

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 22 novembre 2016, n. 1715

Obiettivi a carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2014. Approvazione progetti.

Il Presidente, sulla base dell'istruttoria espletata dal Dirigente della Sezione Amministrazione, Finanza e Controllo, riferisce quanto segue.

La Conferenza Stato-Regioni e Province Autonome nella seduta del 04/12/2014 ha sancito l'*intesa (Rep. Atti n. 172/CSR)*, sulla nuova proposta del Ministro della Salute di Deliberazione del CIPE relativa all'assegnazione delle risorse vincolate — ai sensi dell'art. 1, c. 34 della L. n. 662 del 23/12/1996 — alla realizzazione degli Obiettivi di Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2014.

L'assegnazione complessiva per la Regione Puglia come da Deliberazione CIPE n. 53 del 29/04/2015 è di Euro 106.958.881,00.

Con l'*Accordo (Rep. Atti n. 126/CSR)*, sancito in Conferenza Stato-Regioni in data 30/07/2015, sono state quindi individuate per l'anno 2014 le seguenti Linee Progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate di cui al sopra citato art. 1, c. 34 e 34 bis della L. 23/12/1996, n. 662 per l'elaborazione di progetti finalizzati a realizzare gli Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale indicati dal Piano Sanitario nazionale:

1. Attività di assistenza primaria
2. Sviluppo dei processi di umanizzazione all'interno dei percorsi assistenziali
3. Cure palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica.
4. Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione.
5. Gestione delle Cronicità (Modelli avanzati di gestione delle malattie croniche — Assistenza alle persone in condizione di fragilità e di non autosufficienza)
6. Reti Oncologiche.

Conformemente a quanto disposto dal suddetto comma 34 bis dell'art. 1 della L. 23/12/1996, n. 662, l'*Accordo Rep. Atti n. 126/CSR del 30/07/2015* stabilisce che i progetti predisposti nell'ambito delle elencate Linee Progettuali, siano presentati dalle Regioni al Ministero della Salute, su proposta del quale, previa valutazione favorevole del comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza di cui all'art. 9 dell'Intesa del 23 marzo 2005, saranno quindi sottoposti all'approvazione della Conferenza Stato-Regioni. L'Accordo stabilisce inoltre che la Delibera di approvazione dei progetti contenga "anche specifica relazione illustrativa dei risultati raggiunti per singolo progetto nell'anno precedente e degli stati di avanzamento per i progetti pluriennali.

Sulla base delle suddette linee progettuali, l'ARES Puglia ed i competenti uffici regionali hanno predisposto i seguenti progetti che, allegati al presente provvedimento, ne costituiscono parte integrante e sostanziale:

Linea Progettuale 1: Attività di assistenza primaria

- Riorganizzazione dell'Assistenza Primaria.

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

- Rete per l'assistenza domiciliare per trattamenti riabilitativi;
- Rete dei Servizi per l'autismo;
- PDTA Sclerosi Multipla.

Linea Progettuale 3: Cure Palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica

- Rete regionale di cure palliative.

Linea Progettuale 4: Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione

- Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano nazionale prevenzione.

Linea Progettuale 5: Gestione della cronicità

- Gestione delle cronicità - CCM in Puglia;
- Sistema di monitoraggio dell'erogazione dei servizi di assistenza domiciliare rivolta alle persone che si trovano in condizione di parziale o totale non autosufficienza fisica e/o psichica e non in grado di gestire la propria vita familiare senza aiuto esterno, al fine di consentire loro di permanere al proprio domicilio in condizioni di sicurezza;
- Sistema di localizzazione per il controllo a distanza dei malati portatori di Alzheimer.

Dato che l'Accordo Rep. Atti n. 126/CSR del 30/07/2015 prevede vincoli specifici sulle risorse ministeriali per l'anno 2014, che sono stati rispettati.

Nel rispetto delle suddette linee e vincoli, l'Agenzia Regionale Sanitaria (A.Re S.) ha predisposto i progetti (allegato n.1 alla presente deliberazione). A tal fine le ASL trasmettono annualmente ai referenti dei progetti, la relazione finale in merito all'attuazione degli stessi, tenuto conto che i progetti si integrano a pieno titolo nelle attività istituzionali riferite ai Livelli Essenziali di Assistenza.

Dato atto che le attività relative alle linee progettuali sono state già avviate a sostegno dell'attività istituzionale delle Aziende costituendo vincolo per le Aziende e Istituti del SSR, indipendentemente dalla burocratizzazione dei procedimenti e dalla materiale erogazione dei fondi che costituisce supporto aggiuntivo per detto perseguimento.

Tenuto conto che le linee programmatiche approvate rivestono particolare interesse e rilievo per l'intera pianificazione regionale.

Ritenuto di dare mandato al Direttore del Dipartimento di inviare al Ministero della Salute il presente provvedimento, corredato delle Schede di Progetto, onde consentire l'effettivo riconoscimento delle risorse assegnate alla Regione Puglia con la citata Intesa del 14 dicembre 2014, così come di seguito riepilogato:

LINEA PROGETTUALE	TITOLO DEL PROGETTO	COSTO COMPLESSIVO
1	Riorganizzazione dell'Assistenza Primaria	€ 17.173.316,00
2	Rete per l'assistenza domiciliare per trattamenti riabilitativi	€ 13.580.420,00
2	Rete dei Servizi per l'autismo	€ 20.580.320,00
2	POTA Sclerosi Multipla	€ 7.000.000,00
3	Rete regionale di cure palliative	€ 7.562.397,00
4	Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione	€ 18.149.753,00
5	Gestione Cronicità - CCM in Puglia	€ 20.480.560,00

5	Sistema di monitoraggio dell'erogazione dei servizi di assistenza domiciliare rivolta alle persone che si trovano in condizione di parziale o totale non autosufficienza fisica e/o psichica e non in grado di gestire la propria vita familiare senza aiuto esterno, al fine di consentire loro di permanere al proprio domicilio in condizioni di sicurezza.	€ 1.000.000,00
5	Sistema localizzazione per il controllo a distanza dei malati portatori di Alzheimer.	€ 1.432.115,00
	TOTALE	€ 106.958.881,00

Per quanto sopra si propone alla Giunta di approvare i progetti previo recepimento *dell'Accordo Stato-Regioni del 30 luglio 2015 (Rep. Atti n. 126/CSR)* — linee progettuali anno 2014 e *dell'Intesa Stato-Regioni 04 dicembre 2014 (Rep. Atti n. 172/CSR)*— Assegnazione Risorse;

Preso atto che ai sensi dell'art. 20 del D.Lgs118/2011 le somme risultano iscritte in entrata e uscita nell'esercizio di competenza 2014, e che le stesse risultano già impegnate al capitolo 751068/2014 con AD n. 80/168 del 23.12.2014, giusti crediti iscritti dalle Aziende Sanitarie nei Bilanci di Esercizio 2014;

