

**Regione Campania**

***Il Commissario ad Acta per l'attuazione
del Piano di rientro dai disavanzi del SSR campano
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 10 luglio 2017)***

DECRETO N. 37 DEL 15/09/2017

OGGETTO: Art. 1, comma 34 della legge 23 dicembre 1996, n. 662. Progetti linee prioritarie individuate dall'Accordo Stato-Regioni n.126/CSR/2015.

VISTA la legge 30 dicembre 2004, n. 311 recante *“Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2005)”* e, in particolare, l'art. 1, comma 180, che ha previsto per le regioni interessate l'obbligo di procedere, in presenza di situazioni di squilibrio economico finanziario, ad una ricognizione delle cause ed alla conseguente elaborazione di un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio Sanitario Regionale, di durata non superiore ad un triennio;

VISTA l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 che, in attuazione della richiamata normativa, pone a carico delle regioni l'obbligo di garantire, coerentemente con gli obiettivi di indebitamento netto delle amministrazioni pubbliche, l'equilibrio economico-finanziario del servizio sanitario regionale nel suo complesso, realizzando forme di verifica trimestrale della coerenza degli andamenti con gli obiettivi assegnati in sede di bilancio preventivo per l'anno di riferimento, nonché la stipula di un apposito accordo che individui gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza;

VISTA la Deliberazione della Giunta regionale della Campania n. 460 del 20/03/2007 *“Approvazione del Piano di Rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del Servizio sanitario Regionale ai fini della sottoscrizione dell'Accordo tra Stato e Regione Campania ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge n. 311/2004”*;

VISTA la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 24 luglio 2009 con la quale il Governo ha proceduto alla nomina del Presidente pro tempore della Regione Campania quale Commissario ad Acta per l'attuazione del piano di rientro dal disavanzo sanitario ai sensi dell'art. 4, comma 2, del DL 1 ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla L. 29 novembre 2007, n. 222;

VISTA la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 24 aprile 2010 con cui il neo Presidente pro tempore della Regione Campania è stato nominato Commissario ad acta per il Piano di rientro con il compito di proseguire nell'attuazione del Piano stesso, secondo Programmi Operativi di cui all'art. 1, comma 88 della legge n.191 del 2009;

VISTE le deliberazioni del Consiglio dei Ministri del 15 ottobre 2009, 3 marzo 2011, 20 marzo 2012, 29 ottobre 2013, con le quali, è stato disposto l'avvicendamento nelle funzioni di sub-commissario ad acta con il compito di affiancare il Commissario ad acta della regione Campania;

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri dell'11 dicembre 2015 con la quale sono stati nominati quale Commissario ad acta il dott. Joseph Polimeni e quale subcommissario ad acta il dott. Claudio D'Amario;

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 10 luglio 2017, con la quale è stato nominato il dott. Vincenzo De Luca, quale Commissario ad acta per l'attuazione del vigente piano di rientro

dai disavanzi del SSR campano, secondo i Programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 e ss.mm.ii.;

VISTA la richiamata deliberazione del 10 luglio 2017, che:

- assegna *“al Commissario ad acta l’incarico prioritario di attuare i Programmi operativi 2016-2018 e gli interventi necessari a garantire, in maniera uniforme sul territorio regionale, l’erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di efficienza, appropriatezza, sicurezza e qualità, nei termini indicati dai Tavoli tecnici di verifica, nell’ambito della cornice normativa vigente”* ;
- individua, nell’ambito del più generale mandato sopra specificato, alcune azioni ed interventi come *acta* ai quali dare corso prioritariamente;

RICHIAMATO,

- il comma 80, articolo 2, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 secondo cui *“Gli interventi individuati dal Piano sono vincolanti per la Regione, che e’ obbligata a rimuovere i provvedimenti, anche legislativi, e a non adottarne di nuovi che siano di ostacolo alla piena attuazione del piano di rientro”*;
- il comma 231 bis della legge regionale n. 4/2011, così come introdotto dal comma 34, dell’articolo 1, della legge regionale n. 14/2011, secondo cui: *“il Commissario ad acta, nominato ai sensi dell’art. 4, comma 2, del decreto legge 1 ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni, in legge 29 novembre 2007, n. 222, individua, con proprio decreto, le norme regionali in contrasto con le previsioni del piano di rientro dal disavanzo sanitario e con quelle dei programmi operativi di cui all’art. 2, comma 88 della legge 191/2009 e dispone la sospensione dell’efficacia degli eventuali provvedimenti di esecuzione delle medesime. I competenti organi regionali, entro i successivi sessanta giorni dalla pubblicazione sul B.U.R.C. del decreto di cui al presente comma, provvedono, in ottemperanza a quanto disposto dall’art. 2, comma 80 della legge n. 191/2009, alla conseguente necessaria modifica delle disposizioni individuate, sospendendole o abrogandole”*;
- la sentenza del Consiglio di Stato n. 2470/2013 secondo cui, *“nell’esercizio dei propri poteri, il Commissario ad acta agisce quale “organo decentrato dello Stato ai sensi dell’art. 120 della Costituzione, che di lui si avvale nell’espletamento di funzioni d’emergenza stabilite dalla legge, in sostituzione delle normali competenze regionali”, emanando provvedimenti qualificabili come “ordinanze emergenziali statali in deroga”, ossia “misure straordinarie che il commissario, nella sua competenza d’organo statale, è tenuto ad assumere in esecuzione del piano di rientro, così come egli può emanare gli ulteriori provvedimenti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali necessari alla completa attuazione del piano di rientro”*

RILEVATO che

- l’art. 1, comma 34 della legge 23 dicembre 1996, n. 662, prevede che il CIPE, su proposta del Ministro della Sanità, d’Intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, possa vincolare quote del Fondo Sanitario Nazionale alla realizzazione di specifici obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale indicati nel Piano Sanitario Nazionale, da assegnare alle Regioni per la predisposizione di specifici progetti;
- il comma 34 bis del predetto articolo 1, aggiunto dall’art. 33 della Legge 27 dicembre 1997, n.449, come modificato dall’art. 79, comma 1 quater del D.L. 25 giugno 2008, n.112, prevede che *“per il perseguimento degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale indicati nel comma 34 le regioni elaborano specifici progetti sulla scorta di linee guida proposte dal Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali ed approvate con accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano. La Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, su proposta del Ministro della Sanità, individua i progetti ammessi a finanziamento utilizzando le quote a tal fine vincolate del Fondo sanitario nazionale ai sensi del comma 34. Le regioni impegnate nei Piani di rientro individuano i progetti da realizzare in coerenza con gli obiettivi dei Programmi operativi [...]”*;

- gli allegati A e B dell'Accordo, sancito in Conferenza Stato-Regioni in data 30 luglio 2015 Rep. Atti n.126/CSR, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano individuano le Linee progettuali ed i vincoli economici specifici per l'utilizzo da parte delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano, dei fondi di cui al summenzionato articolo 1, comma 34 della legge 23 dicembre 1996, n. 662;
- nella seduta del 30 luglio 2015 Rep. Atti n.126/CSR, la Conferenza Stato - Regioni ha sancito, inoltre, Intesa sulla proposta del Ministro della Salute di assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate, ai sensi dell'art. 1 comma 34 e 34 bis della legge 23 dicembre 1996, n.662, alla realizzazione, per l'anno 2014, degli obiettivi individuati nel PSN 2006-2008, con cui è stato stanziato per la Regione Campania un importo pari a euro 153.497.324,00, di cui è stato erogato da parte del Ministero dell'Economia e delle Finanze il 70 per cento a titolo di acconto;
- con nota integrativa prot. n.27931 del 30 settembre 2015 il Ministero della Salute ha comunicato che, come stabilito al punto 6 dell'accordo SR 30 luglio 2015, le Regioni hanno facoltà di presentare progetti scegliendo fra le linee di attività individuate. Per alcune linee di attività, specificamente individuate dal Ministero, tuttavia, in considerazione della strategicità delle stesse, è fatto obbligo alle Regioni di presentare un progetto, con relativa previsione di un vincolo economico (Cure Palliative e terapia del dolore, sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica; il Piano nazionale prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione);
- all'erogazione della quota residua del 30 per cento si provvederà nei confronti delle singole regioni, a seguito dell'approvazione dei progetti da parte della Conferenza Stato Regioni su proposta del Ministero della Salute, 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, e per quanto attiene alla linea progettuale relativa alle misure dirette al contrasto delle disuguaglianze in sanità, verrà redatta una relazione sui risultati conseguiti nelle singole Regioni; con la stessa nota integrativa di prot. n.27931/2015 il Ministero della Salute ha, altresì, comunicato che la mancata presentazione di progetti conseguirà la mancata erogazione della quota residua del 30 per cento ed il recupero, anche a carico delle somme a qualsiasi titolo spettanti nell'anno successivo, dell'anticipazione del 70 per cento già erogata;
- per ciascuna linea progettuale ogni Regione potrà presentare un unico specifico progetto che dovrà essere corredato da un prospetto che evidenzii gli obiettivi qualitativi e quantitativi che si intendono conseguire, i tempi entro i quali tali obiettivi si ritengono raggiungibili, i costi connessi, gli indicatori, preferibilmente numerici, che consentano di misurare la validità dell'intervento proposto;

CONSIDERATO che

- il numero delle linee progettuali previste per l'anno 2014 permette di concentrare l'attenzione su temi rilevanti che esprimono i bisogni di salute della popolazione e che possono dare vita ad interventi strutturali da parte dell'organo regionale;
- la verifica per le attività svolte per i finanziamenti relativi all'anno 2013 risulta soddisfatta come dall'allegata scheda riepilogativa

RILEVATO che:

- l'art. 1 comma 7 dell'Intesa tra Governo, Regioni e Province Autonome concernente il nuovo "Patto per la Salute" (Rep. Atti 243/CSR del 3/12/2009) stabilisce che le risorse di cui all'art. 1 commi 34 e 34 bis della L.662/96 non sono da considerarsi contabilmente vincolate, bensì programmabili al fine di consentire specifiche verifiche circa il raggiungimento degli obiettivi fissati nell'ambito dei LEA;
- la Conferenza Stato – Regioni ha sancito l'intesa sottoscritta il 30 luglio 2015 Rep. Atti n.126/CSR ha previsto per la linea progettuale 4 "Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione" che le regioni destinano il 5 per mille della quota assegnata

per detta linea progettuale alle attività di supporto al Piano della Prevenzione svolte da parte dei network regionali dell'Osservatorio Nazionale Screening (ONS), Evidence-based prevention e Associazione Italiana registri Tumori (AIRTUM);

- per le Regioni interessate ai Piani di Rientro la fissazione degli obiettivi va integrata con quella dei medesimi piani;

VISTO che

- con DCA n. 134 del 28/10/2016 è stato approvato il riparto delle risorse vincolate assegnate alla Regione Campania, per l'elaborazione di specifici progetti, nell'ambito delle linee prioritarie individuate dall'Accordo Stato-Regioni secondo gli importi complessivi per l'anno 2014 di seguito indicati:
 - l'Attività di Assistenza Primaria – euro 27.289.175
 - Sviluppo dei processi di umanizzazione – euro 4.366.272
 - Cure palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica – euro 10.852.841
 - Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione – euro 26.046.818
 - Gestione della cronicità – euro 41.712.351
 - Reti oncologiche – euro 43.229.868

ATTESO che

- per la predisposizione dei progetti sono state coinvolte le Aziende Sanitarie, le Aziende Ospedaliere, le Aziende ospedaliere Universitarie e IRCS, ai fini dei necessari contributi in merito alla fattibilità delle specifiche azioni proposte dalle stesse nonché delle correlate attività;

RITENUTO, pertanto

- di poter approvare i progetti regionali descritti negli allegati e che formano parte integrante del presente provvedimento e riferiti alle seguenti linee di indirizzo nazionale:
 - LP 1 - Attività di Assistenza Primaria
 - LP 2 - Sviluppo dei processi di umanizzazione
 - LP 3 - Cure palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica
 - LP 4 - Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione
 - LP 5 - Gestione della cronicità
 - LP 6 - Reti oncologiche
- di poter destinare il 5 per mille della quota assegnata Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione, pari ad € 130.234,00, alle attività di supporto al piano della prevenzione svolte da parte dei network regionali dell'Osservatorio Nazionale Screening (ONS), Evidence-based prevention e Associazione Italiana registri Tumori (AIRTUM);

PRECISATO che

- le attività progettuali saranno svolte dalle Aziende Sanitarie, Aziende Universitarie, e IRCS della regione Campania in quanto responsabili della concreta attuazione degli interventi previsti, con il monitoraggio della Direzione Tutela della Salute;

DATO ATTO che

- il riparto si pone in funzione della programmazione sanitaria regionale per il miglior soddisfacimento dei LEA e quindi potrebbe essere oggetto di eventuali modifiche a saldo complessivo invariato, in relazione a particolari esigenze e/o opportunità che dovessero rilevarsi in corso di svolgimento delle azioni programmate;

VISTI

- l'art. 1, commi 34 e 34 bis della legge 23 dicembre 1996, n. 662;
- l'Accordo, sancito in Conferenza Stato-Regioni in data 30 luglio 2015 Rep. Atti n.126/CSR,

tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano;

Alla stregua della istruttoria tecnico-amministrativa effettuata dalla Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento con il SSR;

per tutto quanto sopra esposto in premessa e che qui si intende integralmente riportato :

DECRETA

di **PRENDERE ATTO** dell'allegata scheda riepilogativa delle progettualità di cui ai fondi vincolati annualità 2013;

di **APPROVARE** i progetti regionali descritti negli allegati e che formano parte integrante del presente provvedimento e riferiti alle seguenti linee di indirizzo nazionale:

- a. LP 1 - Attività di Assistenza Primaria
- b. LP 2 - Sviluppo dei processi di umanizzazione
- c. LP 3 - Cure palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica
- d. LP 4 - Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione
- e. LP 5 - Gestione della cronicità
- f. LP 6 - Reti oncologiche

di **DESTINARE** il 5 per mille della quota assegnata Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione, pari ad € 130.234,00, alle attività di supporto al Piano della Prevenzione svolte da parte dei network regionali dell'Osservatorio Nazionale Screening (ONS), Evidence-based prevention e Associazione Italiana registri Tumori (AIRTUM);

di **TRASMETTERE** il presente provvedimento, attraverso la procedura SIVEAS al Tavolo di Verifica per la valutazione di competenza, approvandolo con riserva di recepimento di eventuali indicazioni o prescrizioni formulate dai Ministeri vigilanti;

di **TRASMETTERE** il presente provvedimento al Gabinetto del Presidente della Giunta Regionale, alla Direzione Generale per la Tutela della Salute e il coordinamento del Sistema Sanitario Regionale, alla Direzione Generale per le Risorse Umane, alla Direzione Generale per le risorse finanziarie, al BURC per la immediata pubblicazione nonché per tutti gli adempimenti di pubblicità e trasparenza.

