una componente mobile, di cui fa sempre parte il CSM di competenza per residenza dell'utente, al fine di proseguire, con tempestività, nel processo di valutazione e presa in carico dei pazienti pugliesi internati in OPG, per procedere al loro reinserimento sociale.
INDICATORI	Numero di dimissioni di pazienti pugliesi dagli OPG effettuate in ogni anno.
OBIETTIVI	Attuazione delle tappe del percorso di segnalazione-presa in carico-dimissione del paziente, così come concordate tra i vari soggetti interessati, per tutti gli internati di competenza dei DSM regionali, da eseguirsi nel seguente modo: 1)Compilazione ed aggiornamento della Scheda di monitoraggio, elaborata dalla Regione Puglia, a cura dell'equipe dell'OPG; 2)Compilazione della Scheda di valutazione del rischio di comportamento violento e formulazione del parere sulla dimissibilità a cura dell'equipe dell'OPG; 3)Valutazione diretta del caso, con contestuale acquisizione della cartella clinica, da parte della Commissione del DSM competente alla formulazione del parere di dimissibilità ed ipotesi di PTR elaborato da questa; 4)Acquisizione della relazione sociale del territorio di residenza dell'internato redatta dal UEPE competente; 5)Discussione con l'équipe dell'OPG sul parere di dimissibilità e sul PTR da sottoporre al Magistrato competente; 6)Presa d'atto del provvedimento del Magistrato competente; 7)Presa in carico del paziente da parte del CSM territorialmente competente ed elaborazione di un Piano Operativo di trasferimento, sulla base del PTR proposto, che preveda tempi, modi della dimissione e luogo in cui trasferire il paziente (inserimento in una struttura residenziale specifica ex art. 3-ter L. 9/2012, rientro in famiglia con predisposizione di interventi territoriali ovvero inserimento in struttura residenziale allocata nel territorio di residenza); 8)Trasferimento del paziente nel territorio di residenza; 9)Revisione periodica del PTR a cura del CSM territorialmente competente.

	Per i pazienti sottoposti a misura di sicurezza, la revisione avviene di concerto con l'UEPE ed è finalizzata anche alle rendicontazioni periodiche al Magistrato competente. ***Obiettivi Qualitativi*** Gli interventi di presa in carico avverranno con visite dirette in favore dei pazienti, da eseguirsi mediante sopraluoghi, in modo da valutare con maggiore precisione il quado clinico relativamente a ciascun paziente. ***Obiettivo Quantitativi*** La dimissione di almeno il 50% degli internati in OPG per i quali è stata disposta la proroga della misura di sicurezza detentiva per mancanza di sistemazione all'esterno.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMA)	Attività progettuale pluriennale .
RISULTATI ATTESI	Favorire la dimissibilità dei soggetti internati negli OPG attraverso l'azione dei DD.SS.MM. che, in virtù del principio della competenza del dipartimento di salute mentale presso il cui territorio il soggetto ha residenza o dimora abituale, devono attivarsi per la presa in carico degli stessi, coinvolgendo i CSM territorialmente competenti, al fine di predisporre appropriati protocolli di interventi terapeutici, riabilitativi e di reinserimento sociale.

20) Sicurezza nei luoghi di lavoro

1. Prevenzione e Promozione della Salute negli ambienti di lavoro

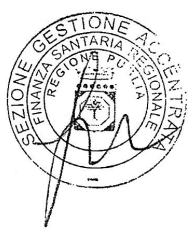
GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
LINEA PROGETTUALE	**Linea Progettuale 20**
TITOLO DEL PROGETTO	**Prevenzione e Promozione della Salute negli ambienti di lavoro**
DURATA DEL PROGETTO	24 mesi
REFERENTE	ASSESSORATO ALLE POLITICHE DELLA SALUTE Servizio Assistenza Territoriale e Prevenzione

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	**€ 1.533.865,00**

IL PROGETTO

CONTESTO	1. La Regione Puglia, tenuti presenti i principi costituzionali e i propri indirizzi statutari, favorisce la crescita della personalità e tutela della dignità del lavoratore, e, in coerenza con le normative comunitarie e statali, promuove ed adotta idonei strumenti di politica del lavoro per la *realizzazione di un sistema integrato di sicurezza, tutela e miglioramento della vita lavorativa, volto a prevenire e a contrastare i rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori e a ricercare il benessere nei luoghi di lavoro.* 2. La Regione Puglia sostiene la cultura della salute e della sicurezza sul lavoro quale parte integrante della qualità dell'azione delle proprie politiche di tutela del lavoro e *favorisce iniziative e progetti in collaborazione con gli enti locali, le parti economiche e sociali e gli altri soggetti pubblici e privati competenti in materia.* 3. La Regione Puglia assume quale principio fondamentale della propria azione

	istituzionale di prevenzione dei rischi e di promozione del benessere sui luoghi di lavoro la *partecipazione attiva dei lavoratori alla tutela della loro salute e sicurezza con le forme e negli aspetti previsti dall'ordinamento nazionale vigente al fine di sviluppare maggiore consapevolezza e responsabilità sull'argomento.*
DESCRIZIONE	In Puglia il numero degli infortuni risulta in continua diminuzione dal 2010ad oggi, passando da 42 mila casi nel 2010 a poco più di 31 mila nel 2013. Il settore più colpito resta quello dell'industria e dei servizi seguito, per le malattie professionali e dal settore agricolo. La necessità di organizzare una campagna straordinaria di formazione è già richiamata dal Testo Unico sulla Sicurezza dei luoghi di lavoro (D. Lgs.81/2008). Infatti il nostro territorio è caratterizzato dalla presenza di piccole e medie imprese che pongono problemi specifici per la diffusione della cultura della prevenzione e per l'attuazione di misure efficaci a tutela della salute della popolazione lavorativa. Pertanto l'attività di formazione dovrà essere capillare, perché ciascuno di noi ha il dovere di conoscere e di pretendere i propri diritti in tema di salute e sicurezza sui luoghi di lavoro. I corsi di formazione avranno destinatari, durata ed obiettivi specifici. a) Lavoratori di età compresa tra 18/25 aa con meno di due anni di esperienza: 2830 persone) b) Lavoratori compresi tra i 50 e i 60 anni: 1020 persone c) Lavoratori stagionali del settore agricolo: 5640 persone d) Datori di lavoro delle piccole e medie imprese o piccoli imprenditori: 6790 persone e) Rappresentanze dei lavoratori per la sicurezza: 1020 persone f) Lavoratori stranieri: 3360 persone g) Presidi, insegnanti e studenti delle scuole di ogni ordine e grado:3360 persone. I corsi prevedono attività in aula sulla normativa in vigore, le figure di responsabilità della salute, elementi di primo soccorso, dispositivi di protezione collettiva ed individuale e analisi dei casi di infortunio.
INDICATORI	Numero di soggetti formati rispetto al numero definito
OBIETTIVI	***OBTV*** Prevenire gli infortuni negli ambienti di lavoro e le patologie da esposizione professionale
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMA)	Realizzazione dell'attività di Coordinamento e Realizzazione di corsi di formazione
RISULTATI ATTESI	Prevenire gli infortuni negli ambienti di lavoro e le patologie da esposizione professionale