Copertura finanziaria ai sensi del Digs. 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, comma 4, 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 recepire l'Accordo Stato Regioni del 30 luglio 2015 (Rep. Atti n. 126/CSR) — linee progettuali anno 2014 e l'Intesa Stato regioni del 04 dicembre 2014 (Rep. Atti n. 172/CSR) — Assegnazione Risorse anno 2014;
2. 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 e relative alle risorse assegnate per l'anno 2014, pari ad € 106.958.881,00;
3. Di trasmettere la presente deliberazione al Ministero della Salute per gli adempimenti di competenza;
4. Di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul sito ufficiale della Regione Puglia;

5. 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

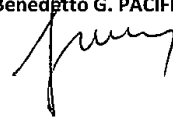
**DIPARTIMENTO PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE
SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI**

SEZIONE AMMINISTRAZIONE FINANZA E CONTROLLO

ALLEGATO 1

Il presente allegato è composto
di n. 23 pagine inclusa la presente

IL DIRIGENTE DELLA SEZIONE
(Benedetto G. PACIFICO)



GENERALITA'	
REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
LINEA PROGETTUALE	Linea Progettuale 1: Attività di assistenza primaria
TITOLO DEL PROGETTO	Riorganizzazione dell'Assistenza Primaria
DURATA DEL PROGETTO	Pluriennale
ASPETTI FINANZIARI	
COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 17.173.316,00
IL PROGETTO	
CONTESTO	La Regione Puglia attraverso l'Assessorato alle Politiche della Salute coordina le attività del Sistema Sanitario Regionale (SSR).
DESCRIZIONE	<p>La Regione Puglia in collaborazione con Innova Puglia ha intrapreso un progetto per la creazione del Sistema Informativo Sanitario Territoriale (SIST) che consiste nella realizzazione di una infrastruttura necessaria per l'interconnessione di diversi attori dai MMG ai PLS, dalle farmacie ai medici di continuità assistenziale, agli specialisti ambulatoriali compresi gli operatori CUP, e nella messa a punto di servizi e strumenti utili per meglio supportare la relazione medico-paziente al fine di potenziare i servizi territoriali e l'assistenza primaria.</p> <p>Istituito dalla Regione Puglia con Legge Regionale n. 16/2011, è previsto per ogni assistito dalla nascita il Fascicolo Sanitario Elettronico. È uno strumento che è volto a collegare virtualmente ambulatori di medicina e pediatria di famiglia, presidi ospedalieri e strutture ambulatoriali. Il paziente che arriva al Pronto Soccorso ha "a sistema" uno storico della propria vita clinica dalle vaccinazioni agli screening eseguiti, dalle visite effettuate alle patologie riscontrate, che può essere consultato dal medico a beneficio di un più efficace e sicuro intervento terapeutico d'urgenza.</p> <p>Per concretizzare tale progetto, il SIST ha proceduto con l'integrazione delle applicazioni in uso nei diversi ambiti di intervento connettendosi con i sistemi applicativi esistenti. Il SIST si occupa della gestione di diversi documenti clinici dalle prescrizioni farmaceutiche a quelle specialistiche e di ricovero, ai certificati di malattia INPS e INAIL. Il SIST svolge funzione di Sistema di Accoglienza Regionale (SAR) e rende possibile l'invio giornaliero delle prescrizioni farmaceutiche e specialistiche prodotte dai medici di medicina generale e di pediatri verso il Ministero dell'Economia e Finanze. Ogni giorno, ciascun medico è in grado dalla propria postazione di lavoro di trasmettere le prescrizioni a sistema in formato elettronico e con firma digitale in modo che possono essere memorizzate all'interno degli archivi regionali ed inviate al MEF. E' stata anche avviata la sperimentazione della prescrizione elettronica presso le farmacie territoriali della Regione coinvolgendo 296 farmacie, 1/3 del numero complessivo.</p> <p>Proposte di riorganizzazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	Progetto pluriennale
RELAZIONE ANNO 2013	Al momento i dati sono ancora in corso di elaborazione.



GENERALITA'	
REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
LINEA PROGETTUALE	Linea Progettuale 2: Sviluppo dei processi di umanizzazione all'interno dei percorsi assistenziali
TITOLO DEL PROGETTO	Rete per l'assistenza domiciliare per trattamenti riabilitativi
DURATA DEL PROGETTO	24 mesi
REFERENTE	A.Re S. Puglia – Servizio PAOSA

ASPETTI FINANZIARI	
COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 13.580.420,00

IL PROGETTO	
CONTESTO	Tutto il territorio regionale.
DESCRIZIONE	<p>Nell'ambito delle attività del SSR correlate ad una maggiore efficienza nel rispetto della garanzia dei LEA, è fondamentale realizzare un "modello organizzativo" che permetta di trattare a livello ambulatoriale pazienti con disabilità conseguenti ad esiti di patologie.</p> <p>La riabilitazione domiciliare si pone l'obiettivo di potenziare le risorse della riabilitazione territoriale e creare una "rete" adeguata alle esigenze della popolazione, e quindi una migliore appropriatezza di riferimento a specifiche situazioni quali i ricoveri ripetuti in disabilità complesse con esiti permanenti o alcuni ricoveri dopo la fase dell'acuzie (es. protesi d'anca o ginocchio).</p> <p>Attraverso la riabilitazione domiciliare si offre un trattamento che può esaurirsi a domicilio o rappresentare una fase transitoria in cui vengono attivate tutte le azioni che permettano di continuare il trattamento in ambulatorio. Tutto ciò ha come presupposto la definizione del Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) da parte del fisiatra dell'ASL di appartenenza del paziente con l'équipe multidisciplinare per definire i bisogni specifici della persona ed indicare le risposte più adeguate.</p> <p>Possono accedere alla riabilitazione domiciliare i cittadini che presentano le seguenti caratteristiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali impossibilitati ad essere trasportati presso gli ambulatori o per i quali occorre raggiungere obiettivi relativi all'autonomia nel proprio ambito • Adeguato supporto familiare o informale • Idonee condizioni abitative • Consenso informato da parte della persona e della famiglia <p>La riabilitazione domiciliare fa capo al Sistema Organizzativo dei DSS e si integra nella rete dei servizi riabilitativi territoriali.</p> <p>La riabilitazione domiciliare è richiesta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Da una Unità Operativa Ospedaliera per acuti e riabilitative • Da strutture residenziali territoriali (RSA e Strutture di riabilitazione) • MMG <p>La Riabilitazione Domiciliare prevede:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Valutazione sanitaria domiciliare 2. Stesura del piano riabilitativo domiciliare 3. Esecuzione del programma riabilitativo
OBIETTIVI	<p>La Riabilitazione Domiciliare ha l'obiettivo di garantire in regime ambulatoriale percorsi riabilitativi tempestivi, completi, alternativi al ricovero, razionalizzare l'assistenza ospedaliera riabilitativa, permettendo l'ottimizzazione delle risorse ed il miglioramento dell'efficienza attraverso lo spostamento delle attività dal regime di ricovero a quello ambulatoriale.</p> <p>OBTV Qualitativi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Permettere il completamento del programma riabilitativo ai pazienti che non possono accedere al trattamento ambulatoriale • Evitare ricoveri e trattamenti in regime residenziale e semiresidenziale inappropriati. • Fare in modo che il paziente, soprattutto i soggetti fragili, possa rimanere nel proprio ambito familiare, usufruendo dell'assistenza di cui ha bisogno. <p>OBTV Quantitativi</p>