*Il Dirigente di staff Tecnico-Operativo
Dott.ssa Antonella Guida*

*Il Direttore Generale Tutela della Salute
Avv. Antonio Postiglione*

*per condivisione
Il Sub Commissario ad Acta
Dott. Claudio D'Amario*

DE LUCA

<i>TITOLO PROGETTO</i>	<i>DESTINATARI</i>	<i>INIZIO ATTIVITA'</i>	<i>OBIETTIVI FISSATI DAL DCA 105/2014</i>	<i>ATTIVITA' REALIZZATE</i>	<i>RISULTATO</i>
Linea progettuale 1.1 - Interventi per il riassetto organizzativo e strutturale della rete dei servizi di assistenza ospedaliera e territoriale – Farmacia dei servizi;	AA.SS.LL	01/11/15	- la realizzazione di un sistema di continuità delle cure efficiente ed integrato con tutti i livelli assistenziali (cure primarie, specialistiche, integrazione socio-sanitaria) - il miglioramento del livello organizzativo delle cure primarie e del suo livello di accessibilità - lo sviluppo di un concetto di appropriatezza inteso come processo dinamico e non come singole azioni, anche attraverso l’individuazione di luoghi dove attivare il confronto tra le varie professionalità operanti in ambito sanitario.	- Dispensazione diretta dei farmaci e dispositivi sia per conto che in dimissione - Partecipazione delle farmacie convenzionate alla campagna informativa sugli screening e sulla educazione alla salute; distribuzione dei KIT da parte delle AASSLL per lo screening del Ca del colon, raccolta delle provette dello screening; - partecipazione delle farmacie convenzionate alle prenotazioni e riscossione ticket - rilascio dei referti attraverso farmacie convenzionate	- obiettivo raggiunto al 70% - raggiunto al 60% - raggiunto al 60% - in fase di realizzazione, - distribuiti nel 2016 un numero di pezzi e confezioni significativamente maggiori del 2015 - ridotti i disagi degli utenti
Linea progettuale 1.2 – Partecipazione delle farmacie al processo di miglioramento dell’assistenza primaria territoriale BOLLETTINO UFFICIALE della REGIONE CAMPANIA	UOD 08 Politiche del Farmaco e Dispositivi AA.SS.LL	Marzo 2017 n. 70 del 25 Settembre 2017	- Promuovere un servizio di guardia farmaceutica h 24 nelle realtà rurali e rurali disagiate. - Estendere il servizio di Distribuzione per Conto dei farmaci (DPC) - Incrementare il Servizio Centro Unico di Prenotazioni. - Promuovere l’Assistenza Farmaceutica Domiciliare Integrata (AFDI) in particolari tipologie di pazienti - Promozione di servizi di informazione sui farmaci e di prevenzione delle principali patologie a forte impatto sociale - Promuovere l’utilizzo di defibrillatori nelle farmacie come Punto Salvavita nella lotta alla morte improvvisa - Valutazione dell’impatto degli interventi attivati - Valutazione del livello di soddisfazione dei pazienti attraverso somministrazione di questionari di gradimento	Progettazione di un servizio di consegna farmaci e dispositivi medici nelle zone rurali tramite le farmacie Attuazione del DCA 97/2016 E’ stata uniformata a livello regionale l’uso della piattaforma unica integrata (Web-DPC) Sono stati realizzati corsi di formazione rivolti ai farmacisti pubblici e privati in merito all’utilizzo della piattaforma Web-DPC E’ stato integrato in tutte le AA.SS.LL il servizio Centro Unico di Prenotazioni con quello del servizio pagamento ticket. Sono stati realizzati corsi di formazione rivolti ai farmacisti pubblici e privati in merito all’utilizzo di defibrillatori con il conseguimento dell’acquisizione di relativo brevetto.	Le attività avranno termine a Marzo 2019.
Linea progettuale 1.3 – Sperimentazione di un modello integrato di supporto al paziente in politerapia nell’ambito della farmacia territoriale	Centro Interdipartimentale di Ricerca in Farmacoeconomia e Farmacoutilizzazione (CIRFF) – Federico II	Marzo 2015	- Promuovere un corretto utilizzo dei medicinali prescritti e migliorare l’aderenza alla Terapia - Predisposizione e realizzazione di corsi di formazione (ECM) - Promuovere l’interazione e l’integrazione degli operatori sanitari sul territorio - Valutazione dell’impatto degli interventi attivati - Valutazione del livello di soddisfazione degli attori coinvolti attraverso somministrazione di questionari di gradimento	- E’ stato realizzato uno studio atto ad evidenziare i criteri per l’appropriatezza prescrittiva nei pazienti anziani in politerapia - E’ stato creato uno strumento informativo per l’implementazione dell’aderenza terapeutica ‘servizio controllo terapia’ da affidare ai farmacisti pubblici - E’ stata realizzata una documentazione specifica (linee guida) per supportare il farmacista nel ‘controllo della terapia del paziente’ per specifiche aree terapeutiche a carattere cronico - Attualmente è in essere la fase di sperimentazione sul territorio che coinvolge sia le Asl campane che le farmacie pubbliche.	Le attività avranno termine entro Marzo 2018
Linea progettuale 2.1 - Costruzione di percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA)attraverso l’adozione di raccomandazioni nazionali, creazione di una rete tra le strutture specialistiche e costruzione di banche dati, per la valutazione dei risultati	AASSLL	Inizio attività novembre 2015	- Promuovere la costruzione di percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) finalizzata all’ottimizzazione dei trattamenti e delle risorse e condivisi con le associazioni di volontariato - Gestire l’ingresso di ogni paziente con patologia cronica nel PDTA al quale partecipano tutti gli attori coinvolti nella rete valorizzando le specifiche competenze - Promuovere un percorso formativo rivolto ai responsabili dei centri prescrittori ed ai medici di medicina generale (MMG) e PLS e agli altri specialisti per un loro coinvolgimento attivo. - Costruire una rete tra le strutture specialistiche per il monitoraggio di dati ed indicatori e per il collegamento con la rete della Medicina Generale con individuazione algoritmo a disposizione dei MMG per selezione pazienti a rischio per diagnosi precoce e per immediata presa in carico da parte dei centri - Costruire una banca dati in cui confluiscono dati amministrativi e clinici per la valutazione dei risultati clinici e della qualità dell’assistenza - Garantire la continuità delle cure mediante una gestione integrata del paziente da parte dei servizi territoriali ed ospedalieri nonché sociali e tramite il coordinamento dell’attività dei MMG dei PLS e degli specialisti i finalizzato anche alla riduzione degli accessi impropri al ricovero ospedaliero	- Definiti dei PDTA come gestione dolore acuto nell’anziano acuto ,e cronico, prevenzione del rischio tromboembolico, occhio alla vista, piede diabetico etc - Definiti protocolli di collaborazione con l'università Federico II e Università di Messina da parte dell'ASL di Caserta per il PDTA dell'anziano - Istituiti gruppi di lavoro con Farmacologi, Farmacisti, MMG, specialisti geriatrici ed ortopedici - Realizzati percorsi formativi con la partecipazione anche del Prof A,Scuteri docente del Policlinico di Tor Vergara - E' stato attivato presso il PO di Marcianise un centro chirurgico di II livello per la prevenzione,diagnosi,e terapia del piede diabetico attraverso l'attuazione del Disease Management Acquisto ecodoppler vascolare	Realizzati parzialmente i PDTA
Linea progettuale 2.2 - Gestione e cura delle alterazioni del metabolismo glucidico in età evolutiva attraverso l’uso integrato della comunicazione e dell’informazione tecnologica (e-health) su piattaforma regionale elettronica	ai due Centri regionali (della AOU Università della Campania “Luigi Vanvitelli” e AOU Federico II) (III livello) i Pediatri delle Unità Operative Materno Infantili (UOMI) rappresentato da 30 pediatri ospedalieri e di comunità provenienti da tutte le ASL campane (II livello) e i Pediatri di Libera Scelta e di Pronto Soccorso (I livello).	Prosieguo attività anno precedente	<i>Migliorare il funzionamento e ampliare ulteriormente la rete integrata per la cura delle</i> alterazioni dell’equilibrio glicemico in età evolutiva attraverso l’utilizzo delle nuove tecnologie. Partendo dal progetto “Rete integrata ospedale territorio per la gestione del diabete e dell’obesità in età evolutiva”, lo scopo è quello di diagnosticare, trattare e prendere in cura tutti i pazienti in età evolutiva con alterazioni glicemiche ai vari livelli di assistenza scambiando le informazioni sia attraverso la comunicazione elettronica sia attraverso una specifica piattaforma elettronica regionale dedicata . - <i>Fornire al sistema di cure primarie e ai medici dell’assistenza ospedaliera</i> uno strumento di comunicazione immediato e consulenze specialistiche in rete su tutte le alterazioni glicemiche in età evolutiva in modo da ridurre gli accessi inappropriati alle strutture dei tre livelli. Ad esempio pazienti gestibili al primo livello che sono, invece, inviati al sec ondo	Creazione del software clinico “<i>Aretaeus</i>” che permette di gestire il paziente ambulatoriale con diabete. Tale software offre una rapida e precisa overview della storia e dei problemi del paziente cronico, rende possibile la comunicazione fra i medici che si susseguono nelle visite circa i problemi peculiari dell’ammalato, semplifica l’individuazione di pazienti “particolari” da seguire con specifica attenzione, permette di eseguire facilmente studi epidemiologici di popolazione migliorando l’assistenza. Anche grazie a questo software è stato possibile seguire routinariamente in follow up, applicando tutte le più	Termine progetto 31/12/2017 realizzato all'80%

TITOLO PROGETTO	DESTINATARI	INIZIO ATTIVITA'	OBIETTIVI FISSATI DAL DCA 105/2014	ATTIVITA' REALIZZATE	RISULTATO
BOLLETTINO UFFICIALE della REGIONE CAMPANIA		n. 70 del 25 Settembre 2017	livello o al terzo livello, pazienti gestibili al secondo livello che sono inviati al terzo con conseguente allungamento delle liste d’attesa. 3. collegamento informatico continuo su tutti i nodi della rete partendo dal sistema informatico che attualmente supporta la rete di diabetologia pediatrica regionale sui tre livelli anche attraverso la condivisione di nuovi e aggiornati protocolli diagnostico-terapeutici, integrati con percorsi di formazione a distanza che supportino il sistema ai vari livelli di assistenza. 4. - realizzare corsi di formazione a distanza (FAD) per gli operatori sanitari individuati dalle strutture di II e I livello 5. costruire un cruscotto elettronico di indicatori per monitorare l’efficienza e l’efficacia della rete in modo da avviare azioni tese al miglioramento continuo della rete durante la fase di regime ossia dopo la fase di progetto. 6. Controllo della compliance del paziente attraverso l’impiego di specifiche app (applicazioni)per dispositivi mobili.	moderne strategie di cura e di controllo metabolico e screenando tutte le eventuali complicanze acute e croniche e le malattie associate in ben 978 pazienti in età pediatrica con una incidenza di circa 120 nuovi casi all’anno. 2. un servizio di consulenza continua tra i Centri Regionali e i Pediatri del II livello sia per problematiche di tipo diabetologico che di tipo psicologico e alimentare; tale attività è stata svolta attraverso riunioni mensili durante le quali si discutevano: - le problematiche di integrazione sociale e scolastica dei bambini con diabete afferenti alle singole ASL dove operano i Pediatri del II Livello - la burocrazia e la erogabilità, presso le ASL, dei presidi di elevato impatto tecnologico per la cura e il monitoraggio del diabete. - i casi di pazienti particolarmente complessi che erano stati affidati al Pediatra del II Livello per problematiche inerenti il controllo del diario glicemico e della terapia insulinica nei periodi intervallari tra un controllo al Centro di III livello e l’altro 3. La promozione di attività favorenti l’integrazione sociale e scolastica del paziente in età pediatrica attraverso una attività di formazione del personale docente e A.T.A. per la gestione della terapia del diabete durante le ore didattiche. Ciò è anche contemplato dal Documento strategico del MIUR presentato in Senato il 7 novembre 2013. Secondo tale Decreto, infatti, gli insegnanti e il personale A.T.A. di scuole frequentate da bambini con diabete, devono ricevere consulenza dai Centri di Diabetologia Pediatrica per poter essere messi in grado di rispondere ad eventuali emergenze e a gestire l’autocontrollo del bambino. Tale attività di formazione scolastica è stata condotta dai Medici di II Livello coordinati dal Team del Centro di Diabetologia Pediatrica “G.Stoppoloni”. 4. un percorso formativo continuo per medici e pediatri di libera scelta (I livello) che hanno in cura pazienti con diabete. Tale percorso si è avvalso di diversi incontri distrettuali organizzati con la collaborazione dei Medici del II livello ed ai quali hanno preso parte, in molte occasioni, i componenti del Team del Centro di Diabetologia Pediatrica “G.Stoppoloni”; 5. la creazione e la diffusione di specifici protocolli per il trattamento delle emergenze-urgenze del bambino con diabete. 6. Un Corso di formazione itinerante dal titolo: “L’emergenza in diabetologia pediatrica” per medici e infermieri della Regione Campania – Progetto Operativo Rete Regionale Integrata Ospedale-Territorio di Diabetologia dell’età evolutiva. Tale ultima attività è stata svolta in collaborazione con il Centro Regionale di Diabetologia Pediatrica dell’AOU Federico II ed ha previsto 9 incontri in tutta la Regione (Napoli 4 incontri, Caserta 2 incontri, Benevento, Avellino, Salerno) tenuti dai Team dei due Centri di III Livello rivolti ai Medici e Infermieri dei Pronto Soccorso, dei Reparti di Urgenza e dell’Emergenza Territoriale (118). 7.l’attività svolta con i Pediatri del I Livello, è un altro compito della rete di diabetologia finalizzata a sensibilizzarli non solo alla diagnosi precoce del diabete autoimmune, ma anche di quello non autoimmune (m onogenico) con particolare attenzione alle famiglie con anamnesi positiva per diabete	

TITOLO PROGETTO	DESTINATARI	INIZIO ATTIVITA'	OBIETTIVI FISSATI DAL DCA 105/2014	ATTIVITA' REALIZZATE	RISULTATO
Linea progettuale 2.3 - Costruire il percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA), la rete tra i centri di Artrite Reumatoide (AR) e una banca dati, per implementare l'appropriatezza e ottimizzare l'assistenza	Assegnata al Dipartimento di Sanità Pubblica dell'AOU Federico II Dipartimento di Scienze Biomediche Avanzate	inizio attività novembre 2014	• Promuovere la costruzione di un percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) per l'artrite reumatoide finalizzata all'ottimizzazione del trattamento e delle risorse e condivisa con le associazioni di volontariato • Gestire l'ingresso di ogni paziente con patologia cronica nel PDTA al quale partecipano tutti gli attori coinvolti nella rete valorizzando le specifiche competenze • Promuovere un percorso formativo rivolto ai reumatologi tutti, ai responsabili dei centri prescrittori ed ai medici di medicina generale (MMG) e PLS e agli altri specialisti per un loro coinvolgimento attivo. • Costruire una rete informatica tra i centri di AR per il monitoraggio di dati ed indicatori e per il collegamento con la rete della Medicina Generale con individuazione algoritmo a disposizione dei MMG per selezione pazienti a rischio di AR per diagnosi precoce e per immediata presa in carico da parte del centro AR Costruire una banca dati in cui confluiscono dati amministrativi e clinici per la valutazione della qualità dell'assistenza • Garantire la continuità delle cure mediante una gestione integrata del paziente da parte dei servizi territoriali ed ospedalieri nonché sociali e tramite il coordinamento dell'attività dei MMG dei PLS e degli specialisti reumatologi finalizzato anche alla riduzione degli accessi impropri al ricovero ospedaliero • Migliorare la qualità dell'assistenza ai pazienti facilitando l'accesso alle cure. • Razionalizzare la possibilità di accesso alle cure mediante l'ottimizzazione della rete dei centri prescrittori in base alla territorialità. • Individuare vantaggi economici e • Individuare criteri di accreditamento dei centri prescrittori sul territorio campano a garanzia e tutela della salute del paziente • Ottimizzazione della spesa sanitaria regionale mediante il potenziamento dell'appropriatezza organizzativa	1. Individuazione delle professionalità con specifiche competenze e qualità, fondamentali per la realizzazione degli obiettivi 2. insediamento Tavolo Tecnico per la costruzione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale del paziente adulto e pediatrico affetto da Artrite Reumatoide 3. definizione bozza PDTA da parte dell'Università per la successiva presentazione alla Regione 4. Insediamento di un tavolo tecnico per la definizione degli indicatori 5. definizione di una rete informatica per i centri AR e di un Cruscotto direzionale per i Centri AR. 6. Avvio di un percorso formativo organizzato dall'Università rivolto ai reumatologi e atti gli attori 7. Condivisione e Validazione di un modello Organizzativo regionale	le attività avranno termine il 30/11/2017 -il progetto è stato realizzato per il 90%
BOLLETTINO UFFICIALE della REGIONE CAMPANIA		n. 70 del 25 Settembre 2017	PARTE I Atti della Regione		
Linea progettuale 2.4 - Miglioramento della qualità dell'Assistenza sanitaria in Regione Campania nella gestione delle patologie croniche mediante un innovativo Sistema informatizzato della Governance dei farmaci in Registro ASL con particolare riferimento all'ormone somatotropo	• IO strutture che rappresentano i centri Prescrittori della regione Campania: numerose aziende Sanitarie (AOU Federico II; AOU della Campania; A.O. S. Sebastiano di Caserta; A.O. G. Rummo di Benevento; A.O. San Giuseppe Moscati di Avellino; A.O. A. Cardarelli; A.O. Santobono, Pausillipon Ammnziata; A.O. S. Giovanni di Dio e Ruggi di Aragona di Salerno), • le Stmtture di Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale • le ASL della Regione Campania, • le Farmacie. • il cittadino	Inizio gennaio 2016	1. Semplificazione delle procedure di accesso alla terapia con ormone della crescita (GH), sottoposto a “Registro ASL”, per i cittadini della Regione Campania e monitoraggio regionale epidemiologico e di spesa.	2. elaborazione del disciplinare tecnico sulla base del quale effettuare il bando di fornitura 3. emanazione del Bando di Gara Europeo per la realizzazione ed il mantenimento in esercizio del sistema informatizzato della "govemance" dei farmaci in registro ASL con particolare riferimento all'onnone somatotropo (GH). 4. espletamento della gara e aggiudicazione della stessa (delibera n°1466/11 del 28/12/2016) 5. realizzazione della piattaforma informatica ad opera della ditta Dedalus S.p.A. vincitrice della gara 6. primo collaudo del sistema in data 10//04/2017 7. incontri di formazione effettuati a tutti i responsabili dei centri prescrittori campani in aula infonnatizzata. 8. presentazione ufficiale della struttura realizzata in data 11/05/2016 con la partecipazione dei responsabili del Settore Farmaceutico regionale. 9. 10. Il Registro regionale per i soggetti in trattamento con l'ormone somatotropo è in funzione sul web dal 15/05/2017 e contiene anche i dati storici che risalgono alla creazione del registro stesso (1998). I singoli centri prescrittori implementano sul web il registro in maniera autonoma. Dalla sua entrata in vigore il Registro rappresenta l'unica via per la prescrizione appropriata del GH. Il sistema è dotato di assistenza informatica e sito e-learning. 11. 12. E' in corso di realizzazione un dialogo web-service con SANIARP per il trasferimento da SANIARP al REGISTRO dei dati anagrafici dei pazienti e dell'erogato, e, dal REGISTRO a SANIARP per la trascrizione delle prescrizioni. 13. 14. E' in corso di realizzazione di un dialogo web-service tra il REGISTRO e L'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA' per la trasmissione dei dati campani a livello nazionale. 15. elaborazione del disciplinare tecnico sulla base del quale effettuare il bando di fornitura 16.	Conclusione marzo 2018

TITOLO PROGETTO	DESTINATARI	INIZIO ATTIVITA'	OBIETTIVI FISSATI DAL DCA 105/2014	ATTIVITA' REALIZZATE	RISULTATO
Linea progettuale 2.5 - Attuazione dei percorsi di accreditamento e corretto utilizzo dei servizi ospedalieri e territoriali del paziente anziano nella Regione Campania	assegnato al Dipartimento di Scienze Mediche Chirurgiche, Neurologiche, Metaboliche, e dell'Invecchiamento Azienda Ospedaliera Universitaria Luigi Vanvitelli	Inizio attività 17/03/2015	1. Creare una “Rete Geriatrica tra le strutture specialistiche” ospedaliere e territoriali in cui confluiscono dati amministrativi e clinici per la valutazione dei risultati clinici e organizzativi e della qualità dell’assistenza 2. Garantire un'adeguata formazione con percorsi di accreditamento del personale medico e non, con lo scopo di standardizzare i comportamenti professionali nella gestione della persona con cronicità 3. Promuovere nella popolazione geriatrica una corretta e diffusa conoscenza dell’utilizzo dei servizi ospedalieri e territoriali.	17. E' stato creato un sistema di integrazione informatico , al fine di avere una vera e propria banca dati con tutte le informazioni necessarie alla ricostruzione del percorso assistenziale per cercare di individuare le criticità di natura economica organizzativa e operativa per l'accesso in Campania ai servizi domiciliari e all'unità geriatriche e per l'attuazione dei modelli organizzativi. 18. Corso di formazione a distanza dedicato a specialisti sugli strumenti di gestione del paziente anziano 19. Individuate le associazioni culturali coinvolte nel percorso sono stati organizzati gruppi di ascolto 20. Affidato in house dall'AOU Vanvitelli al CINECA un incarico per la creazione di una rete geriatrica tra le strutture specialistiche ospedaliere e territoriali, che sarà realizzato ed operativo dopo tre anni	Le attività sono in fase di conclusione - risultato raggiunto al 60% completate attività 30/11/2018
Linea progettuale 2.6 - Strumenti di Economia Sanitaria e Management a supporto della implementazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) e della rete tra i Centri della REGIONE CAMPANIA della Sclerosi	Assegnata al Dipartimento di Sanità Pubblica dell'AOU Federico II Dipartimento di Scienze Biomediche Avanzate	inizio attività novembre 2014 <i>n. 70 del 25 Settembre 2017</i>	1. con le associazioni di volontariato 2. Gestire l’ingresso di ogni paziente con patologia cronica nel PDTA al quale partecipano tutti gli attori coinvolti nella rete valorizzando le specifiche competenze 3. Identificazione di un modello organizzativo ottimale per la gestione dei Centri di Sclerosi Multipla della Regione Campania; 4. Definizione del Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) per la Sclerosi Multipla, sia in ambito riabilitativo che di assistenza domiciliare 5. Costruire una rete informatica tra i centri SM per il monitoraggio di dati ed indicatori e per il collegamento con la rete della Medicina Generale. 6. Costruire un cruscotto direzionale per i centri SM 7. Costruire una banca dati in cui confluiscono dati amministrativi e clinici per la valutazione della qualità dell’assistenza 8. Migliorare la qualità dell’assistenza ai pazienti facilitando l’accesso alle cure. 9. Razionalizzare la possibilità di accesso alle cure mediante l’ottimizzazione della rete dei centri prescrittori in base alla territorialità. 10. Individuare criteri di accreditamento dei centri prescrittori sul territorio campano a garanzia e tutela della salute del paziente 11. Ottimizzare la spesa sanitaria regionale mediante il potenziamento dell’appropriatezza organizzativa 12. Ridurre l’erratismo sanitario e facilitare la presa in carico del paziente; 13. Supportare i Centri per la SM con un percorso formativo manageriale 14. Valorizzare le peculiarità di ciascun centro SM; 15. Stimolare il dialogo tra la Direzione Aziendale, Farmacia e Centro SM, all’interno dell’azienda; 16. Fornire un contributo al contenimento della spesa regionale, attraverso il miglioramento dell’appropriatezza delle prestazioni e la razionalizzazione delle risorse assorbite nella gestione della Sclerosi Multipla; 17. Adozione di un Modello Organizzativo regionale dei Centri SM e l’istituzione di un Registro Regionale per la SM. 18. Promuovere un percorso formativo manageriale rivolto ai neurologi tutti, ai responsabili dei centri prescrittori ed ai medici di medicina generale (MMG) e agli altri specialisti per un loro coinvolgimento attivo. 19. Garantire la continuità delle cure mediante una gestione integrata del paziente da parte dei servizi territoriali ed ospedalieri nonché sociali e tramite il coordinamento dell’attività dei MMG, degli specialisti neurologi e degli altri specialisti finalizzato anche alla riduzione degli accessi impropri al ricovero ospedaliero	1. Costituzione del PDTA per la SIM e presentazione del PDTA dell'Università alla Regione Campania 2. implementazione Fase pilota di applicazione del PDTA - Organizzazione incontri e definizione metodologia 3. Definizione di un modello organizzativo regionale e criteri di accreditamento da parte dell'Università e presentazione alla Regione 4. Costituzione di una rete informatica per i centri SIM e di un cruscotto direzionale per i centri SIM da parte dell'Università presentati alla Regione	fine progetto il 30/11/2017
Linea progettuale 2.7 - Implementazione di percorsi diagnostico terapeutici sull’uso appropriato delle statine”	AOU Seconda Università degli Studi di Napoli – Centro di Farmacovigilanza e Farmacoepidemiologia	inizio attività gennaio 2017	1. Attivazione di un percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) per l’utilizzo appropriato delle statine intesa come maggiore aderenza alla terapia attraverso una riduzione delle reazioni avverse più frequentemente associate a tale classe di farmaci con lo scopo di identificare i fattori predittivi della scarsa aderenza alla terapia con statine, il progetto si pone come obiettivo l’identificazione e la descrizione delle reazioni avverse da statine riportate nella Rete Nazionale di Farmacovigilanza (RNF) e pertinenti al territorio regionale Campano (2001-2017) 2. aggiornamento continuo degli operatori sanitari 3. valutazione dell’effettiva fruibilità ed apprendimento delle informazioni 4. analisi delle prescrizioni di statine 5. costituzione di una rete di operatori sanitari finalizzata alla rilevazione di risultati di processo e di esito (appropriatezza prescrittiva) 6. definizione ed implementazione del PDT A condiviso	1. Il trend annuale delle schede di segnalazione di ADRs da statine ha evidenziato il numero più alto di segnalazioni nell’anno 2015. Il numero di segnalazioni di ADRs da statine distribuito per Struttura Sanitaria collocata sul territorio Campano, si è registrato per l’A. O. U. – Federico II, tra le Aziende Ospedaliere, e per l’Azienda Sanitaria Locale (ASL) Napoli 2 Nord, tra le ASL. Il numero di segnalazioni di ADRs da statine distribuito per genere, ha evidenziato una distribuzione simile delle ADRs in entrambi i sessi. La maggior parte degli eventi erano non gravi. Il maggior numero di segnalazioni di sospetta ADR da statine è pervenuto dallo ‘specialista’, seguito dal ‘medico di medicina generale’ e dal ‘medico ospedaliero’. Il trend delle segnalazioni di sospetta ADR da statine distribuite per principio attivo, ha evidenziato un incremento delle segnalazioni per atorvastatina e simvastatina dal 2013 al 2017. Il numero delle segnalazioni di sospetta ADR da statine distribuite per System Organ Class (SOC), evidenziando che la SOC più frequentemente segnalata è ‘patologie del sistema muscolo scheletrico e del tessuto connettivo’, seguita dalla SOC	Fine del progetto 30 aprile 2018

TITOLO PROGETTO	DESTINATARI	INIZIO ATTIVITA'	OBIETTIVI FISSATI DAL DCA 105/2014	ATTIVITA' REALIZZATE	RISULTATO
				‘esami diagnostici’. 2. I risultati ad interim del progetto sono stati comunicati agli operatori sanitari attraverso report periodici e attraverso un feedback di ritorno inviato agli operatori sanitari mittenti della segnalazione 3. E’ stata valutata l’efficacia della comunicazione attraverso i suddetti canali. Gli obiettivi da perseguire nei prossimi mesi saranno: a. analisi delle prescrizioni di statine in Regione Campania per stimare l’incidence rate degli eventi avversi; b. costituzione di una rete di operatori sanitari finalizzata alla rilevazione di risultati di processo e di esito (appropriatezza prescrittiva) attraverso la prevenibilità degli eventi avversi ed, infine, c. definizione ed implementazione del PDTA cond	
Linea progettuale 2.8 - Le malattie croniche in età evolutiva: definizione e gestione di nuovi percorsi diagnostici terapeutici in Campania	Assegnata al Dipartimento ad Attività Integrate di Pediatria dell’A.O.U. Federico II	Inizio attività Gennaio 2015	1. Creare un registro regionale sulle patologie croniche in età evolutiva. 2. Promuovere l’empowerment e il miglioramento della compliance attraverso l’informazione e la presa in carico del paziente e della sua famiglia, l’addestramento del paziente da parte di personale sanitario adeguatamente formato, ad una autogestione consapevole ed efficace della malattia, che consenta di rallentarne il decorso e di affrontare adeguatamente l’insorgenza di condizioni acute; 3. Attivazione di specifici percorsi diagnostico-terapeutici basati su una forte integrazione tra specialistica territoriale, ospedaliera e Medicina Generale. volti ad ottimizzare l’assistenza al paziente cronico, rendendola sempre più efficace e di qualità 4. Ridurre la morbilità della patologia attraverso l’adozione di corretti stili di vita, di idonee abitudini alimentari, e l’esercizio fisico, quali strumenti di prevenzione e indispensabili sussidi alla corretta gestione della patologia conclamata; 5. Standardizzare i percorsi di presa in carico e l’erogazione dell’offerta assistenziale; 6. Promuovere un approccio integrato nella gestione del paziente attraverso la condivisione dei percorsi e protocolli nell’ambito del team multiprofessionale (MMG–specialista-IP-oss), cui è demandata la presa in carico globale del paziente; 7. Ottimizzare la cura attraverso l’applicazione di linee guida e l’approccio assistenziale evidence-based; 8. Adeguare i programmi di gestione informatizzata e la condivisione dei dati registrati su apposita scheda.	1. Creazione di una rete regionale di assistenza con identificazione di Referenti per ciascuna ASL del territorio regionale e Responsabili Scientifici, in relazione alle specifiche malattie croniche, per ciascuna delle ASL coinvolte. 2. Istituzione di ambulatori territoriali specialistici per la gestione delle malattie croniche in età pediatrica. 3. Elaborazione e condivisione di protocolli diagnostici e terapeutici standardizzati. Sono stati prodotti dei documenti volti a orientare il clinico e a renderlo autonomo nel processo decisionale. La condivisione di tali protocolli con le strutture assistenziali territoriali è avvenuta mediante pubblicazione del materiale sulla piattaforma telematica. 4. Creazione di una piattaforma web. Per tutte le sotto-linee progettuali, nell’ottica della costruzione di una rete informatica regionale volta a: - individuare nuovi pazienti ed inserirli in un circuito assistenziale facilitando il riferimento da parte dei PLS a strutture ospedaliere di secondo e terzo livello; -rendere facilmente disponibili i propri dati clinici ai singoli pazienti e ai propri medici curanti; -informatizzare il sistema di visite di follow up; è stata creata una piattaforma on line (PEDIAWEB). 5. Sorveglianza della migrazione extraregionale Con l’ausilio dei Responsabili Scientifici di ogni ASL, si è avviata la identificazione dei pazienti con malattia cronica e dei centri presso i quali sono seguiti. attraverso i codici di esenzione per patologia.	La prima parte del progetto si è conclusa a dicembre 2016. L’azione è stata avviata con successo, ma necessita di essere rinforzata. I prossimi obiettivi sono: 1. Sorveglianza sulla migrazione extraregionale. 2.Progressiva estensione della Rete sviluppata alla maggioranza di Malattie Croniche causa di migrazione extra-regionale 3.Capillare coinvolgimento delle strutture periferiche e aumento dei punti di primo riferimento a livello territoriale 4.Diretto coinvolgimento dei Pediatri di base alla partecipazione alla Rete Regionale di gestione delle Malattie Croniche dei Bambini
Linea progettuale 3 - Percorsi riabilitativi unici integrati per le persone con ictus e per le persone sottoposte a chirurgia protesica dell’anca e del ginocchio e per frattura del femore	La Regione ha approvato il progetto “Percorsi riabilitativi unici integrati per le persone con ictus e per le persone sottoposte a chirurgia protesica dell’anca e del ginocchio e per frattura del femore” ed ha finanziato le Aziende finanziate con le seguenti modalità: le 7 AASSLL per i presidi ospedalieri territoriali. -le Aziende ospedaliere: Cardarelli, AO dei Colli, Ruggi di Salerno, S.G. Moscati di Avellino, Rummo di Benevento, S.Anna e S.Sebastiano di Caserta, SUN, Federico II	20. Dicembre 2014	1. Con nota prot. 0817230 del 2/12/2014 alle Aziende destinatarie delle risorse è stato chiesto di presentare un piano di lavoro recante la descrizione delle attività, delle modalità organizzative, del piano finanziario e del cronoprogramma per il raggiungimento degli obiettivi del progetto. 2. Obiettivo del progetto è la ridefinizione del modello organizzativo di assistenza riabilitativa per l’attuazione del percorso riabilitativo unico integrato per le persone con ictus e per le persone sottoposte a chirurgia protesica dell’anca e del ginocchio e per frattura del femore attraverso le seguenti azioni: 3. Definizione del percorso riabilitativo nei diversi setting assistenziali 4. Implementazione delle procedure operative e organizzative dei reparti di riabilitazione 5. Utilizzo del progetto riabilitativo come strumento di presa in carico dalla fase acuta 6. Integrazione del percorso riabilitativo nei diversi setting assistenziali ospedalieri 7. Adozione di strumenti di monitoraggio delle nuove procedure e di verifica degli esiti in termini di appropriatezza, di efficacia e di efficienza delle singole prese in carico 8. Iniziative di comunicazione, formazione e condivisione dei contenuti del Piano di indirizzo per la riabilitazione con i responsabili dei servizi e gli operatori del settore.	1. Alle Aziende sono stati evidenziati i seguenti aspetti chiave e prioritari del percorso tra i quali: 2. Acquisire modalità organizzative di lavoro in team che prevedano la redazione PRI, incontri periodici, crono programmi e valutazioni con indicatori predefiniti; prevedere uno spazio dedicato in cartella per tutte queste informazioni 3. Prevedere l’utilizzo di strumenti e di competenze che possano integrare, quando necessario, il team di base definito per l’assistenza 4. Pianificare di routine un’attività che faciliti il trasferimento del paziente tra i diversi setting assistenziali e l’interfacciamento tra servizi sanitari e sociali 5. Promuovere, attraverso l’individuazione di tempi dedicati, la partecipazione e la formazione dei familiari. 6. Nelle AASSLL deve essere garantita la presenza di un team riabilitativo che in collaborazione con quello ospedaliero e con le l’UU.OO. per acuti deve attivarsi tempestivamente per la prosecuzione del progetto riabilitativo senza soluzione di continuità.	1. Le Aziende hanno proceduto alla formalizzazione con atto deliberativo del percorso riabilitativo aziendale. 2. Con nota prot. 748889 del 4/11/2015 è stato attivato il monitoraggio per la rilevazione di dati relativi all’attuazione del percorso riabilitativo unico integrato ai sensi del Piano di indirizzo per la riabilitazione, attraverso un questionario riguardante sia la fase ospedaliera del percorso che quella territoriale.