	Utilizzo della riabilitazione domiciliare nella Regione Puglia e analizzarne l'esito.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	<p>Annuale</p> <p>Indicatori:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Numero di pazienti trattati • Pubblicazione dei dati epidemiologici e di monitoraggio
RISULTATI ATTESI	Garantire in regime ambulatoriale percorsi riabilitativi tempestivi, completi, alternativi al ricovero, razionalizzare l'assistenza ospedaliera riabilitativa, permettendo l'ottimizzazione delle risorse ed il miglioramento dell'efficienza attraverso lo spostamento delle attività dal regime di ricovero a quello ambulatoriale.
RELAZIONE ANNO 2013	<p>Riabilitazione domiciliare per ictus</p> <p>Pazienti Trattati n. 75</p> <p>Prestazioni erogate n. 263</p> <p>Totale Pazienti trattati a domicilio n. 708</p> <p>di cui</p> <p>n. 312 pazienti trattati per ICV e frattura femore</p> <p>n. 396 pazienti trattati per "altro"</p>



GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
LINEA PROGETTUALE	Linea Progettuale 2: Sviluppo dei processi di umanizzazione all'interno dei percorsi assistenziali
TITOLO DEL PROGETTO	Rete dei Servizi per l'autismo
DURATA DEL PROGETTO	24 mesi
REFERENTE	A.Re S. Puglia – Servizio PAOSA

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 20.580.320,00
--------------------------------	-----------------

IL PROGETTO

CONTESTO	Tutto il territorio regionale.
DESCRIZIONE	<p>Attualmente, in Puglia, come anche in altre Regioni Italiane, la presa in carico delle persone con ASD è inadeguata o, al più, a macchia di leopardo.</p> <p>Spesso a fronte di una problematica in costante aumento (che si aggiunge alle molte altre patologie neuropsichiche sia del bambino che dell'adulto), si perviene tardivamente alla diagnosi e i trattamenti terapeutico-riabilitativi basati sull'evidenza scientifica più aggiornata sono nettamente insufficienti.</p> <p>In Puglia, i Servizi Territoriali di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza hanno in carico, a fronte di complessivi 22.800 utenti afferenti alle Aree della Psicopatologia, della Neuropatologia e della Neuropsicologia circa 1800 casi di ASD in età evolutiva. Se si aggiungono quelli seguiti da privati e le Malattie Rare che si esprimono con sintomatologia autistica, si arriva a circa 2.400 ASD in età evolutiva.</p> <p>La diagnosi dell'autismo è complessa e necessita dell'applicazione di protocolli diagnostici specifici da parte di professionisti esperti nel settore. Ancora più complessa è la terapia, che, specie in età prescolare e nei casi più gravi, deve essere intensiva, all'interno sempre e comunque di un approccio multimodale e individualizzato sulla singola persona autistica. Inoltre, tenuto conto che l'autismo, sia pure evolvendo in modo diverso a seconda delle situazioni è una patologia che nella stragrande maggioranza dei casi dura tutta la vita, occorre predisporre servizi per le persone autistiche anche in età adulta.</p> <p>Al riguardo, la Regione Puglia, in attuazione dell'Accordo della Conferenza Unificata del 22/11/2012 e facendo riferimento alle Linee Guida dell'Istituto Superiore di Sanità (LG 21-2011), con DGR n. 1521/2013 ha approvato le "Linee Guida regionali per l'Autismo" relative ai trattamenti e agli interventi non farmacologici e farmacologici per cui sono disponibili le prove scientifiche di valutazione di efficacia, che hanno delineato il modello organizzativo della rete dei servizi per gli ASD con cui offrire indicazioni operative sia per le attività di programmazione aziendale, sia per le attività di organizzazione e di erogazione dei Servizi.</p> <p>In particolare, le Linee Guida regionali dispongono che in ogni ASL siano costituite équipe dedicata agli ASD età evolutiva ed adulti, individuano le figure professionali che le devono comporre.</p> <p>Elemento fondamentale è che detti operatori dovranno essere specificamente formati e costantemente aggiornati sugli strumenti di valutazione e sugli approcci metodologici e scientifici validati EBM.</p> <p>Inoltre sono fornite indicazioni per conseguire l'integrazione operativa con la scuola, con i servizi sanitari accreditati, con i servizi sociosanitari e sociali e per garantire l'intervento integrato territorio – ospedale. Ciò, in quanto la Rete assistenza territoriale, sanitaria e socio sanitaria per gli ASD, deve essere a carattere multidisciplinare e capace di operare in modo flessibile in luoghi e contesti diversi (casa, scuola) garantendo la continuità assistenziale nel passaggio dall'età evolutiva all'età adulta, assicurando la prevenzione sociale, il trattamento individualizzato specifico, in collaborazione con la famiglia, ed interventi che, al fine di fornire alla persona autistica ed al contesto gli elementi per un'adeguata inclusione sociale, non sono e non devono essere solo sanitari.</p>
OBIETTIVI	<p>Obiettivi:</p> <p><u>Obiettivi Qualitativi</u></p> <p>Rendere omogenei e fruibili a livello regionale i Percorsi Diagnostico-Terapeutici.</p>