<i>TITOLO PROGETTO</i>	<i>DESTINATARI</i>	<i>INIZIO ATTIVITA'</i>	<i>OBIETTIVI FISSATI DAL DCA 105/2014</i>	<i>ATTIVITA' REALIZZATE</i>	<i>RISULTATO</i>
Linea progettuale 4 - Assistenza ai pazienti in condizioni di Stato Vegetativo e Stato di minima Coscienza nella fase degli esiti BOLLETTINO UFFICIALE della REGIONE CAMPANIA	7 asl della Campania	21. Novembre 2014 n. 70 del 25 Settembre 2017	1. Attivazione nuovi posti letto in SUAP 2. Sostegno della permanenza della persona in stato vegetativo o stato di minima coscienza presso il proprio domicilio 3. Organizzazione dei percorsi clinico-assistenziali da dedicare all’assistenza dei pazienti in stato vegetativo e minima coscienza 4. Implementazione degli strumenti di valutazione per il passaggio tra i diversi livelli assistenziali	Adozione del DCA 21 del 9 marzo 2015 con cui vengono approvate le linee di indirizzo regionali relative al Percorso per la presa in carico assistenziale e riabilitativa del paziente con disordini della coscienza da grave cerebrolesione acquisita. predisposizione di un piano di lavoro a cura delle asl contenente le modalità organizzative ed il cronoprogramma per l’attivazione di posti letto pubblici di SUAP: attività di divulgazione/diffusione delle linee di indirizzo ai MMG, alle UO distrettuali, alle P.U.A. distrettuali e alle U.V.I.; applicazione delle procedure di accesso, segnalazione, valutazione e ammissione alle cure domiciliari/SUAP nel rispetto dei tempi previsti dalle linee di indirizzo; definizione e stipula di un protocollo di intesa con le strutture nelle quali insistono UO di Riabilitazione intensiva postacuta precoce e tardiva per l’attuazione delle procedure di dimissione protetta/programmata a domicilio e/o in SUAP; azioni e attività per il coinvolgimento e addestramento dei familiari/caregiver per la presa in carico; attività di supporto psicologico ai familiari/caregiver; azioni per l’incremento qualitativo dell’assistenza domiciliare (aumento degli accessi delle singole figure professionali in relazione alle necessità assistenziali); azioni di addestramento e formazione dell’equipe domiciliare; implementazione dei flussi ministeriali (SIAD, FLS21H...)	Dai piani di lavoro inviati dalle AA.SS.LL. si prevede l’attivazione di n. 66 posti letto pubblici. Ad oggi sono avviate le procedure per l’attivazione in tutte le aziende, sono stati attivati n 11 posti letto SUAP e l'assistenza domiciliare integrata è erogata e garantita secondo le procedure definite .
Linea progettuale 5 - Assistenza agli anziani in condizioni di fragilità e di non autosufficienza.	AASSLL Destinatari La rete dei servizi per la gestione della complessità è rivolta a tutti i soggetti in condizione di disabilità, fragilità, non autosufficienza con bisogno complesso: adulti/anziani minori fragili enon autosufficienti, soggetti disabili adulti e minori; soggetti affetti da demenze e disturbi cognitivi; gravi cerebrolesioni acquisite e danni midollari, compresi i soggetti in stato vegetativo e minima coscienza;i soggetti affetti da malattie cronico degenerative,neurodegenerati ve, neuromuscolari (Sla,Parkinson,sclerosi);soggetti affetti da disturbi mentali in età adulta ed evolutiva	INIZIO ATTIVITÀ GENNAIO 2016	1. Migliorare l’organizzazione del sistema sanitario regionale per assicurare servizi assistenziali (residenziali, semiresidenziali,domiciliari) migliori in termini di efficacia, efficienza e appropriatezza a pazienti affetti da patologie complesse e comorbidità che richiedono un approccio continuativo e multidisciplinare, coordinato, ininterrotto e integrato con le funzioni ospedaliere e territoriali 2. Applicazione di protocolli di dimissione protetta e programmata tra ospedali e distretti/asl per la presa in carico territoriale anticipata per i soggetti disabili, cronici e non autosufficienti e la definizione dei programmi di intervento attraverso l'utilizzo degli strumenti di valutazione multidimensionale e del progetto di assistenza individualizzato/progetto riabilitativo. 3. Implementazione di un sistema di valutazione e di verifica dei piani di assistenza in relazione alla rispondenza tra bisogni e risposta assistenziale 4. Realizzazione e monitoraggio dei percorsi integrati di cura nei diversi setting assistenziali e riabilitativi.	1.predisposizione di un piano di lavoro a cura delle asl contenente le modalità organizzative ed il cronoprogramma dell'implementazione della rete dei servizi territoriali per la non autosufficienza -2. Realizzazione di protocolli procedurali di presa in carico univoci e congiunti fra AA.SS.LL: e ambiti territoriali con elevato livello di integrazione sociosanitaria tra i diversi servizi coinvolti; -rafforzamento dei punti unici di Accesso-PUA alle prestazioni sociosanitarie in ambiti/distretti; 3. implementazione di processi e le procedure di organizzazione delle Unità di Valutazione Integrata secondo le indicazioni della d.g.r.c. 41/2011; 4. implementazione utilizzo del progetto personalizzato e della figura del responsabile del caso; 5. informatizzazione prestazioni e alimentazione flussi informativi in uso piattaforme in uso a partire dal Sistema di Monitoraggio ed informatizzazione LEA sociosan-SIAD/FAR (dgrc. 2105/08)	Attuazione del decreto commissariale 1/2013 e della delibera di giunta regionale n.41/2011 relativi dure di presa in carico e accesso alle prestazioni domiciliari e al sistema di profili di cura appropriati. Definizione di un fabbisogno aziendale. Contiunuità dei servizi distrettuali

TITOLO PROGETTO	DESTINATARI	INIZIO ATTIVITA'	OBIETTIVI FISSATI DAL DCA 105/2014	ATTIVITA' REALIZZATE	RISULTATO
Linea progettuale 6 - Tutela della fragilità e contrasto alle disuguaglianze in sanità	tutte le aziende sanitarie ed ospedaliere	inizio attività-segued annualità precedente	si confermano i seguenti obiettivi: Individuazione delle direttive/aree normative regionali carenti in tema di equità e impulso all’adozione di misure/strumenti normativi per contrastare le disuguaglianze Adozione di strumenti e metodi di ricerca adeguati ed adottabili in ambito regionale per la lettura e l’analisi delle disuguaglianze nell’accesso ai diritti sanitari Attivazione e governance di una rete informativa e di un flusso informativo regionale - adeguatamente supportato da software di gestione dei dati – che, senza sovrapporsi ai flussi correnti in uso – consenta la raccolta/analisi di dati qualitativi e indicatori composti capaci di tracciare profili di equità in tema di accesso ai servizi e alle cure nelle AA.SS.LL. campane. Adozione di procedure, strumenti e metodi per avviare, in ambito provinciale e regionale, procedure di attendibile ricognizione e monitoraggio delle persone SD coinvolgendo, anche, le associazioni del privato sociale che operano attivamente a favore di tale fascia di utenti. Adozione di procedure, strumenti e metodi per consentire, in ambito provinciale e regionale, di disporre di dati quali/quantitativi e di indicatori riguardanti la domanda/offerta di salute garantita agli utenti STP ed ENI (codici STP rilasciati, utenti STP in carico per genere-età provenienza, prestazioni erogate, inclusione nei percorsi di prevenzione) tali da consentire di tracciare un attendibile profilo sanitario del contingente di assistiti STP/ENI in regione Campania e in ogni singola provincia Supporto per l’adozione nelle Aziende Sanitarie Locali di misure di contrasto delle diseguaglianze nell’accesso alle cure - Piani aziendali di equità - che prevedano a) il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di libera scelta b) investimenti ad hoc finalizzati ad incentivare azioni e procedure c	Si è dato continuità all'attività già avviata con i progetti approvati relativi agli obiettivi di piano 2012 prevedendo di implementare, con elementi conoscitivi di carattere epidemiologico, quanto già previsto per l'Osservatorio della popolazione immigrata non regolare ed estendendo tale attività anche ai senza fissa dimora. L'obiettivo è quello di creare una piattaforma sostenibile per rilevare/definire il profilo di salute dei migranti e senza fissa dimora per: promuovere l'equità attraverso procedure innovative di facilitazione nell'accesso ai diritti sanitari e sociali di fasce d'utenza fragili; analizzare e monitorare le diseguaglianze attraverso la costruzione di un osservatorio ad hoc dedicato a migranti e senza fissa dimora; individuare i punti di forza e di debolezza delle politiche attive a livello territoriali in materia di salute per migranti e senza fissa dimora, diffondendo le buone pratiche. Allo stato si è conclusa la prima fase di lavoro dedicata alla ricerca, allo studio e ad una attenta analisi, quantitativa e qualitativa, delle fonti informative disponibili a livello nazionale e regionale (flussi NSIS, ISTAT, INAIL ...) Contemporaneamente si sta ultimando l'informatizzazione degli ambulatori STP ed è stata sviluppata la cartella clinica informatizzata che sarà utilizzata da tutti gli ambulatori i cui dati, in rete, andranno ad alimentare l'Osservatorio Epidemiologico della popolazione immigrata irregolare. Dal punto di vista assistenziale, ultimata la fase di formazione prevista dalla progettualità, tutte le Aziende Sanitarie hanno potenziato l'assistenza agli immigrati attraverso una più capillare presenza di ambulatori STP nelle aree a maggior presenza di immigrati, una sorveglianza attiva per l'emersione di patologie infettive (in particolare tubercolosi, epatite ed HIV) per le quali sono stati definiti protocolli di intesa con le strutture ospedaliere per assicurare il secondo livello. È stata acquisita e resa operativa l'unità mobile medicalizzata dalla ASL NA1 Centro, area a maggior incidenza di senza fissa dimora. Si sta valutando di utilizzare tale modalità operative anche in altre aree della Regione. L'attività assistenziale è stata implementata con una ulteriore attività rivolta prevenzione e all’intercettazione dei rischi e dei danni sanitari nelle aree della vulnerabilità migrante con particolare riguardo a quella parte di popolazione immigrata interessata dal lavoro sommerso e alle donne oggetto di tratta.	Fine anno 2017- obiettivi conseguiti al 90%
Linea progettuale 7 - Cure palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica	AA.SS.LL. in base alla popolazione residente al 1 gennaio 2013- AAOO AAOOUU	Inizio attività gennaio 2016	1. Implementare la rete di cure palliative così come previsto dalla legge 39/99 e dalla legge 38/2010 secondo i requisiti della Intesa stato-regioni del 25 luglio 2012; 2. Sostenere e implementare al rete HUB & SPOKE di terapia del dolore –dca 22/2015 3. Potenziare ma soprattutto definire procedure univoche e misurabili per la presa in carico continuativa dei pazienti adulti e minori in cure palliative e terapia del dolore ; 4. monitorare i percorsi formativi aziendali delle singole équipe 5. rafforzare i coordinamenti aziendali/ locali di cure palliative e di terapia del dolore 6. ridefinire il Coordinamento regionale di cure palliative e di terapia del dolore.	1. predisposizione di un piano di lavoro a cura delle asl contenente le modalità organizzative ed il cronoprogramma dell'implementazione della rete dei servizi territoriali per la non autosufficienza1. Applicazione del documento linee di indirizzo sulle cure domiciliari in Regione Campania- D.G.R.C. 41/2011 in tutte le aa.ss.ll.; 2. 2. Applicazione del decreto del commissario ad acta n.1/2013 sui profili di cure e sistema tariffario delle cure domiciliari per tutti i livelli assistenziali in tutte leaa.ss.ll., decreto 4/2011 e 128/123. 3. Potenziamento dei sistemi informativi dedicati: incremento percentuale del popolamento dei dati nella banca dati SIAD -che confluisce in LEASOCIOSAN- 4. Utilizzo sistemico degli strumenti di valutazione multidimensionale-applicazione degli strumenti di valutazione S.Va.Ma. e S.Va.M.Di.	1. Rafforzamento delle équipe domiciliari 2. attivazione in via di sperimentazione di n.2 posti letto di hospice pediatrico 3. adozione di procedure per la presa in carico dei minori 4. ricognizione attività di terapia del dolore 5. definizione delle équipe ambulatoriali degli ambulatori hub e spoke

<i>TITOLO PROGETTO</i>	<i>DESTINATARI</i>	<i>INIZIO ATTIVITA'</i>	<i>OBIETTIVI FISSATI DAL DCA 105/2014</i>	<i>ATTIVITA' REALIZZATE</i>	<i>RISULTATO</i>
					individuati con dca 22/ 6. implementazione della prestazione dolore a domicilio
Linea progettuale 8.1 - Analisi ed implementazione dei processi di umanizzazione dei percorsi assistenziali nelle strutture di ricovero pediatrico della Regione Campania	1. Azienda Ospedaliera Sant'Anna di Caserta 2. Azienda Ospedaliera Rummo di Benevento 3. Azienda Ospedaliera Moscati di Avellino 4. AORN Santobono di Napoli (capofila) 5. AOU San Giovanni e Ruggi d'Aragona di Salerno (capofila) 6. AOU Federico II di Napoli	Inizio 01/12/15	1. Individuare le aree di implementazione dell'accoglienza, del ricovero e delle dimissioni nei reparti pediatrici per migliorare l'umanizzazione delle cure, la comunicazione delle stesse e della diagnosi ai genitori/tutori e, ove possibile per età e capacità di comprensione, al paziente stesso. 2. Programmare ed attuare strategie misurabili di intervento mediante informazione e formazione. 3. Verificare efficacia degli interventi con strumenti validati.	1. Valutazione preliminare mediante meta-analisi degli articoli sul grado di umanizzazione nei reparti pediatrici. 2. Studio pilota di valutazione sul grado di umanizzazione, anche sul grado di umanizzazione percepito dai pazienti, in quattro reparti di pediatria di ospedali campani utilizzando questionari validati. 3. E' stato avviato un sito internet interattivo (https://pedianetcampania.it) che contiene informazioni su: Corsi di umanizzazione, corsi sul dolore, informazioni su tutte le azioni previste.	Termine progetto 31/12/2017
Linea BOLLETTINO UFFICIALE della REGIONE CAMPANIA dei processi di umanizzazione all'interno dei percorsi assistenziali- Area prioritaria di intervento AREA CRITICA	Assegnate alle 17 aziende sanitarie ed ospedaliere	n. 70 del 25 Settembre 2017 inizio maggio 2014	1. Definizione di un percorso di formazione per i professionisti delle strutture sanitarie sia ai caregiver, sia ai medici, sia ai infermieri, sia ai tecnici, sia ai farmacisti, sia ai fisioterapisti, sia ai dietisti, sia ai psicologi, sia ai sociologi, sia ai giuristi, sia ai religiosi, sia ai filosofi, sia ai letterati, sia ai musicisti, sia ai pittori, sia ai scultori, sia ai architetti, sia ai ingegneri, sia ai chimici, sia ai biologi, sia ai geologi, sia ai fisici, sia ai matematici, sia ai statistici, sia ai sociologi, sia ai giuristi, sia ai religiosi, sia ai filosofi, sia ai letterati, sia ai musicisti, sia ai pittori, sia ai scultori, sia ai architetti, sia ai ingegneri, sia ai chimici, sia ai biologi, sia ai geologi, sia ai fisici, sia ai matematici, sia ai statistici 2. valutazione sistematica della qualità percepita delle prestazioni rese, mediante l'adozione di appropriate metodologie 3. Promozione dell'empowerment dei professionisti	Organizzazione di gruppi di lavoro regionale con referenti aziendali Organizzazione di corsi di formazione definiti nell'ambito di una programmazione definita negli incontri tecnici con i gruppi di lavoro e successiva verifica di realizzazione dei corsi con la somministrazione di una scheda di monitoraggio partecipazione al Progetto AGENAS -Sviluppo dei percorsi di umanizzazione con lo scopo di verificare la valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle strutture sanitarie campane. Organizzato incontri tematici con le associazioni di volontariato direttamente coinvolte nei percorsi attraverso la redazione della check list dell'AGENAS per la misurazione delle attività. Successivo invio dei dati all'Agenas , l'elaborazione dei dati e presentazione con evento finale regionale dei risultati del progetto AGENAS Monitoraggi periodici, verifiche dei risultati e stato di avanzamento sia dei gruppi di lavoro per le attività, ma anche verifica degli standard minimi per garantire un certo grado di umanizzazione, alla luce dei risultati dell'indagine AGENAS Incontri con i professionisti direttamente nel percorso sia a livello aziendale che regionale	le attività si sono concluse a giugno 2017-
Linea progettuale 8.3 - Sviluppo dei processi di umanizzazione all'interno dei percorsi assistenziali- Area prioritaria di intervento Comunicazione	Assegnate alle 17 aziende sanitarie ed ospedaliere	inizio maggio 2014	OBIETTIVO GENERALE : Attivare, diffondere e consolidare negli ospedali la creazione di una cultura dell'umanizzazione per implementare il livello e la qualità della comunicazione con gli assistiti e con le relative famiglie. L'accoglienza è la capacità di adeguarsi ad un concetto di ospitalità migliorando l'immagine dell'Ospedale e aumentando il livello di gradimento in termini di qualità percepita e articolazione dell'offerta	Organizzazione di gruppi di lavoro regionale con referenti aziendali Organizzazione di corsi di formazione definiti nell'ambito di una programmazione definita negli incontri tecnici con i gruppi di lavoro e successiva verifica di realizzazione dei corsi con la somministrazione di una scheda di monitoraggio partecipazione al Progetto AGENAS -Sviluppo dei percorsi di umanizzazione con lo scopo di verificare la valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle strutture sanitarie campane. Organizzato incontri tematici con le associazioni di volontariato direttamente coinvolte nei percorsi attraverso la redazione della check list dell'AGENAS per la misurazione delle attività. Successivo invio dei dati all'Agenas, l'elaborazione dei dati e presentazione con evento finale regionale dei risultati del progetto AGENAS Monitoraggi periodici, verifiche dei risultati e stato di avanzamento sia dei gruppi di lavoro per le attività, ma anche verifica degli standard minimi per garantire un certo grado di umanizzazione, alla luce dei risultati dell'indagine AGENAS Incontri con i professionisti direttamente nel percorso sia a livello aziendale che regionale	4. le attività si sono concluse a giugno 2017-

TITOLO PROGETTO	DESTINATARI	INIZIO ATTIVITA'	OBIETTIVI FISSATI DAL DCA 105/2014	ATTIVITA' REALIZZATE	RISULTATO
Linea progettuale 9.1 – Interventi per l’implementazione della Rete per le Malattie Rare e per la promozione della rete nazionale dei tumori rari. BOLLETTINO UFFICIALE della REGIONE CAMPANIA	Aziende sanitarie ed ospedaliere	Prosiegua anno precedente - n. 70 del 25 Settembre 2017	1. Implementazione del metodo di lavoro 2. Revisione delle reti di assistenza delle malattie rare adottando i criteri contenuti nelle Raccomandazioni EUCERD 24 ottobre 2011; candidatura di Centri selezionati della rete regionale come centri di expertise per la partecipazione a reti europee; 3. Adozione di iniziative di cooperazione tra Regioni mediante specifici accordi interregionali, che prevedano la collaborazione tra strutture esperte nella diagnosi, nella presa in carico multidisciplinare e nella formulazione del piano di trattamento di malattie specifiche o gruppi ;4. Proseguire le attività di coordinamento dei Presidi della rete mediante il Centro di Coordinamento; 5. Realizzare attività di formazione ad operatori del SSN su singole malattie rare o gruppi di malattie rare. 6. Sperimentare strumenti amministrativi per garantire e remunerare le prestazioni di consulenza da parte delle strutture esperte (Presidi) ai servizi territoriali. 7. Valutazione dei risultati e stesura della relazione finale PARTI Atti della Regione	Gli Esperti in Malattie rare hanno esaminato le relazioni relative al raggiungimento degli obiettivi assegnati in sotto-gruppi onde consentirne un'analisi più dettagliata alla luce dei Progetti operativi sia delle AASSLL sia delle AAOO e AAOOUU verificandone la coerenza di obiettivi e azioni. Gli obiettivi da raggiungere, nell’ambito del progetto summenzionato, prevedono il completamento di un percorso, che si concretizza nel realizzare sette azioni finanziate per un totale di € 2.703.619,00 quali: AZIONE 1- implementazione del metodo di lavoro; AZIONE 2 – revisione delle reti di assistenza delle malattie rare adottando i criteri contenuti nelle raccomandazioni EUCERD 24/10/2011; candidatura di Centri selezionati della rete regionale come centri di expertise per la partecipazione a reti europee; AZIONE 3 –adozione di iniziative di cooperazione tra Regioni mediante specifici accordi interregionali, che prevedano la collaborazione tra strutture esperte nella diagnosi, nella presa in carico multidisciplinare e nella formulazione del piano di trattamento di malattie specifiche o gruppi;; AZIONE 4 – proseguire le attività di coordinamento dei Presidi della rete mediante il Centro di Coordinamento; AZIONE 5 – realizzare le attività di formazione ad operatori del SSN su singole malattie rare o gruppi di malattie rare; AZIONE 6 – Sperimentare strumenti amministrativi per garantire e remunerare le prestazioni di consulenza da parte delle strutture esperte (Presidi) ai servizi territoriali; AZIONE 7 – Valutazione dei risultati e stesura della relazione finale; Tutte le attività sono state espletate da tutte le Aziende coinvolte coerentemente con le azioni fissate. Gli obiettivi previsti sono stati raggiunti in modo completo e soddisfacente in misura diversa nelle varie realtà territoriali. Il Gruppo di esperti in malattie rare ha approvato all'unanimità le relazioni finali presentate dalle aziende.	5. Fine progetto 31/12/2017
Linea progettuale 9.2 – Rete Tumori Rari Campania - Attivare procedure di coordinamento tra presidi e centri interregionali	Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II	Inizio attività novembre 2014	1. Assimilare la diagnosi e il trattamento nei centri partecipanti secondo criteri comuni (si definisce "Soggetto di Rete" il paziente il cui caso viene affrontato nell'ambito della Rete secondo criteri condivisi); 2. Realizzare la condivisione a distanza di casi clinici fra i centri partecipanti (si definisce "Gruppo di Rete" il paziente il cui caso sia condiviso a distanza nell'ambito della Rete); 3. Promuovere un razionale accesso alle risorse di diagnosi e cura, limitando se e quanto possibile la migrazione del paziente (si definisce "Interazione di Rete" il paziente che sia trattato in più centri della Rete). 4. Implementare percorsi di TELECONSULTO al fine di azzerare le distanze di accesso geografico al Counselling OncoGenetico per i tumori Eredo- Familiari.	1. Messa a regime della rete regionale dei tumori rari (collegamento rete nazionale e internazionale). 2. Miglioramento quali-quantitativo dell’assistenza offerta, diagnosi precoce e cura dei pazienti affetti dai tumori rari. 3. Implementazione del server e attivazione/formazione dei centri di rete. 4. Contratti per personale amministrativo/contabile e segreteria, data manager e biotecnologo 1.L’AOU Federico II ha avviato le seguenti attività: 2. Sono in corso azioni di implementazione del server e dell’attivazione/formazione dei centri di rete 3. Sono stati selezionati tramite avviso pubblico n. 4 unità di personale con profilo data manager, 1 con profilo amministrativo/contabile, 1 con profilo segreteria, 1 con profilo biotecnologo 4. In data 06.06.2016 è stata trasmessa la notifica del CRTR come “Full Member” relativa all’accreditamento del Centro nella rete Europea dei tumori rari. La sottoscrizione in azienda dei documenti europei, come il logo e i terms of reference, inerenti all’accreditamento all’Europa, dovrà comportare un incremento delle attività così come richiesto dalla Commissione Europea: la promozione dell’associazione dei pazienti per i singoli tumori rari, campagne di comunicazione dedicate, formazione di specialisti dedicati, e organizzazione di aggiornamenti per singole figure professionali. 5. È in essere la costituzione di un consorzio ospedaliero degli ospedali campani, come già costituito per i tumori neuroendocrini, con personale dedicato alla diagnosi e alla cura dei tumori rari con board multidisciplinary dedicati bimensili. 6.Più del 50 % delle azioni previste dal cronoprogramma sono	Inizio attività-seguita annualità precedente

TITOLO PROGETTO	DESTINATARI	INIZIO ATTIVITA'	OBIETTIVI FISSATI DAL DCA 105/2014	ATTIVITA' REALIZZATE	RISULTATO
				state svolte	
Linea progettuale 9.3 - Rete Campana Sottotipi Rari del Tumore Mammario Attivare procedure di coordinamento tra presidi e centri interregionali	Dipartimento di Senologia dell'Istituto Nazionale Tumori “Fondazione G. Pascale” e dall'Oncologia Medica dell'Università Federico II	Inizio novembre 2015	1. La Rete Tumori Rari Campania, come costola della già rodada Rete Tumori Rari Nazionale, è dunque una collaborazione permanente tra strutture sanitarie con lo scopo di migliorare la qualità di cura ai pazienti con "tumore raro". Per migliorare la qualità di cura nell'ambito dei tumori rari, sono obiettivi primari della Rete: · Assimilare la diagnosi e il trattamento nei centri partecipanti secondo criteri comuni (si definisce "Soggetto di Rete" il paziente il cui caso viene affrontato nell'ambito della Rete secondo criteri condivisi); · Realizzare la condivisione a distanza di casi clinici fra i centri partecipanti (si definisce "Gruppo di Rete" il paziente il cui caso sia condiviso a distanza nell'ambito della Rete); · Promuovere un razionale accesso alle risorse di diagnosi e cura, limitando se e quanto possibile la migrazione del paziente (si definisce "Interazione di Rete" il paziente che sia trattato in più centri della Rete). · Implementare percorsi di TELECONSULTO al fine di azzerare le distanzedi accesso geografico al Counselling OncoGenetico per i tumori Eredo-Familiari.	Reclutamento Risorse Umane – n. 3 contratti Medico oncologo, part time 50% – n. 1 contratto Chirurgo senologo, part time 50% – n. 1 contratto Infermieconomiche in “Allegato_3”, per un importo presunto di € 161.910,00 oltre IVA Adeguamenti strutturali per le azioni previste in ambito della formazione che interessano platee di discenti numerose, adeguamento della aula R. Cerra con un concorso sul budget del progetto per € 150.000,00 per rendere disponibili ambienti idonei all’operatività del team di progetto, ristrutturazione dei locali afferenti al Dipartimento di Senologia e siti nel corpo A del VI dell’edificio ricoveri, Tecnologie – n. 1 piattaforma “N-Counter Nanostring” versione FDA-cleared per esecuzione test genomici “Pro-signa”, – n. 100 kit per esecuzione test “Prosigna” su piattaforma “N-Counter Nanostring”, come da specifiche tecnico-economiche	Prorogato al 31/12/2018 realizzazione obiettivi al 50%
Linea progettuale 9.4 - Consolidamento delle funzioni di Centro di Riferimento Regionale per la neuro – oncologia pediatrica dell’AO Santobono – Pausilipon nell’ambito della rete dei tumori rari in Campania.	AO Santobono – Pausilipon	Inizio novembre 2014	 un incremento quali quantitativo dell’attuale profilo di offerta in questo settore attraverso riorganizzazione, dei percorsi intra ed extraospedalieri con la creazione di un’area di assistenza multidisciplinare che veda unificati la Neurochirurgia e la Neuro-Oncologia  l’innovazione tecnologica (imaging pre, intra e post-operatorio, messa in coltura delle cellule tumorali, tipizzazione genetica) a supporto delle attività di diagnosi e cura.  la presa in cura globale del paziente nell’ambito dello stesso presidio Ospedaliero dove sono presenti tutte le discipline di alta specializzazione che sono un supporto logistico fondamentale alla chirurgia di alta complessità (Rianimazione, Endocrinologia, Oculistica, Nefrologia, Otorino, Gastroenterologia, Chirurgia d’Urgenza)  la riduzione della mobilità extraregionale e dei costi non solo di natura economica ad essa correlati che le famiglie campane sono costrette a sostenere	A) Attivazione delle aree di degenza dedicate alla Neuro-Oncologia ed all’assistenza sub-intensiva post-chirurgica, afferenti all’U.O. di Neurochirurgia del P.O. Santobono Presa in carico neurochirurgica e neuro-oncologica di pazieenti in età pediatrica ed adolescenziale B) Allargamento dell’offerta assistenziale alla fascia di età adolescenziale (15-19 anni) per la Neuro-Oncologia Tutte le Istologie sono state centralizzate e verificate dal Professore Giangaspero dell’Istituto di Anatomia Patologica dell’Universita La Sapienza di Roma. C) Individuazione delle figure professionali afferenti al team della Neuro-Oncologia, necessariamente caratterizzato da multidisciplinarietà e multi professionalità. Il gruppo di studio sulle compressioni midollari da Neuroblastoma si è riunito tre volte con partecipanti internazionali a Dublino, Genova e Berlino. Cinquantasette pazienti sono stati arruolati a livello mondiale in 13 paesi D) Seminari ed incontri programmati organizzati con i PLLSS di ciascuna Provincia e finalizzati alla condivisione di PDTA del bambino con sospetta neoplasia cerebrale e sperimentazione di un portale interattivo tra l’HUB Santobono, gli Spoke Ospedalieri ed i pediatri di libera scelta con possibilità di trasmissione di immagini e teleconsulti. Avviato l'iter per l'acquisizione di una Risonanza Magnetica 3 Tesla intra-operatoria con approvazione da parte della commissione HTA aziendale E) Collegamento con altre strutture di eccellenza neuro-oncologiche nazionali ed estere nonché tra i nodi della rete ospedaliera pediatrica regionale condivisione a distanza di casi clinici fra i centri collaboranti (radioterapia pediatrica dell’AO Ruggi d’Aragona di Salerno, CEINGE di Napoli, centri NF1 della SUN e Federico II) mediante sistema di Videoconferenze	In fase di conclusione- Risultati conseguiti: 1.Sessantotto (68) Tumori cerebrali e/o spinali operati nel 2015, 2. Ottantanove (89) Tumori cerebrali e/o spinali operati nel 2016 3. Ventinove (29) Tumori cerebrali e/o spinali operati nei primi 4 mesi del 2017