	<p>Assistenziali.</p> <p><u>Obiettivo Quantitativi</u></p> <p>Attivazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dell'èquipe per l'autismo, a gestione pubblica, almeno una in ogni ASL; • Dei Centri Territoriali ambulatoriali dedicati terapeutico ri/abilitativi intensivi ed estensivi, pubblici e/o privati accreditati; • Delle strutture educative e socio ri/abilitative, diurne e residenziali, di mantenimento e promozione dell'inclusione sociale; • Dei centri di riferimento ad Alta specializzazione.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	<p>Annuale</p> <p><u>Indicatori:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Numero di minori di quattro diagnosticati con diagnosi di Disturbo dello spettro autistico (indicatore di diagnosi precoce) e confronto con gli anni precedenti • Numero di minori in carico ai servizi con diagnosi di Disturbi dello spettro autistico e confronto con gli anni precedenti • Pubblicazione dei dati epidemiologici e di monitoraggio dei minori diagnosticati e in carico ai servizi con diagnosi di disturbo dello spettro autistico.
RISULTATI ATTESI	<p>Garantire la continuità assistenziale nel passaggio dall'età evolutiva all'età adulta, assicurando la prevenzione sociale, il trattamento individualizzato specifico, in collaborazione con la famiglia, ed interventi che, al fine di fornire alla persona autistica ed al contesto gli elementi per una reale inclusione sociale, non sono e non devono essere solo sanitari.</p>
RELAZIONE ANNO 2013	<p><i>N. casi di ASD in età evolutiva in carico alle strutture pari a 1823</i>, a fronte di un numero totale di 22.863 utenti di neuropsichiatria infantile in Puglia.</p> <p>Se si sommano gli ASD non in carico, quelli seguiti da privati, e le malattie rare che si esprimono con sintomatologia autistica, si arriva a <i>2.431 ASD in età evolutiva</i> (dato che si avvicina alla stima minima).</p> <p>Per quanto riguarda gli ASD in età adulta, risultano in carico ai Centri-Diurni, 170 persone, risultano titolari di contributo ABA n. 34 adulti.</p>



GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
LINEA PROGETTUALE	Linea Progettuale 2: Sviluppo dei processi di umanizzazione all'interno dei percorsi assistenziali
TITOLO DEL PROGETTO	PDTRA Sclerosi Multipla
DURATA DEL PROGETTO	24 mesi
REFERENTE	A.Re S. Puglia

ASPETTI FINANZIARI

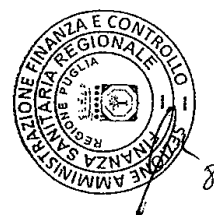
COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 7.000.000,00
--------------------------------	----------------

IL PROGETTO

CONTESTO	"Percorso Diagnostico Terapeutico Riabilitativo Assistenziale (PDTRA) per la gestione integrata della sclerosi multipla (SM)"
DESCRIZIONE	<p>La Sclerosi multipla (SM) è la seconda più comune causa di disabilità neurologica nei giovani adulti, la più importante malattia demielinizante infiammatoria e degenerativa del giovane adulto e la più frequente patologia autoimmune del sistema nervoso centrale.</p> <p>In Puglia, negli ultimi anni, è stata dedicata attenzione ai processi di riorganizzazione complessiva dell'assistenza territoriale secondo modelli gestionali di tipo integrato con specifico riferimento alle patologie croniche, disabilitanti e di lunga durata, promuovendo forme evolute di integrazione tra ospedale e territorio e reti collaborative nel complesso sistema di cure primarie (Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, personale dei Distretti Socio Sanitari, in particolare infermieri e fisioterapisti, ma anche specialisti e altre figure professionali), la Rete Ospedaliera e Centri Specialistici di riferimento.</p> <p>L'istituzione di un Sistema integrato regionale di Rete dei Centri per la diagnosi e cura della Sclerosi Multipla, appare lo strumento adeguato per poter garantire nell'immediato una equa assistenza su tutto il territorio regionale e dei riferimenti certi per il bisogno di prestazioni sanitarie specifiche, ed anche più vicine ai luoghi di vita dei cittadini.</p> <p>In linea con tale processo lo sviluppo di un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Riabilitativo (PDTRA) per pazienti affetti da Sclerosi Multipla rappresenta una condizione utile a verificare la capacità di elaborare modelli gestionali innovativi e la reale fattibilità di implementazione di tali Percorsi.</p> <p>Tale percorso è stato formulato attraverso la costituzione di un gruppo di lavoro di cui sono parte attiva tutte le diverse professionalità mediche (gastroenterologi, reumatologi, chirurghi, dermatologi...) farmacisti e le associazioni delle persone affette da tali patologie.</p>
OBIETTIVI	<p>Obiettivi:</p> <p><u>Obiettivi Quantitativi</u> Definizione e stesura del PDTRA</p> <p><u>Obiettivi Qualitativi</u> Garantire un percorso clinico assistenziale appropriato ad ogni paziente affetto da Sclerosi Multipla, al fine di offrire una cura mirata, che mantenga il soggetto nelle migliori condizioni possibili, compatibilmente con il grado di compromissione clinico-funzionale, assicurando il pieno rispetto della dignità della persona in ogni momento. Valutare l'andamento della malattia pre e post terapia in termini di:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ricoveri • Interventi • Qualità di vita
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	<ul style="list-style-type: none"> • Predisposizione del PDTRA - Verifica e test del PDTRA e relativi strumenti mesi 12 • Raccolta dei dati con il compito di elaborarli e produrre risultati scientifici mesi 12 <p>Indicatori:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Numeri ricoveri annui pre e post diagnosi • Interventi pre e post diagnosi • Effetti collaterali della terapia stessa • Ricostruzione del percorso del paziente nell'ambito della struttura ambulatoriale basata sul follow-up dei pazienti e delle diverse patologie trattate <p>Realizzare uno studio multicentrico regionale finalizzato</p>



	<ul style="list-style-type: none">• Allo studio dei pazienti con sclerosi multipla• Alla valutazione dei risultati raggiunti sia retrospettivamente che prospetticamente: mantenimento, recidiva• Descrizione degli effetti collaterali: sospensione della terapia e relative cause• Programmare uno strumento di lavoro per una raccolta omogenea e standardizzata dei dati relativi ai pazienti trattati ed alle terapie in corso, finalizzato alla valutazione in tempo reale degli interventi realizzati e a dare un supporto alla gestione delle attività di diagnosi e cura.
RISULTATI ATTESI	Lo sviluppo di un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Riabilitativo (PDTRA) per pazienti affetti da Sclerosi Multipla.
RELAZIONE ANNO 2013	Al momento i dati sono ancora in corso di elaborazione.



GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
LINEA PROGETTUALE	Linea Progettuale 3: Cure Palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica.
TITOLO DEL PROGETTO	Rete regionale di cure palliative
DURATA DEL PROGETTO	Pluriennale
REFERENTE	A.Re S. Puglia

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 7.562.397,00 Risorse vincolate
--------------------------------	-------------------------------------

IL PROGETTO

CONTESTO	<p>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.</p> <p>Il P.S.R. 2008/2010 della Regione Puglia al capitolo "Cure Palliative", in accordo con la Legge 38/2010 e successive D.G.R. n. 691/2011 e D.G.R. n. 2210 del 26 novembre 2013, nel definirne gli obiettivi e il modello organizzativo, ha previsto l'istituzione di due reti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • una per la terapia del dolore • una per le cure palliative <p>In particolare al Capitolo Cure Palliative 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. Nello specifico il piano ha previsto l'istituzione di una U.O.C.P. ogni 400.000 abitanti circa, con dimensione sovra distrettuale.</p> <p>Al fine di giungere ad una omogenea erogazione dell'assistenza, sull'intero territorio regionale, la rete delle cure palliative della Regione Puglia dovrà essere così articolata:</p> <p>ASL Bari UOCP 3 ASL BAT UOCP 1 ASL BR UOCP 1 ASL FG UOCP 2 ASL LE UOCP 2 ASL TA UOCP 1</p> <p>Ai sensi della Legge 15 marzo 2010, n.38. sono state definite le strutture sanitarie ospedaliere e territoriali, pur differenziandole secondo il concetto di "Hub e Spoke".</p> <p>Infatti la Legge Regionale 19 settembre 2008 n. 23, definisce il modello sopra indicato al fine di reingegnerizzare i percorsi interni di fruizione dei servizi in modo da garantire:</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'unitarietà della presa in carico, tale per cui la struttura o il professionista del caso è individuato con chiarezza • l'unitarietà del progetto assistenziale tale per cui l'individuo viene umanizzato attraverso il recupero di una sua visione olistica • l'unitarietà del percorso di fruizione dei servizi. <p>Pertanto, in linea con l'Intesa Stato-Regioni del 25 luglio 2012, la distribuzione sul territorio regionale degli Hub/Centro Ospedaliero di Terapia del Dolore viene proporzionata al numero di abitanti, salvaguardando le aree disagiate, quindi una rete regionale può avere più di un Hub/Centro Ospedaliero di Terapia del Dolore, nell'ambito della Regione Puglia si propone di istituire:</p> <p>N.6 Centri Hub della Rete Regionale di Centri per la Terapia del Dolore individuati tra le Unità Operative di Anestesia e Rianimazione e</p> <p>ciascuna macro area in cui è ripartito il territorio regionale e, in particolare, 2 per la macro area BR, 2 per la macro area BA e n. 2 per la macro area LE e TA.</p>
----------	---



	Centri Spoke quali ambulatori di Terapia del Dolore individuati nell'ambito delle Unità Operative di Anestesia e Rianimazione.
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	<p>Obiettivi</p> <p>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" per il conseguimento dei seguenti OBTV:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Definizione di percorsi di presa in carico ed assistenza nell'ambito della Rete ▪ Definizione dei criteri per la valutazione quali-quantitativa dei Centri sopra indicati ▪ Controllo della qualità delle prestazioni e valutazione dell'appropriatezza ▪ Promozione di programmi obbligatori di formazione continua in terapia del dolore ▪ Monitoraggio dello stato di attuazione della rete ▪ Istituzione dei Comitati Ospedale-Territorio senza dolore ▪ •Riportare nella documentazione clinica la rilevazione del dolore, la sua evoluzione nel corso del ricovero nonché la tecnica antalgica.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	<p>Per tutto il periodo di durata del progetto.</p> <p>Avvio Tavolo di confronto con il Gruppo di Lavoro regionale "Cure Palliative e Terapia del Dolore", per affrontare e condividere tutte le scelte relativamente alle " Linee Guida regionali per lo Sviluppo della Rete per le Cure Palliative in Puglia".</p>
RISULTATI ATTESI	<p>Assicurare, in ciascuna rete locale di C.P.</p> <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</p> <p>2.percorsi semplificati, tempestivi e flessibili ma globali di accesso ai vari servizi, per il malato terminale.</p> <p>Un processo di presa in carico finalizzato ad assicurare una continuità di cura e, nel contempo, ridurre al minimo i casi di ricoveri inappropriati.</p>

RELAZIONE ANNO 2013:

ASL	Casi trattati	Casi trattati - anziani	Utenti in lista di attesa Popolazione =>65 anni	% in ADI =>65 anni
BR	3.528	2.839	83.379	3,40%
TA	4.882	3.858	117.991	3,27%
BT	1.464	1.313	68.554	1,92%
BA	5.109	3.053	244.514	1,25%
FG	4.397	3.985	124.396	3,20%
LE	4.881	4.058	177.672	2,28%
Regione	24.261	19.106	816.506	2,34%



GENERALITA'	
REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
LINEA PROGETTUALE	Linea Progettuale 4: Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione
TITOLO DEL PROGETTO	Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano nazionale prevenzione
DURATA DEL PROGETTO	Pluriennale
REFERENTE	P.A.T.P.

ASPETTI FINANZIARI	
COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 18.140.678,12 Risorse vincolate

IL PROGETTO	
CONTESTO	Il Piano Nazionale di Prevenzione 2014/18 (PNP), approvato con Intesa Stato-Regioni del 13/11/2014, prevede all'art. 1, comma 2 che le Regioni recepiscano con apposita Delibera il PNP disponendo: <ul style="list-style-type: none"> • Di applicare nell'elaborazione del proprio PRP la visione, i principi, le priorità, la struttura del PNP; • La preliminare individuazione dei programmi regionali, il più possibile integrati e trasversali rispetto ad obiettivi ed azioni, con i quali si intende dare attuazione a tutti i macro-obiettivi e a tutti gli obiettivi centrali; • La definizione degli elementi di contesto, profili di salute, trend dei fenomeni, continuità con quanto conseguito nel precedente Piano Regionale della Prevenzione – funzionali ai programmi regionali individuati.
DESCRIZIONE	Quale adempimento dell'Intesa Stato-Regioni sul PNP, con <i>DGR n. 2832 del 30/12/2014</i> , è stato recepito il PNP e sono stati individuati preliminarmente i programmi regionali con i quali dare attuazione, nel periodo 2015/18, agli obiettivi del PNP, sulla base del contesto regionale, degli elementi epidemiologici e dello stato di salute della Regione Puglia. L'attuazione del Piano Regionale della Prevenzione in coerenza con le indicazioni nazionali rappresenta una delle azioni previste dai Programmi Operativi della Regione.
OBIETTIVI	Il provvedimento si pone l'obiettivo di sviluppare nel quinquennio, attraverso programmi nazionali, la visione strategica e gli obiettivi di salute del PNP. Infatti il Piano è strutturato in programmi di ampio respiro, trasversali e multidisciplinari, con l'integrazione di obiettivi ed azioni tra loro coerenti. I programmi del Piano incorporano tutti i macro obiettivi e gli obiettivi centrali del PNP, nonché gli adempimenti previsti dal quadro normativo.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	Tempi Di Attuazione (Cronoprogramma) per tutto il periodo di durata del progetto (2014). Indicatori Presenza di documenti di rendicontazione delle attività previste nell'ambito dei Piani locali di Prevenzione 2014 di tutte le ASL.
RISULTATI ATTESI	Attuazione degli obiettivi contenuti nel Piano regionale della Prevenzione.
RELAZIONE ANNO 2013	All.to (n. 1)



All.to (n. 1)