<i>TITOLO PROGETTO</i>	<i>DESTINATARI</i>	<i>INIZIO ATTIVITA'</i>	<i>OBIETTIVI FISSATI DAL DCA 105/2014</i>	<i>ATTIVITA' REALIZZATE</i>	<i>RISULTATO</i>
	4. - Dipartimenti Materno-infantili territoriali				
Linea progettuale 13.1 – Creazione di una rete finalizzata ad implementare la vaccinazione anti HPV	AA.SS.LL. sulla base della popolazione femminile residente	Inizio novembre 2015	I FASE: Creazione di un network tra territorio, centri di I e II livello. II FASE: elaborazione di una campagna informativa alla popolazione III FASE: Identificazione della popolazione bersaglio IV FASE: vaccinazione V FASE: follow-up ed elaborazione dei dati	Realizzazione di un ambulatorio dedicato vaccinale attività di monitoraggio sullo stato di salute della popolazione: copertura vaccinale etc effettuata dalle aziende sanitarie elaborazione di una bozza percorso formativo dedicato e organizzare un percorso formativo per operatori sanitari organizzato eventi scientifici per una corretta gestione delle infezioni da HPV e delle malattie sessualmente trasmesse sensibilizzato la popolazione soprattutto i giovani ed i giovanissimi attraverso una campagna informativa organizzato incontri con il gruppo Promozione alla Salute indirizzato agli alunni delle scuole medie inferiori (classi III) e medie superiori	Acquistato elettromedicali, creato gli ambulatori in alcune AASSLL , realizzati i percorsi di formazione In fase di conclusione marzo 2018
Linea progettuale 13.2 - Afezioni da HPV ed altre infezioni trasmissibili sessua BOLLETTINO UFFICIALE zione primar della REGIONE CAMPANIA gnosi precoce delle attezioni da HPV	Dipartimento di Medicina clinica e Chirurgia della Università degli Studi di Napoli “Federico II” – Sezione di dermatologia clinica, allergologia e venereologia – Unità Operativa di Malattie sessualmente trasmissibili	Inizio novembre 2014 <i>n. 70 del 25 Settembre 2017</i>	1. Ridurre le malattie sessualmente trasmesse, con particolare riguardo all’infezione da HPV. 2. Raggiungere elevati livelli di adozione delle nrecauzioni universali negli ambienti di vita collettiva, con particolare rig PARTE I Atti della Regione 3. Attivare iniziative di formazione e comunicazione nei confronti delle malattie sessualmente trasmesse, con preventiva valutazione dell’evidenze di efficacia disponibili, in particolare per l’HPV. 4. Individuare, sulla base dei dati epidemiologici disponibili e della frequenza e gravità delle patologie, l’ordine di priorità, anche mettendo a punto modelli di lettura sintetici. 5. Applicazione della sorveglianza dell’infezione da HPV. 6. Valutazione del livello di coperture vaccinali nelle popolazione scolastiche e giovanili. 7. Offerta attiva della vaccinazione alle donne che si rivolgono agli ambulatori di dermatologia e malattie veneree (MTS), ginecologia, urologia o infettivologia dei presidi sanitari specialistici della Regione Campania con la garanzia della registrazione della vaccinazione e degli eventuali eventi avversi.	1. Ridotta incidenza delle malattie sessualmente trasmesse, con particolare riguardo all’infezione da HPV. 2. Raggiunti elevati livelli di adozione delle precauzioni universali negli ambienti di vita collettiva, con particolare riguardo alle scuole. 3. Attivazione delle iniziative di formazione e comunicazione nei confronti delle malattie sessualmente trasmesse, con preventiva valutazione dell’evidenze di efficacia disponibili, in particolare per l’HPV. 4. Si è giunti all’applicazione della sorveglianza dell’infezione da HPV. 5. Si è giunti all’offerta attiva della vaccinazione alle donne che si rivolgono agli ambulatori di dermatologia e malattie veneree (MTS), ginecologia, urologia o infettivologia dei presidi sanitari specialistici della Regione Campania con la garanzia della registrazione della vaccinazione e degli eventuali eventi avversi. 6. Si è ottenuto un miglioramento della copertura vaccinale verso l’HPV. 7. Sono stati sensibilizzati i giovani al fine di prevenire comportamenti non corretti e dannosi per il loro stato di salute e promuovere invece abitudini ed azioni a salvaguardia di se stessi e di altri. 8. Si sono raggiunti elevati livelli di adozione delle precauzioni universali negli ambienti di vita collettiva, con particolare riguardo alle scuole. 9. Si sono realizzati Interventi formativi nei confronti dei pediatri di famiglia e dei MMG. 10. Si è ottenuta una riduzione delle disuguaglianze sanitarie di popolazioni di immigrati rispetto alla popolazione ospitante per quanto riguarda le malattie trasmesse sessualmente, con particolare attenzione verso l’HPV, attraverso progetti di integrazione culturale (mediazione linguistica, etc.) che faciliti la conoscenza dell’offerta sanitaria e l’accesso alla stessa. 11. E’ stata effettuata un promozione della conoscenza dello stato di salute attraverso visite e esami diagnostici realizzati con l’ausilio di unità di strada e mediatori culturali. 12. E’ stata fatta una promozione dei programmi di screening e vaccinali nonché trattamenti terapeutici di somministrazione sorvegliata. 13. Si è ottenuto un miglioramento della precocità degli interventi sanitari previsti. 14. Si è giunti ad un miglioramento dell’efficacia degli interventi terapeutici.	In fase di conclusione per il 31/12/2017
Linea progettuale 14 - Implementazione della rete nazionale dei centri territoriali per la prevenzione primaria e la diagnosi precoce dei tumori dell'apparato genitale maschile	IRCSS PASCALE	Inizio attività gennaio 2015	Definizione ed implementazione dei percorsi diagnostico-terapeutico assistenziali strutturati in rete oncologica per la prevenzione e la diagnosi precoce dei tumori della prostata e del testicolo. • Supporto gestionale, organizzativo e logistico alle AA.SS.LL. campane. • Proposta alle ASL campane di indicazioni procedurali evidence-based su cui basare futuri	1. Definizione diagrammi di flusso del percorso per la prevenzione e la diagnosi precoce dei tumori dell'apparato genitale maschile. 2. Formulazione richiesta attivazione convenzione con l’Università degli Studi di Napoli “Federico II” per la formazione dei componenti del Nucleo Operativo e di	Obiettivi raggiunti al 93% Termine progetto 31/12/2017

TITOLO PROGETTO	DESTINATARI	INIZIO ATTIVITA'	OBIETTIVI FISSATI DAL DCA 105/2014	ATTIVITA' REALIZZATE	RISULTATO
BOLLETTINO UFFICIALE della REGIONE CAMPANIA		n. 70 del 25 Settembre 2017	programmi di screening e diagnosi precoce in autonomia gestionale ed organizzativa. • Attivazione e mantenimento di un programma di alta formazione ed aggiornamento continuo del personale delle strutture coinvolte. • Implementazione di un nuovo Sistema informatico gestionale (Rete Telematica) per gli screening. • Collaborazione all’implementazione di registri di patologia oncologica per gli screening. • Collaborazione all’implementazione di progetti di ricerca sulla prevenzione oncologica. • Elaborazione di linee guida per la realizzazione di programmi di screening per il cancro della prostata e del testicolo	tutti gli altri attori del Progetto in materia di economia e management delle Aziende e delle Organizzazioni Sanitarie. 3. Avvio contatti con società esperte nell’informazione e nella formazione sulla prevenzione del tumore della prostata e del testicolo nelle scuole superiori (ultimi anni) e Università 4. Elaborazione dei bandi definitivi per: • Costruzione e manutenzione di piattaforma web e di “app” dedicate; • Specialisti in Oncologia, Urologia, Radioterapia, Radiologia, Anatomia Patologica; Laureati in Infermieristica, Laureato in Tecniche di Laboratorio Biomedico; • Esperti in Scienze Giuridiche, Economia Aziendale, Scienze Biologiche, Sociologia, Psicologia, Nutrizione; • Segreteria organizzativa per formazione agli specialisti sanitari; • Attività di logistica (corriere espresso); • Attività di comunicazione; • Società per organizzazione di attività di informazione e formazione sulla prevenzione del tumore della prostata e del testicolo nelle scuole superiori (ultimi anni) e Università. 5. Presentazione del progetto ed invito alla partecipazione alla rete a tutte le strutture della Regione Campania di I e II livello (ASL, AOU, AORN), alle società scientifiche in ambito di urologia oncologica ed alle cooperative di medici di medicina generale per la loro partecipazione attiva nella prevenzione, diagnosi precoce e cura dei tumori dell’apparato genitale maschile. 6.Preparazione e pubblicazione di varie reviews su riviste scientifiche internazionali ad alto impact factor sul tumore della prostata e del testicolo da parte dei vari specialisti contrattualizzati a tempo determinato 7.Elaborazione e stesura della versione “0” del primo PDTA per il CANCRO PROSTATICO 8.Elaborazione e stesura della versione “0” del primo PDTA per il cancro del TESTICOLO	
Linea progettuale 15 - Implementazione dei percorsi di diagnosi e presa in carico dei disturbi del comportamento, dell'apprendimento e del linguaggio dell'età evolutiva.	AA.SS.LL.	Novembre 2014	1. Rafforzamento delle attività territoriali e di continuità ospedale/territorio per la diagnosi, cura, riabilitazione e assistenza dei disturbi neuropsichici dell’età evolutiva, con attenzione per autismo, disturbi del linguaggio e dell’apprendimento, ADHD. 2. Riorganizzazione e potenziamento dei servizi pubblici aziendali per la diagnosi precoce anche differenziale dei disturbi psichiatrici, e in particolare per la diagnosi e per il trattamento dei disturbi del comportamento, dell’apprendimento e del linguaggio dell’età evolutiva 3. formazione del personale interno delle AASSLL per la diagnosi, certificazione e trattamento dei disturbi del comportamento, dell’apprendimento e del linguaggio; 4. Dotazione di materiali e strumenti diagnostici specifici per i disturbi del comportamento, dell’apprendimento e del linguaggio dell’infanzia e dell’adolescenza	1. predisposizione di un piano di lavoro a cura delle aziende contenente le modalità organizzative ed il cronoprogramma dell'implementazione della rete dei servizi territoriali e ospedalieri per i pazienti in età evolutiva; 2. riorganizzazione o rafforzamento delle equipe integrate di neuropsichiatria infantile 3. definizione di percorsi integrati tra ospedali e servizi territoriali	• Ridefinizione da parte delle ASL delle funzioni delle Equipe territoriali integrate di neuropsichiatria infantile; • individuazione dei coordinamenti aziendali centrali delle attività distrettuali di neuropsichiatria infantile • Integrazione delle equipe con le figure professionali carenti (psicologi, professionisti della riabilitazione);

TITOLO PROGETTO	DESTINATARI	INIZIO ATTIVITA'	OBIETTIVI FISSATI DAL DCA 105/2014	ATTIVITA' REALIZZATE	RISULTATO
BOLLETTINO UFFICIALE della REGIONE CAMPANIA Linea degli strumenti di governo clinico e della valutazione della qualità e della sicurezza delle prestazioni – Risk Management	tutte le 17 aziende sanitarie ed ospedaliere	inizio attività novembre 2015	PARTE I Atti della Regione la creazione e messa a regime della diffusione di raccomandazioni per minimizzare il rischio di accadimento di questi particolari eventi avversi; la promozione di programmi aziendali di formazione specifica, con particolare riferimento a temi di Evidence Based Medicine (EBM); la promozione di eventi di informazione e formazione per diffondere la cultura della prevenzione dell'errore; lo sviluppo e diffusione ulteriore delle azioni di monitoraggio sulla diffusione delle ICA e delle antibiotico resistenze; la diffusione dell'Audit clinico; la produzione di un report annuale; la disponibilità diffusa di strumenti di documentazione scientifica	La Regione Campania, con il Decreto del Commissario ad Acta n. 91/2014, ha proceduto all'assegnazione delle risorse vincolate agli Obiettivi di Piano per l'annualità 2013 le cui progettualità sono state approvate con Decreto del Commissario ad Acta n. 105/2014. Tra le diverse progettualità del precitato DCA è presente anche la Linea Progettuale 16.1 “Sviluppo degli strumenti di governo clinico e della valutazione della qualità e della sicurezza delle prestazioni – Risk Management”. Successivamente alle disposizioni degli uffici centrali preposti, in relazione agli obiettivi generali e specifici previsti dal progetto, le Aziende hanno presentato la relativa attività da svolgersi in ordine alle proprie esigenze e le modalità organizzative con cui realizzare le azioni del progetto. A tal proposito, per conoscere lo stato dell'arte e monitorare l'attività, sono state predisposte e somministrate, a tutte le Aziende, schede di rilevazione . In particolare, sono : • state censite le strutture partecipanti e coinvolte nel progetto; • stati censiti i Riferimenti aziendali; • stati censiti i Referenti attività Rischio clinico aziendali; • stati rilevati la presenza in Azienda di team, gruppi di lavoro; • stati rilevati la eventuale presenza di documenti programmatici; • stati rilevati la eventuale presenza di documenti programmatici per ognuno degli obiettivi specifici; • stati rilevate le attività in ambito rischio clinico; • state rilevate le metodologie in uso in ambito rischio clinico; • state rilevate le attività predisposte di identificazione, segnalazione, monitoraggio ed analisi degli eventi avversi; • state rilevate la presenza di attività specifiche di formazione; • state rilevate la diffusione e sviluppo di Linee guida, raccomandazioni;	• dotazione delle equipe territoriali del materiale diagnostico • definizione di percorsi di presa in carico dei pazienti in età evolutiva con disturbi del neuro sviluppo • individuazione dei servizi pubblici dedicati alla diagnosi dei Disturbi Specifici dell'apprendimento anche con finalità di certificazione per le misure necessarie in ambito scolastico • Le attività sono in fase di conclusione - risultato raggiunto all' 80% completate attività 30/11/2017

<i>TITOLO PROGETTO</i>	<i>DESTINATARI</i>	<i>INIZIO ATTIVITA'</i>	<i>OBIETTIVI FISSATI DAL DCA 105/2014</i>	<i>ATTIVITA' REALIZZATE</i>	<i>RISULTATO</i>
Linea progettuale 16.2 - Analisi e gestione del rischio clinico produttivo di danno di rilievo medico-legale al paziente nelle grandi Aziende Ospedaliere della Regione Campania	Assegnata al Dipartimento di Scienze Biomediche avanzate, Cattedra Medicina Legale AOU Federico II	inizio attività novembre 2015	1. Favorire la cooperazione tra Sanitari e Strutture 2. Migliorare la continuità della cura e la sicurezza del paziente 3. attuare interventi di tipo sia organizzativo che operativo per ridurre i costi assicurativi perresponsabilità professionale delle strutture sanitarie e del personale medico e non del Sistema Sanitario Regionale, assicurare la continuità della cura e la sicurezza del paziente, migliorare laqualità percepita del Sistema Sanitario Regionale.	1. Attuato indagine conoscitiva finalizzata all'esatta valutazione dei costi in sé per sinistrosità relativa alla responsabilità professionale medica e delle strutture sanitarie della regione Campania per confrontarli con gli importi corrisposti alle compagnie assicurative per la copertura dei danni da detta responsabilità, al fine di verificare l'ipotesi di una gestione diretta o mistadella sinistrosità medesima 2. Avviato attività di informazione e formazione degli operatori sanitari 3. Interazione con gli organi di governo delle aziende finalizzate a -controllo dei rischi-partecipazione alla costituzione dei contratti assicurativi-consulenza del contenzioso giudiziario ed extra giudiziario 4. Azione di integrazione tra le varie parti del SSR per garantire diversità organizzativa	Le attività sono in fase di conclusione - risultato raggiunto all'80% completate attività 30/11/2017
Linea progettuale 16.3 - L'implementazione dell'attività di Clinical Risk Management nelle Aziende Sanitarie BOLLETTINO UFFICIALE della REGIONE CAMPANIA	Assegnata al Dipartimento di Sanità Pubblica dell'AOU Federico II Dipartimento di Scienze Biomediche Avanzate	inizio attività novembre 2015 n. 70 del 25 Settembre 2017	1. Descrizione degli aspetti epidemiologici dell'errore in sanità. 2. Creare un data base storico dell'errore su base aziendale. 3. Fornire ai medici le conoscenze sui potenziali rischi derivanti dall'erogazione della prestazione sanitaria attraverso un'analisi dei processi assistenziali e la creazione di una mappa di tali rischi. 4. Fornire le conoscenze necess:  Atti della Regione i avversi. 5. Fornire le conoscenze necessarie all'utilizzo dei sistemi di raccolta degli eventi avversi e dei near misses: Incident reporting 6. Fornire le conoscenze necessaria ad effettuare un'analisi sia proattiva sia reattiva dell'evento avverso 7. Fornire le conoscenze necessarie all'utilizzo delle tecniche della Root Causes Analysis 8. Rendere i partecipanti del corso in grado di costruire le tabelle di interventi correttivi, identificare e utilizzare gli strumenti operativi finalizzati alla comunicazione del rischio 9. Pianificare, organizzare ed attuare un piano di gestione del rischio in ogni realtà operativa analizzata fonte 10. Descrizione degli aspetti epidemiologici dell'errore in sanità.	1. Analisi dei percorsi/processi utilizzati per erogare le prestazioni sanitarie al fine di identificarne i punti critici e di controllo 2. identificazione ed analisi dei punti critici dei percorsi e conseguente costruzione di una mappa da utilizzare come strumento aziendale per la prevenzione del rischio clinico in tutte le aeree 3. formazione di circa 700 medici in tema di prevenzione del rischio clinico e delle strategie operative 4. formazione e diffusione di un sistema di incidente reporting per la segnalazione degli eventi avversi. Il sistema ha consentito la realizzazione di un modello organizzativo-informatico per la gestione del rischio clinico nell'AOU federico II, attraverso l'utilizzo di un applicativo software Taleteweb per la gestione del rischio clinico 5. formazione e diffusione di un sistema di analisi delle cause radice (RCA)	Le attività sono in fase di conclusione - risultato raggiunto all'80% completate attività 30/11/2017
Linea progettuale 17 - Rete etica dei farmacisti delle aziende sanitarie per l'unitarietà della assistenza farmaceutica e la garanzia di accesso alla cura"	UOD 08 Politica del farmaco e dispositivi – ASL Napoli 1 Centro UOC Farmaceutica Territoriale	Inizio attività novembre 2015	1. Creazione di una rete collaborativa tra i farmacisti delle Aziende Sanitarie attraverso l'istituzione di Gruppi di Lavoro Aziendali permanenti per la promozione dell'unitarietà' della assistenza farmaceutica sul territorio regionale 2. Creazione di un ambiente virtuale per interscambio culturale e supporto ai gruppi di lavoro 3. Istituzione ed attivazione di un gruppo di lavoro tra le Strutture Farmaceutiche Distrettuali della ASL Napoli 1 Centro per la redazione di un codice etico condiviso e la diffusione dello stesso. 4. Formazione professionale sulle criticità evidenziate per i professionisti impegnati nel progetto e per i professionisti coinvolti nelle criticità rilevate 5. Redazione ed implementazione di un codice etico aziendale per l'assistenza farmaceutica che costituisca un patto tra gli operatori coinvolti nel processo di acquisizione ed erogazione del bene farmaceutico. 6. Diffusione del progetto e dei suoi contenuti ed output ai servizi farmaceutici delle altre ASL regionali per la promozione di una rete collaborativa che ponga le basi per l'unitarietà della assistenza farmaceutica regionale fondata su solidi valori etici condivisi	1. istituzione ed Attivazione del gruppo di lavoro aziendale territoriale ASL Napoli 1 centro 2. metodologia di lavoro identificata; per incontri frontali a consuntivo dello svolgimento dei compiti assegnati di volta in volta 3. redazione della flow chart di realizzazione e stresura del codice etico con definizione dell'indice degli argomenti 4. individuazione di n.12 main topics dell'assistenza farmaceutica territoriale per la redazione del codice etico 5. istituzione ed attivazione di n.12 sottogruppi di lavoro, uno per ciascun main topic individuato 6. Individuazione delle criticità ostative alla implementazione delle azioni e dei comportamenti indicati dal codice etico 7. redazione del piano di formazione sulle criticità evidenziate - inizio attivazione corsi e svolgimento 8. prima stessura bozza Cidice Etico 9. coinvolgimento delle altre ASL regionali per condivisione bozza codice etico e partecipazione proattiva ai percorsi formativi ai percorsi formativi	Le attività sono in fase di avanzamento – risultato raggiunto al 55% Fine attività novembre 2018
Linea progettuale 19.1 - Gestione dell'emergenza psichiatrica in adolescenza (12-18 anni)Potenziamento dell'offerta regionale di interventi, servizi e strutture in Salute Mentale	Azienda Ospedaliera Santobono Pausillipon che partecipa alla realizzazione delle attività	novembre 2014	1. Attivazione rapida di presa in carico e gestione dell'emergenza/urgenza psichiatrica per soggetti in età evolutiva 2. Integrazione e potenziamento dell'offerta pubblica ambulatoriale, di semiresidenzialità e di residenzialità per i diversi livelli di intensità assistenziale. 3. Migliorare e potenziare la rete regionale integrata e completa di servizi per la emergenza, diagnosi, trattamento e riabilitazione dei disturbi neuropsichici dell'età evolutiva, anche definendo i percorsi di	predisposizione di un piano di lavoro a cura delle asl e dell'aorn santobono contenente le modalità organizzative della rete per la gestione delle emergenze psichiatriche in età evolutiva	In fase di ultimazione. I risultati raggiunti sono stati: implementazione dei servizi di diagnosi e cura, con servizio di osservazione presso l'aorn santobono, sviluppo delle competenze dell'équipe

TITOLO PROGETTO	DESTINATARI	INIZIO ATTIVITA'	OBIETTIVI FISSATI DAL DCA 105/2014	ATTIVITA' REALIZZATE	RISULTATO
	AA.SS.LL.		transizione verso i servizi per l'età adulta.		territoriali, rafforzamento del sistema di presa in carico mediante al definizione di procedure specifiche di raccordo tra i servizi. 7.
Linea progettuale 19.2 - Superamento OPG e azioni su minori con problematiche psichiche e/o da dipendenza sottoposti a provvedimento dell'autorità giudiziaria	Assegnata ai Dipartimenti di Salute Mentale di tutte le ASL della Regione	Inizio attività a novembre 2014	1.Valutazione dei pazienti di propria competenza territoriale da parte degli operatori dei servizi di salute mentale competenti; 2.Individuazione dei bisogni sociosanitari; 3.Costante confronto sulle ipotesi progettuali tra operatori dei servizi territoriali per la presa in carico e operatori dei servizi OPG e REMS; 4.Formulazione di un Progetto Terapeutico Riabilitativo Individuale finalizzato alla dimissione (PTRI) ad opera dei DSM competenti; 5.Confronto con le Autorità Giudiziarie competenti ed invio dei PTRI; 6.Monitoraggio dei PTRI formulati e loro continuo rinnovo; 7.Proposta soluzioni alternative alle diverse Autorità Giudiziarie laddove le soluzioni finalizzate alla dimissione da OPG e REMS non fossero perseguibili; 8. Miglioramento dei livelli e degli esiti della presa in carico dei pazienti in misura di sicurezza Opg/Ccc.	1.Definizione di 125 Progetti Terapeutici Riabilitativi Individuali di dimissione (PTRI) per persone presenti in Opg e Rems dal 01.11.2014 al 31.12.2015. 2.Definizione di un percorso di uscita da OPG e REMS per 102 Ptri prevedono la dimissione da Opg/Rems.	1.Chiusura dell'Opg di Napoli a dicembre 2015; 2.Chiusura dell'Opg di Aversa a giugno 2016; 3.Stabilizzazione delle procedure di definizione dei Ptri per i pazienti destinatari di misure di sicurezza detentive.
Linea progettuale 20.1 – Implementazione della sicurezza delle strutture sanitarie pubbliche per la prevenzione degli eventi infortunistici e delle malattie professionali nelle strutture sanitarie pubbliche della Campania Linea progettuale 20.2 – La movimentazione manuale dei carichi e del paziente e le malattie professionali nelle strutture sanitarie pubbliche della Campania Linea progettuale 20.3 – La movimentazione manuale dei carichi e le malattie muscoloscheletriche nei comparti produttivi della Campania Linea progettuale 20.4 - Flussi informativi ed Attività di monitoraggio verifiche attrezzature ,macchine ed impianti ex D.Lgs.81/08	AASSLL	n. 70 del 25 Settembre 2017	Implementazione di infrastruttura tecnologica di supporto alla gestione della sicurezza delle strutture sanitarie pubbliche per la prevenzione degli eventi infortunistici e delle malattie professionali nelle strutture sanitarie pubbliche della Regione Campania La movimentazione manuale dei carichi e del paziente e le malattie professionali nelle strutture pubbliche della Regione Campania La movimentazione manuale dei carichi e le malattie professionali muscolo scheletriche nei comparti produttivi della Campania Flussi informativi ed attività di monitoraggio verifiche attrezzature, macchine ed impianti ex D.Lgs 81/08	Per tutte e quattro le linee progettuali è stata individuata come ASL capofila la ASL di Caserta. Si riporta una sintesi delle attività messe in essere relativa a tutte e quattro le linee progettuali. E' stato istituito il tavolo regionale MALPROF che ha pianificato le attività. Realizzato percorso di formazione regionale teorico-pratico su aspetti di valutazione del rischio e di ergonomia nelle attività di movimentazione del paziente da parte di operatori sanitari e valutazione del rischio ed aspetti ergonomici nel sovraccarico biomeccanico Realizzato percorso di formazione regionale “ Verifiche attrezzature, macchine ed impianti ex D.Lgs 81/08” Sono state acquisite le norme UNI e CEI. Si è proceduto. 3. Adozione della procedura aziendale relativa alla gestione degli infortuni degli operatori ASL; 4. Standardizzazione delle rilevazione delle non conformità, degli incidenti e dei comportamenti pericolosi; 5. Elaborazione dei report infortuni relativo agli ultimi 5 anni; 6. Elaborazione di procedure di sicurezza quale misure di prevenzione a valle di infortuni; 7. Specifica formazione del personale ASL. E' in corso il progetto del data base; entro 6 mesi si potrà dare inizio al popolamento del data base. E' stato definito ed approvato il nuovo modello di DVR posturale e da MMP/MMC, sulla scorta delle conoscenze acquisite e delle considerazioni condivise nel corso regionale. Un obiettivo prioritario è stato l'acquisizione di specifiche conoscenze e capacità da parte degli operatori addetti del comparto nella conoscenza di buone prassi di lavoro che è stato attuato individuando dei soggetti di riferimento nelle UU.OO. Ospedaliere, “denominati facilitatori MMC”, adeguatamente formati attraverso corsi teorico-pratici ed addestrando a cascata il personale all'uso di ausili minori, sollevatore e all'acquisizione di posture congrue. Ulteriore obiettivo è stato definire un “Percorso Obesi” con previsione di una specifica ambulanza e l'individuazione di un percorso che dall'ambulanza consente al degente di raggiungere l'U.O. Utilizzando ausili ed attrezzature bariatriche. Si è proceduto al censimento di carrellini, ausili minori presenti nei PP.OO. Predisponendo una specifica scheda: Sono stati implementati gli ambulatori con acquisizione di attrezzature di misura e dispositivi medici; acquisiti ausili medici quali sollevapaziente, barelle ad altezza variabile, teli bariatrici. L'anno in corso vede impegnato il SPP nella rivalutazione dei rischi da MMP/MMC per tutte le Unità Produttive per consentire la rielaborazione di tutte le schede propedeutiche alla	

TITOLO PROGETTO	DESTINATARI	INIZIO ATTIVITA'	OBIETTIVI FISSATI DAL DCA 105/2014	ATTIVITA' REALIZZATE	RISULTATO
		<i>n. 70 del 25 Settembre 2017</i>	 Atti della Regione	Sorveglianza Sanitaria. Infatti la nuova V.R. ha come obiettivo la classificazione di lavoratore “esposto” e la conseguente effettuazione della Sorveglianza Sanitaria correlata al rischio che può facilmente portare ad inidoneità del dipendente anche in assenza di esposizione a rischio specifico.	
Linea progettuale 20.5 - D.L.vo 81/08 e s.m.i. art.40 – Rapporto Medici Competenti con il S.S.N.	Tutte le AA.SS.LL. della Campania ASL Capofila del Progetto ASL Napoli 1	Inizio attività ottobre 2016	1. Emersione del fenomeno delle patologie da lavoro. 2. Analisi epidemiologica del fenomeno delle malattie professionali. 3. Miglioramento dello stato di salute dei lavoratori, l’analisi statistica delle malattie professionali nelle aziende. 4. Diffusione dei risultati del progetto	Incontri con la sede regionale INAIL per la piattaforma dei flussi informativi. Istituzione gruppo di lavoro per la programmazione delle attività di sorveglianza da approfondire. Standardizzazione delle modalità di compilazione dell’allegato	
Linea progettuale - Piano Regionale della Prevenzione 2013	Aziende Sanitarie Locali e Ospedaliere Coordinamento Direzione Generale per la Tutela per la Salute	Prosecuzione progettualità precedente	1. Realizzare la medicina predittiva, che si rivolge agli individui sani, ricercando la fragilità o il difetto che conferisce loro una certa predisposizione a sviluppare una malattia 2. Rinforzare i programmi di prevenzione collettiva che mirano ad affrontare rischi diffusi nella popolazione generale, sia con l’introduzione di politiche favorevoli alla salute o interventi di tipo regolatorio, sia con programmi di promozione della salute o di sanità pubblica (come programmi di sorveglianza e controllo delle malattie infettive), sia con interventi rivolti agli ambienti di vita e di lavoro (come controlli nel settore alimentare, delle acque potabili, prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali, ecc) 3. Migliorare i programmi di prevenzione rivolti a gruppi di popolazione a rischio e finalizzati a impedire l’insorgenza di malattie (per esempio i programmi di vaccinazione in gruppi a rischio) o a diagnosticare precocemente altre malattie (per esempio gli screening oncologici), o ancora a introdurre nella pratica clinica la valutazione del rischio individuale e interventi successivi di counselling o di diagnosi precoce e trattamento clinico (per esempio la prevenzione cardiovascolare) 4. Attuare i programmi volti a prevenire complicanze e recidive di malattia e che promuovano il disegno e l’implementazione di percorsi che garantiscano la continuità della presa in carico, attraverso il miglioramento dell’integrazione all’interno dei servizi sanitari e tra questi e i servizi sociali, di fasce di popolazione particolarmente fragili, come anziani, malati cronici, portatori di polipatologie, disabili, ecc.	5. Moltiplicatori dell’azione preventiva nella prevenzione degli incidenti stradali 6. Utilizzo delle carte del rischio cardiovascolare 7. Prevenzione degli incidenti domestici negli anziani attraverso la promozione dell’attività fisica mediante i gruppi di cammino e la ginnastica dolce 8. Prevenzione degli incidenti domestici in età infantile 0-4 anni 9. La prevenzione degli incidenti domestici nella scuola primaria e secondaria di I grado 10. Riduzione e controllo delle infezioni correlate all’assistenza sanitaria 11. Se...sso non sarà mai per caso: un programma di promozione alla sessualità responsabile nella scuola superiore 12. Controllo e riduzione della echinococcosi/idadidosi nelle popolazioni animali e prevenzione della patologia umana correlata 13. Malattie infettive trasmissibili sessualmente con particolare riferimento all’infezione da HIV 14. Miglioramento e razionalizzazione nella gestione della malattia tubercolare, attraverso una più efficace gestione dei flussi informativi, della gestione dei malati e dei contatti 15. Implementazione del sistema REACH-CLP per la tutela della salute umana 16. Implementazione e messa a regime delle azioni per il	Le attività sono state realizzate come previste dal Piano Regionale della Prevenzione, in prosecuzione del PRP2010-2012 Utilizzati al fine di monitorare i processi e gli esiti sia i sistemi informativi che, per alcune progettualità i seguenti Sistemi di Sorveglianza sugli stili di vita 1. PASSI d’Argento 2. PASSI 3. OKkio alla Salute 4. - Health Behaviour School-aged Children (HBSC)

<i>TITOLO PROGETTO</i>	<i>DESTINATARI</i>	<i>INIZIO ATTIVITA'</i>	<i>OBIETTIVI FISSATI DAL DCA 105/2014</i>	<i>ATTIVITA' REALIZZATE</i>	<i>RISULTATO</i>
BOLLETTINO UFFICIALE della REGIONE CAMPANIA		n. 70 del 25 Settembre 2017	PARTE I  Atti della Regione	monitoraggio epidemiologico e per la valorizzazione delle fonti informative ambiente-salute relativamente ai processi di raccolta, trasformazione e smaltimento dei rifiuti nella Regione Campania 17. La comunicazione del rischio in sicurezza alimentare: un passo importante verso la prevenzione 18. Comunicazione integrata dei dati delle sorveglianze di popolazione a sostegno degli interventi di promozione della salute e dell'empowerment dei cittadini 19. Progetto sperimentale relativo alla messa a punto di un sistema di sorveglianza su alcuni indicatori di salute nei primi due anni di vita del bambino, attraverso l'utilizzo del sistema informativo dei centri vaccinali di distretto 20. Promozione dell'Attività Fisica, della Corretta Alimentazione e di altri stili di vita salutari: Guadagnare Salute nel bambino nell'età della scuola primaria 21. Promozione del Benessere Psicologico attraverso la peer-education 22. Promozione di stili di vita salutari nella popolazione giovane-adulta: guadagnare salute nutrendosi meglio, muovendosi di più, non fumando e consumando alcol con moderazione 23. Prevenzione dell'obesità e delle comorbidità associate in Campania mediante la gestione integrata del paziente a rischio 24. Piedibus: muoversi in sicurezza 25. Prevenzione delle patologie da carenza alimentare di iodio 26. Prevenzione della dipendenza da gioco d'azzardo	

Obiettivi di Piano

Progetto Regionale

Linea Progettuale 1: Attività di Assistenza Primaria

PROGETTO: Cure Primarie in integrazione ospedale territorio

Totale risorse assegnate anno 2014 per linea progettuale : € 27.289.175,00

ATTUATORI: Aziende Sanitarie Locali ed Aziende Ospedaliere Universitarie

Indice

- 1. Coerenza con le priorità regionali: allineamento con gli adempimenti LEA.**
- 2. Obiettivi**
 - 2.1 Macro-Obiettivi**
 - 2.2 Obiettivi Specifici**
- 3. Metodologia**
- 4. Modelli**
- 5. Risultati attesi**
- 6. Tempistica**
- 7. Costi**
- 8. Indicatori**

1. Coerenza con le priorità regionali: allineamento con gli adempimenti LEA

Le norme previste dalla L.189/2012, così come modificata dal Patto della salute del 10 luglio 2014 e dalle recenti indicazioni dell'atto di indirizzo, rendono necessarie l'implementazione di una nuova rete assistenziale delle cure primarie sul territorio della Regione Campania. Tale sviluppo si snoda in coerenza con quanto previsto dell'Accordo Integrativo regionale della Medicina Generale e da quanto previsto dal DCA n. 99/2016 (Piano della riorganizzazione della Rete Territoriale). Tale modello riorganizzativo prevede la costituzione delle AFT (Aggregazione Funzionale Territoriale) sull'intero territorio regionale, nonché l'individuazione delle UCCP (Unità Complesse di Cure Primarie). Lo sviluppo delle UCCP parte dalla realizzazione degli STS già previsti dal DCA n. 49/2010 nonché dal Piano di finanziamento previsto dall'ex art. 20. Di fronte al mutamento demografico della popolazione e alla prevalenza delle patologie croniche, risulta sempre più impellente ristrutturare con forza l'assistenza territoriale, potenziando le Cure Primarie in maniera che possano contribuire in maniera determinante al corretto utilizzo dei servizi sanitari. Il cambiamento che la legge propone in termini di un'attività H12-24 della rete territoriale, già recepita nell'AIR Campania per i MMG e PLS, trova nella Linea Progettuale "Attività di Assistenza Primaria" il proprio volano.