Codice Macroarea	Nome Macroarea	Codice Linea di intervento	Nome Linea di intervento	Codice progetto	Titolo progetto	Valore Osservato al 31.12.2013	Progetto incluso in un programma	Nome del programma contenente il progetto (nel caso di progetto incluso in un programma)	Certificazione 2012	prorogato al 2013
		1.1	Medicina predittiva	1.1.1	Prevenzione del rischio cardiovascolare	Obiettivo raggiunto	NO			SI
		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	Escluso dalla valutazione Ministeriale	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	Obiettivo Raggiunto	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	Obiettivo non raggiunto	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")	Obiettivo raggiunto	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")	Obiettivo Raggiunto	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	2.2.4	Ricerca attiva dei tumori professionali in agricoltura (Progetto 3 del Programma "Prevenzione degli infortuni e delle patologie lavoro correlate in agricoltura")	Obiettivo non raggiunto	SI	Prevenzione degli infortuni e delle patologie lavoro correlate in agricoltura		SI
	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")	Obiettivo Raggiunto	SI	Prevenzione degli infortuni e delle patologie lavoro correlate in agricoltura	positivo	SI
	Prevenzione universale	2.3	Prevenzione degli eventi	2.3.1	Ambiente di vita sicuro	Obiettivo	NO		positivo	SI



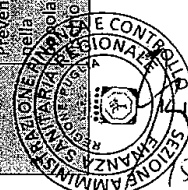
universale	infortunistici in ambito domestico				Raggiunto			
2	Prevenzione universale	2.4	Prevenzione delle malattie suscettibili di vaccinazione	2.4.1	Promozione delle vaccinazioni in tutte le fasi della vita	Obiettivo Raggiunto	NO	SI
2	Prevenzione universale	2.5	Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria	2.5.1	Prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza socio-sanitaria	Obiettivo Raggiunto	NO	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)	Obiettivo Raggiunto	NO	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	Obiettivo Raggiunto	NO	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)	Obiettivo Raggiunto	NO	SI
2	Prevenzione universale	2.7	Prevenzione delle Patologie da esposizione, professionale e non, ad agenti chimici, fisici e biologici	2.7.1 (2)	Realizzazione di una campagna informativa in favore di imprese e cittadini (Progetto 2 del Programma "implementazione del regolamento REACH-CLP per la tutela della salute umana)	Obiettivo Raggiunto	NO	SI
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)	Obiettivo Raggiunto	NO	SI
	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	Escluso dalla valutazione Ministeriale	NO	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	miglioramento delle attività di controllo ufficiale da parte delle regioni e delle province autonome in materia di sicurezza alimentare	Obiettivo Raggiunto	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		Obiettivo Raggiunto	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		Obiettivo Raggiunto	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		Obiettivo Raggiunto	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 (continuazione dei progetti "Porta la frutta a scuola", Cfp per Ciop, "Passi e Panelle"		Obiettivo Raggiunto	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	Obiettivo Raggiunto	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"	Obiettivo Raggiunto	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)	Obiettivo non Raggiunto	NO		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	Obiettivo Raggiunto	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	Obiettivo non Raggiunto	NO	positivo	SI
	Prevenzione nella popolazione a rischio	3.1	Tumori e screening	3.1.2	Estensione del programma di screening del carcinoma della cervice uterina	Obiettivo non Raggiunto	NO		SI



3	Prevenzione nella popolazione a rischio	3.1	Tumori e screening	3.1.3	Progetto di screening del carcinoma del colon retto	Obiettivo non Raggiunto	NO		SI
3	Prevenzione nella popolazione a rischio	3.2	Malattie cardiovascolari	3.2.1	Prevenzione delle recidive di eventi cardiovascolari	Obiettivo non Raggiunto	NO		SI
3	Prevenzione nella popolazione a rischio	3.3	Diabete	3.3.1	Sviluppo di un modello di presa in carico del paziente diabetico per ridurre il rischio di complicanze	Obiettivo Raggiunto	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 osteoarticolari	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)	Obiettivo Raggiunto	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	Obiettivo Raggiunto	NO	positivo	SI
3	Prevenzione nella popolazione a rischio	3.7	Disturbi psichiatrici	3.7.1 (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	Obiettivo Raggiunto	NO	positivo	SI



3	Prevenzione nella popolazione a rischio	3.7	Disturbi psichiatrici	3.7.1 (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. Sottoprogetto 2: FORMARSI INSIEME. Sviluppo di competenze di empowerment e creazione di un'azione di rete	Obiettivo Raggiunto	NO	positivo	SI
3	Prevenzione nella popolazione a rischio	3.7	Disturbi psichiatrici	1.7. 2 (1)	Progetto di prevenzione e contrasto ai disturbi di comportamento alimentare tramite la rete dei centri DCA aziendali della regione Puglia. Sottoprogetto A: prevenzione sociale del DCA in Puglia	Obiettivo Raggiunto	NO	positivo	SI
3	Prevenzione nella popolazione a rischio	3.7	Disturbi psichiatrici	3.7. 2 (2)	Progetto di prevenzione e contrasto ai disturbi di comportamento alimentare tramite la rete dei centri DCA aziendali della regione Puglia. Sottoprogetto B: prevenzione secondaria del DCA in Puglia	Obiettivo Raggiunto	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	Obiettivo non Raggiunto	NO		SI
4	Prevenzione delle complicanze residue di infanzia	4.1	Medicina della complessità e relativi percorsi di presa in carico		NESSUN PROGETTO				
4	Prevenzione delle complicanze residue di infanzia	4.2	Prevenzione e Sorveglianza della disabilità e della non autosufficienza	4.2.1	Passi d'Argento in Puglia	Obiettivo Raggiunto	NO	positivo	SI

38

TOTALE PROGETTI DA VALUTARE:



GENERALITA'	
REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
LINEA PROGETTUALE	Linea Progettuale 4: Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione.
TITOLO DEL PROGETTO	Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano nazionale prevenzione
DURATA DEL PROGETTO	Pluriennale
REFERENTE	P.A.T.P.

ASPETTI FINANZIARI	
COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 9.074,88 Risorse vincolate

IL PROGETTO	
CONTESTO	<p>Negli ultimi anni le istituzioni nazionali ed internazionali hanno sostenuto la prevenzione basata sulla diagnosi precoce per i tumori della mammella, della cervice uterina e del colon retto attraverso l'attivazione di programmi di screening organizzati.</p> <p>La Regione Puglia ha l'obiettivo di utilizzare la banca dati AIRTUM al fine di perseguire le seguenti finalità:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interventi mirati di prevenzione primaria, in particolare l'attivazione di campagne specifiche di diagnosi precoce oncologica; • Monitoraggio sull'efficacia dei programmi di screening oncologici tradizionali e/o sperimentali • Supporto per gli studi epidemiologici finalizzati all'analisi dell'impatto sull'ambiente, sull'incidenza della patologia oncologica. <p>Inoltre, in coerenza con il Piano Nazionale della Prevenzione (Intesa Stato-Regioni n. 156/CSR del 13/11/2014, il PRP 2014/18 include una ristretta cerchia di interventi supportati da prove di efficacia o indicazioni di buone pratiche, che saranno monitorati nel tempo e valutati secondo quanto definito a livello nazionale.</p>
DESCRIZIONE	<p>Quale adempimento dell'Intesa Stato-Regioni sul PNP, con <i>DGR n. 2832 del 30/12/2014</i>, è stato recepito il PNP e sono stati individuati preliminarmente i programmi regionali con i quali dare attuazione, nel periodo 2015/18, agli obiettivi del PNP, sulla base del contesto regionale, degli elementi epidemiologici e dello stato di salute della Regione Puglia. L'attuazione del Piano Regionale della Prevenzione in coerenza con le indicazioni nazionali rappresenta una delle azioni previste dai Programmi Operativi della Regione.</p>
OBIETTIVI	<p>Il provvedimento si pone l'obiettivo di sviluppare nel quinquennio, attraverso programmi nazionali, la visione strategica e gli obiettivi di salute del PNP. Infatti il Piano è strutturato in programmi di ampio respiro, trasversali e multidisciplinari, con l'integrazione di obiettivi ed azioni tra loro coerenti. I programmi del Piano incorporano tutti i macro obiettivi e gli obiettivi centrali del PNP, nonché gli adempimenti previsti dal quadro normativo.</p>
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	<p>Tempi Di Attuazione (Cronoprogramma) per tutto il periodo di durata del progetto (2014).</p> <p>Indicatori</p> <p>Presenza di documenti di rendicontazione delle attività previste nell'ambito dei Piani locali di Prevenzione 2014 di tutte le ASL.</p>
RISULTATI ATTESI	Attuazione degli obiettivi contenuti nel Piano regionale della Prevenzione.



GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
LINEA PROGETTUALE	Linea Progettuale 5: Gestione della cronicità
TITOLO DEL PROGETTO	CCM in Puglia
DURATA DEL PROGETTO	Pluriennale
REFERENTE	DIPARTIMENTO

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 20.480.560,00
--------------------------------	-----------------

IL PROGETTO

CONTESTO	<p>Il Progetto prevede i seguenti ambiti di attività:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sviluppo dell'approccio alla patologia cronica, secondo il modello Chronic Care Model (CCM), con particolare riferimento ai sistemi informativi; 2. Valutazione Multidimensionale (VMD) e Piano di Assistenza Individuale (PAI) /Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) 3. Sviluppo dei Flussi Informativi. <p>Si prevede:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consolidamento delle Unità di Valutazione Multidimensionali Distrettuali inerenti la Valutazione rivolta alle persone non autosufficienti, anche anziane e alle persone con disabilità • Adozione degli strumenti di Valutazione Multidimensionale per l'area della non autosufficienza • Adozione di strumenti di valutazione multidimensionale delle persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale • Consolidamento/potenziamento dell'attività di assistenza domiciliare, finalizzata alla gestione del PAI per le persone non autosufficienti, anche anziane • Rafforzamento delle attività di assistenza, residenziale e semiresidenziale a persone non autosufficienti, anche anziane • Riqualificazione dell'assistenza territoriale rivolta alle persone con disabilità <p>Per i flussi informativi si prevede:</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'attuazione di interventi finalizzati al miglioramento della completezza e della qualità delle informazioni registrate nell'ambito del sistema informativo dell'Assistenza Domiciliare • Realizzazione del prototipo del Sistema Informativo Assistenza Territoriale. <p>OBTV:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consolidamento/potenziamento delle attività dei PUA • Potenziamento della funzione di VMD • Consolidamento/potenziamento dell'assistenza domiciliare per le persone non autosufficienti • Rafforzamento delle attività di assistenza residenziale e semiresidenziale • Miglioramento della completezza e della qualità delle informazioni dei Sistemi Informativi • Miglioramento del Sistema Informativo Assistenza Territoriale
DESCRIZIONE	<p>Coerentemente con gli Obiettivi di Governo Regionale, si prevedono interventi di potenziamento della Rete dei Servizi per la non autosufficienza, alla riqualificazione della Rete dei Servizi per la disabilità e all'implementazione di strumenti che sostengono il processo di qualificazione dell'assistenza erogata dai servizi territoriali nell'ambito della integrazione socio sanitaria.</p>



TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	Pluriennale
INDICATORI	<ol style="list-style-type: none">1. Numero di Operatori impegnati nei PUA2. Adozione degli strumenti di valutazione multidimensionale per l'area della non autosufficienza3. Adozione degli strumenti di valutazione multidimensionale delle persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale4. Numero di soggetti assistiti a domicilio dalle ASL5. Numero di soggetti assistiti in strutture residenziali e semiresidenziali per persone non autosufficienti, anche anziane
RISULTATI ATTESI	<p>Garanzia della presa in carico socio-sanitaria della persona non autosufficiente e della persona disabile nell'ambito della rete dei servizi distrettuali, secondo criteri di appropriatezza ed equità.</p> <p>Implementazione di strumenti organizzativi gestionali finalizzati al miglioramento ed alla qualità dell'assistenza alle persone non autosufficiente ed alla persona con disabilità.</p> <p>Consolidamento della rete dei servizi territoriali per la non autosufficienza.</p>



GENERALITA'	
REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
LINEA PROGETTUALE	Linea Progettuale 5: Gestione delle cronicità
TITOLO DEL PROGETTO	Sistema di monitoraggio dell'erogazione dei servizi di assistenza domiciliare rivolta alle persone che si trovano in condizione di parziale o totale non autosufficienza fisica e/o psichica e non in grado di gestire la propria vita familiare senza aiuto esterno, al fine di consentire loro di permanere al proprio domicilio in condizioni di sicurezza.
DURATA DEL PROGETTO	36 mesi
REFERENTE	A.Re S. Puglia
ASPETTI FINANZIARI	
COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 1.000.000,00
IL PROGETTO	
CONTESTO	<p>Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) garantisce alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, percorsi assistenziali nel proprio domicilio denominati "cure domiciliari" consistenti in un insieme organizzato di trattamenti medici, infermieristici e riabilitativi, necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita. L'assistenza domiciliare è, dunque, un servizio compreso nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) in grado di garantire una adeguata continuità di risposta sul territorio ai bisogni di salute, anche complessi, delle persone non autosufficienti, anche anziane, e dei disabili ai fini della gestione della cronicità e della prevenzione della disabilità.</p> <p>Le cure domiciliari sono generalmente gestite e coordinate direttamente dal Distretto sociosanitario (DSS) delle Aziende Sanitarie Locali (ASL).</p>
DESCRIZIONE	<p>Il progetto è indirizzato al monitoraggio delle attività di assistenza domiciliare da parte dell'ente erogante e dei parenti della effettiva somministrazione dei servizi agli utenti (cura ed igiene della persona, erogazione ed aiuto ai pasti, assistenza infermieristica...)</p> <p>Il sistema è composto da un sensore presente in casa degli assistiti, in grado di certificare, tramite badge, la presenza del personale in loco e si interfaccia con un back-end internet sul quale è possibile leggere le informazioni.</p> <p>Sul sensore sarà altresì presente un pulsante, con il quale il paziente, può segnalare una ulteriore richiesta di assistenza al call center dell'ente erogante (DSS della ASL di competenza).</p> <p>Inoltre è previsto un sensore di temperatura in grado fornire l'allarme di superamento della soglia massima di disagio, in caso di canicola, particolarmente pericolosa per questa tipologia di soggetti.</p> <p>L'accesso al portale potrà avvenire tramite PC, tablet o smart phone e condiviso tra l'ente erogante, ed il parente dell'assistito.</p> <p>Inoltre sul portale saranno disponibili tutte le informazioni relative all'operatore ed ai tempi di svolgimento delle attività definite, informazioni utili al parente della effettiva esecuzione delle prestazioni previste.</p> <p>Il sensore utilizzato, avente forma di semplice box di ridotte dimensioni, è connesso alla rete, a basso costo ed a basso impatto di inquinamento ambientale, alimentata da semplici batterie alcaline della durata di vita minima di 1 anno.</p> <p>Obiettivi: Monitoraggio della effettiva erogazione dei servizi di assistenza domiciliare, al fine di migliorare il servizio, fornendo al parente dell'assistito un importante mezzo di verifica sullo stato di assistenza e quindi del benessere del proprio parente.</p>
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	12 mesi
INDICATORI	<ul style="list-style-type: none"> • Numero dei pazienti assistiti • Numero dei servizi erogati • Pubblicazione dei dati
RISULTATI ATTESI	Garanzia della presa in carico e Monitoraggio della effettiva erogazione di assistenza domiciliare, al fine di migliorare il servizio, fornendo all'assistito un importante mezzo di verifica sullo stato di assistenza e benessere del proprio parente.



GENERALITA'	
REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
LINEA PROGETTUALE	Linea Progettuale 5: Gestione delle cronicità
TITOLO DEL PROGETTO	Sistema di localizzazione per il controllo a distanza dei malati portatori di Alzheimer.
DURATA DEL PROGETTO	36 mesi
REFERENTE	A.Re S. Puglia

ASPETTI FINANZIARI	
COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 1.432.115,00

IL PROGETTO	
CONTESTO	<p>La Malattia di Alzheimer è la causa più frequente di demenza dell'anziano oltre i 65 anni di età, caratterizzata da perdita della memoria, deficit spazio temporale, disturbi della personalità e del comportamento.</p> <p>La malattia è progressiva e difficile da diagnosticare.</p> <p>Solo in Italia ne sono affetti 600.000 persone e ogni anno un malato di Alzheimer costa alla famiglia e alla collettività circa 60.000 euro.</p> <p>Il disagio infatti, non viene vissuto solo dal paziente in prima persona, ma anche dalle famiglie, che oltre a far fronte ai conflitti di carattere emozionale, sono anche costrette a sobbarcarsi il gravoso compito dell'assistenza continuata, caratterizzata da un consistente dispendio di risorse economiche.</p>
DESCRIZIONE	<p>Il progetto è stato studiato per aiutare le persone che gestiscono familiari e pazienti con problemi di fragilità mentale, ma ancora in buone condizioni fisiche, in particolare persone affette da morbo di Alzheimer.</p> <p>Si tratta di persone che hanno bisogno di un controllo costante in quanto possono avere problemi come smarrimento, utilizzo improprio e pericoloso degli elettrodomestici o di qualsiasi oggetto, ecc.</p> <p>Per tale motivo è stato sviluppato un sistema che consente di automatizzare il monitoraggio dello stato di queste persone da parte di chi li assiste: familiari, badanti, infermieri e medici.</p> <p>Il sistema di controllo a distanza avverrà per il tramite di una apparecchiatura all'avanguardia al servizio dei pazienti, medici e famiglie, una soluzione definitiva all'annoso problema della pronta reperibilità del paziente, ovunque egli vada.</p> <p>Il dispositivo indossabile da parte dei pazienti è un braccialetto collegato alla Rete Sigfox che consente di monitorare la sicurezza degli anziani tramite un'app dedicata accessibile da smartphone.</p> <p>Il dispositivo è dotato di batteria ricaricabile a lunga durata ed è in grado di rilevare la posizione tramite GPS interno e di generare un "allarme" tramite comunicazione sms, qualora il paziente superi il raggio di azione e si interfaccia con un back-end internet attraverso il quale sarà possibile accedere ai dati rilevati e programmare allarmi indirizzati a parenti o personale di assistenza</p> <p>Il dispositivo è dotato inoltre di un accelerometro che in caso di caduta o forte urto "uomo a terra" genera un impulso di allarme</p> <p>L'accesso alla piattaforma avviene tramite PC, tablet o smart phone e condiviso tra il paziente e i parenti o assistenti dell'assistito).</p> <p>Sulla piattaforma saranno disponibili tutte le informazioni relative agli ultimi eventi registrati dai dispositivi (posizione, spostamenti, ecc.) indossati dal paziente.</p> <p>I dispositivi utilizzati, che hanno forma di semplice orologio da polso o di piccolo box indossabile, sono connessi tramite la rete wireless a basso costo ed a basso impatto di inquinamento ambientale, alimentati da batterie facilmente sostituibili della durata minima di un mese.</p> <p>Obiettivi:</p> <p>Segnalare stati di pericolo imminente a causa di possibili cadute in modo da fornire ai parenti un importante mezzo di verifica del benessere del paziente</p> <p>conseguenza un concreto apprezzamento del servizio che la Regione</p> <p>confronti dei cittadini.</p> <p>OBTV</p>



	Segnalare stati di pericolo imminente a causa di possibili cadute in modo da fornire ai parenti un importante mezzo di verifica del benessere del paziente e di conseguenza un concreto apprezzamento del servizio che la Regione eroga nei confronti dei cittadini.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	12 mesi
INDICATORI	<ul style="list-style-type: none">• Numero dei pazienti assistiti• Aree di applicazione del servizio• Tipo del sensore utilizzato.• Pubblicazione dei dati dei servizi erogati.
RISULTATI ATTESI	Segnalare stati di pericolo imminente a causa di possibili cadute in modo da fornire ai parenti un importante mezzo di verifica del benessere del paziente e di conseguenza un concreto apprezzamento del servizio che la Regione eroga nei confronti dei cittadini.