La Regione Campania sull'argomento ha di fatto già deliberato con Decreto del Commissario ad Acta n. 18 del 18/02/2015, successivamente rivisto e riportato nel DCA n. 99/2016 "Piano di riordino della Rete Territoriale dell'assistenza", che lo integra e sostituisce.

Il DCA 134/2016 individua aree di forte criticità per la Regione Campania, dove sono riscontrabili carenze che pregiudicano il soddisfacimento degli adempimenti LEA:

- Prevenzione
- Flussi informativi (P.S./EMUR, Salute Mentale)
- Appropriatelyzza dei ricoveri
- Gestione liste di attesa (tempi di attesa e dati di attività, sospensione delle liste)
- Rischio clinico e sicurezza del paziente
- Attività trasfusionali

La Regione Campania ha avviato pertanto un processo di riorganizzazione volto a massimizzare l'utilizzo delle risorse assegnate per migliorare i LEA, riducendo al contempo le disuguaglianze di salute. A tale scopo, ha previsto il monitoraggio dello stato delle attività progettuali, individuando adeguati clusters di indicatori di monitoraggio, per specifiche categorie di bisogni o condizioni di salute, per la misura della qualità percepita e dell'umanizzazione delle cure, etc.

L'elaborazione di un modello unico di sviluppo delle cure primarie e l'avvio della istituzione delle AFT e UCCP programmate in tutte le ASL territoriali, nell'ambito della realizzazione della Linea Progettuale, risulta particolarmente strategico e funzionale alle necessità regionali.

Tale modello fungerà da riferimento per l'implementazione di una continuità assistenziale non esclusivamente clinica ma anche organizzativa, gestionale ed informatica. Questo approccio contribuirà a promuovere l'evoluzione del SSR, migliorando l'equità di accesso alle cure e gli outcomes di salute dei cittadini Campani.

2. Obiettivi

2.1 Macro-Obiettivi

I cambiamenti paradigmatici nella struttura demografica della popolazione impattano la regione Campania alla stregua delle altre regioni Italiane ed Europee. La prevalenza delle patologie croniche che si accompagna all'invecchiamento della popolazione, associata alla ridotta aspettativa di vita dei cittadini Campani ed ai dati regionali sulla mortalità evitabile per tipologia e genere, richiedono l'implementazione di una nuova rete assistenziale di cure primarie, come previsto dalla L.189/2012 e dal patto della salute del 10 Luglio 2014. Il Piano della riorganizzazione della rete territoriale previsto dai DCA 49/2010 e 99/2016 prevedono, tra l'altro, la costituzione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), e delle le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP). Tali strutture sono al centro delle attività di implementazione dei PDTA per la presa in carico dei pazienti cronici (diabete, BPCO, ipertensione, diabete, cardiopatie, IRC, demenze, nefropatia cronica), che si accompagna al potenziamento delle reti assistenziali multilivello su scala territoriale, ed alle campagne di informazione rivolte ai cittadini. Queste attività favorisce l'allineamento della Campania con le direttive del Ministero, e con i protocolli nazionali per la gestione delle specifiche patologie.

L'obiettivo strategico dell'approccio proposto è la creazione di un ecosistema locale capace di affrontare le sfide sociali quali l'invecchiamento della popolazione, che si accompagna ad un significativo aumento di patologie croniche e multimorbidità, riducendo e ritardando la disabilità e la fragilità.

In questo contesto, l'archiviazione dei dati clinici e l'utilizzo sistematico di supporti ICT dedicati sono elementi indispensabili all'implementazione delle reti assistenziali multilivello su scala territoriale, che sono capaci di impattare nel medio-lungo termine sia gli outcomes di salute che i costi, ad esempio riducendo il numero di ricoveri inappropriati.

Il raggiungimento di obiettivi di contenimento della spesa può avvalersi inoltre di strategie volte alla revisione dei regimi prescrittivi nei casi di pazienti complessi con multimorbidità, molto frequenti tra la popolazione anziana, che migliorano anche l'appropriatezza, accompagnati da strategie per migliorare l'aderenza alle prescrizioni.

I macro-obiettivi del progetto regionale per la linea 1 sono:

- 1 Miglioramento dell'accessibilità dei servizi attraverso l'integrazione organizzativa, con un focus sulle cronicità;
- 2 Potenziamento delle strutture ICT di supporto e dell'interoperabilità dei flussi di dati per migliorare efficienza, efficacia e sicurezza delle cure;
- 3 Potenziamento delle attività di medicina di iniziativa, attraverso la promozione della salute per tutte le fasce di età;
- 4 Individuazione, condivisione ed organizzazione dei PDTA per le cronicità (diabete, ipertensione, nefropatia cronica, scompenso cardiaco, BPCO, demenze e patologie sessualmente trasmesse).
- 5 Formazione degli operatori del SSR per migliorare l'efficacia e l'appropriatezza clinica dei servizi.

2.2 Obiettivi Specifici

Macro-obiettivo 1: Miglioramento dell'accessibilità dei servizi attraverso l'integrazione organizzativa, con un focus sulle cronicità.

- 1.1 Realizzazione delle reti per assistenza delle cure primarie sui territori delle ASL della Campania (UCCP, AFT);
- 1.2 Implementazione di un servizio di assistenza sanitaria di primo livello H12-24;
- 1.3 Implementazione dei PDTA per le cronicità (diabete, Ipertensione, nefropatia cronica, scompenso cardiaco, BPCO, demenze e patologie sessualmente trasmesse)
- 1.4 Formazione degli operatori per migliorare l'appropriatezza e l'accessibilità dei servizi erogati, ed empowerment dei cittadini per migliorare l'efficacia degli interventi per la salute.

Macro-obiettivo 2: Potenziamento delle strutture di supporto per migliorare efficienza, efficacia e sicurezza delle cure.

- 2.1 Valutazione del fabbisogno di attrezzature sanitarie e relativo adeguamento strutturale e digitale (facilitando il monitoraggio di beni e servizi);
- 2.2 Potenziamento delle strutture ICT di supporto e dell'interoperabilità dei flussi di dati per migliorare efficienza, efficacia e sicurezza delle cure (alimentazione FSE);
- 2.3 Realizzazione di un software dedicato alle UCCP per la gestione della rete territorio-ospedale, a supporto dell'adozione dei PDTA per le cronicità (diabete, ipertensione, nefropatia cronica, scompenso cardiaco, BPCO, demenze e patologie sessualmente trasmesse), con relativa informatizzazione e parziale automazione.

Macro-obiettivo 3: Potenziamento delle attività di medicina di iniziativa, attraverso la promozione della salute per tutte le fasce di età.

- 3.1 Valutazione del fabbisogno di popolazione specifico per ciascuna ASL, in termini di promozione della salute, secondo le indicazioni del Piano Regionale di Promozione della Salute, per la predisposizione del Piano Aziendale;
- 3.2 Predisposizione di un Piano di Comunicazione per le comunità di riferimento;
- 3.3 Aggiornamento, standardizzazione e digitalizzazione della Carta dei Servizi (mappatura dei processi e delle procedure).

Macro-obiettivo 4: Individuazione, condivisione ed organizzazione dei PDTA per le cronicità (diabete, ipertensione, nefropatia cronica, scompenso cardiaco, BPCO, demenze e patologie sessualmente trasmesse).

- 4.1 Elaborazione del profilo di popolazione per il territorio di ciascuna ASL, in riferimento particolare alle cronicità, alla fragilità ed alla disabilità;
- 4.2 Individuazione dei modelli disponibili di PDTA per ciascuna patologia cronica indicata come prioritaria, e adattamento ai contesti locali (inclusi i supporti digitali disponibili) per garantire la copertura regionale secondo il modello “standard”;
- 4.3 Organizzazione e sperimentazione dei PDTA.

Macro-obiettivo 5: Formazione degli operatori per migliorare l’appropriatezza e l’accessibilità dei servizi erogati, ed empowerment dei cittadini per migliorare l’efficacia degli interventi per la salute.

- 5.1 Individuazione del fabbisogno formativo degli operatori delle ASL coinvolti in UCCP, AFT e PDTA rispetto ai servizi previsti.
- 5.2 Individuazione degli elementi caratterizzanti e prioritari del Piano di Promozione della Salute di ciascuna ASL.
- 5.3 Mappatura delle componenti sociali, politiche, economiche e ambientali presenti nei territori delle diverse ASL che contribuiscono alle attività di promozione della salute (Farmacie territoriali, Comuni, associazioni no-profit etc).

3 Metodologia

Gli obiettivi individuati presuppongono un processo di condivisione/partecipazione attraverso la configurazione di gruppi di studio, coordinamento e tavoli tecnici tematici.

La Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del SSR della Regione

Campania, attraverso il coinvolgimento di tutte le UU.OO.DD. dell'Assessorato Regionale alla Sanità per le specifiche competenze, coordinerà le attività, nell'ambito di una governance partecipativa, fornendo dati, evidenze e facilitando la messa a punto e l'implementazione delle buone pratiche. Inoltre, sosterrà e faciliterà l'incontro e la collaborazione tra tutti i soggetti coinvolti nella tutela della salute, e nella promozione del benessere della popolazione campana.

Tale approccio è funzionale a:

- favorire azioni unitarie e creare proficue interazioni tra le UU.OO.DD., con le ASL e con l'AOU in merito agli obiettivi indicati;
- favorire nel contesto regionale un processo di condivisione dei modelli elaborati da parte delle ASL, al contempo stimolando e supportando l'integrazione tra le strutture responsabili dell'implementazione delle diverse attività.

A tale scopo, verrà costituito un gruppo di coordinamento che coinvolge la Direzione Generale Salute e le ASL, al fine di favorire le attività di implementazione previste con interventi omogenei e qualitativamente adeguati.

Considerata la complessità della governance del progetto, il gruppo di coordinamento prevede anche un'articolazione in sottogruppi tematici, avvalendosi della partecipazione di esperti per le rispettive aree.

Il Gruppo di Coordinamento Regionale è funzionale a:

- assicurare un costante processo di condivisione e monitoraggio dei risultati conseguiti dai beneficiari dei progetti;
- facilitare la diffusione dei modelli validati tra le varie ASL;
- favorire, nei contesti territoriali, i processi di promozione della salute come indicato dal Piano Regionale di Promozione della Salute;
- facilitare l'adozione dei requisiti di qualità della programmazione;
- favorire, nei contesti aziendali, l'allineamento e l'interazione dei progetti e delle attività in modo tale da:
 - evitare duplicazioni di attività e interventi sconsiderati;
 - sostenere programmi basati sulle buone pratiche e fondati sull'unitarietà per tema omogeneo, target e rispettivi setting.

4 Modelli

La produzione di un modello unico di sviluppo delle cure primarie e l'avvio dell'istituzione delle AFT e UCCP programmate in tutte le ASL territoriali è contemplata nella presente Linea Progettuale, la quale risulta pertanto strategica e funzionale alle necessità regionali.

La linea progettuale 1 propone quindi un modello che integra le esigenze delle diverse aree prioritarie di intervento:

- Continuità di cura, grazie all'attivazione delle AFT e delle UCCP con assistenza H12-H24, e dei PDTA per le cronicità (BPCO, Diabete, Ipertensione, Scompenso Cardiaco, Demenze, Patologie Sessualmente Trasmesse, Nefropatie Croniche);
- Potenziamento dell'integrazione dei servizi, attraverso l'implementazione del CUP regionale e del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), l'utilizzo della ricetta dematerializzata e la gestione del paziente mediante l'applicazione di PDTA.

5 Risultati attesi

- 5.1 Modello unico regionale di UCCP che tenga conto della diversità dei contesti socio-geografici nelle varie ASL della Regione (tipologia Metropolitana, Sub-Urbana, Rurale-Montana a bassa densità abitativa) ed avvio UCCP;
- 5.2 Software dedicato alle UCCP per la gestione della rete territorio-ospedale con interfaccia duplice (verso MMG/PLS/Specialisti Ambulatoriali e verso Presidi Ospedalieri) che permetta anche la gestione integrata per l'adozione dei PDTA e delle cronicità (Linea Progettuale n. 5);
- 5.3 Progetto formativo per "formatori in UCCP" individuati tra il personale sanitario aziendale da organizzare in un team itinerante per la trasmissione dei messaggi formativi all'utenza (conoscenza delle risorse e dei presidi sanitari e corretto utilizzo degli stessi, modalità di accesso ai servizi, miglioramento degli stili di vita, indicazioni per una corretta assunzione di farmaci, prevenzione delle riacutizzazioni nelle cronicità);
- 5.4 Creazione di un CUP regionale per la gestione delle prenotazioni e l'abbattimento delle liste di attesa;
- 5.5 Promozione dell'utilizzo di strutture ospedaliere dismesse per la realizzazione di sedi di UCCP e di forme intermedie di assistenza continua come Ospedali di Comunità nelle aree rurali;
- 5.6 Facilitazione delle relazioni ospedale-territorio a vantaggio anche degli obiettivi di cui alla Linea Progettuale n. 5 (Gestione delle Cronicità) e n. 6 (Reti Oncologiche);
- 5.7 Attività di comunicazione e di relazioni con il pubblico attraverso l'elaborazione di un piano di comunicazione integrato a valenza regionale a cura di un esperto in comunicazione dell'area

sanitaria, per la trasmissione dei principi organizzativi e delle finalità pratiche della presente Linea Progettuale, ai diversi destinatari del processo e per le azioni di sostegno e correzione in itinere;

5.8 Adozione di una piattaforma unica regionale clinico-gestionale che abiliti ad esempio:

- integrazione con i sistemi informativi esistenti nelle diverse AASSLL e con la rete delle Farmacie convenzionate (verso una Farmacia dei Servizi)
- gestione della scheda paziente e del FSE secondo vincoli di privacy e sicurezza dei dati
- implementazione di regole automatizzate di arruolamento dei pazienti nei percorsi di assistenza territoriale con eventuale clusterizzazione dei pazienti per classi omogenee di rischio e severità clinica
- informatizzazione e parziale automazione dei PDTA
- valutazione nel percorso di cura di variabili bio-psico-sociali in una visione olistica del paziente in quanto persona

6 Tempistica

La durata del progetto è 3 anni (eventualmente prorogabili a risorse invariate).

Di seguito il GANTT di progetto.

	Anno I			
	Trim I	Trim II	Trim III	Trim IV
Macro-obiettivo 1: Miglioramento dell'accessibilità dei servizi attraverso l'integrazione organizzativa, con un focus sulle cronicità				
1.1 Individuazione/Realizzazione delle reti per assistenza delle cure primarie sui territori delle ASL della Campania (UCCP, AFT);				
1.2 Implementazione di un servizio di assistenza sanitaria di primo livello H12-24;				
1.3 Individuazione, condivisione ed implementazione di almeno uno dei PDTA per le cronicità (diabete, ipertensione, nefropatia cronica, scompenso cardiaco, BPCO, demenze e patologie sessualmente trasmesse)				
1.4 Formazione degli operatori per migliorare l'appropriatezza e l'accessibilità dei servizi erogati, ed empowerment dei cittadini per migliorare l'efficacia degli interventi per la salute.				
Macro-obiettivo 2: Potenziamento delle strutture di supporto per migliorare efficienza, efficacia e sicurezza delle cure.				
2.1 Valutazione del fabbisogno di attrezzature sanitarie e relativo adeguamento strutturale e digitale (facilitando il monitoraggio di beni e servizi);				
2.2 Potenziamento delle strutture ICT di supporto e dell'interoperabilità dei flussi di dati per migliorare efficienza, efficacia e sicurezza delle cure (alimentazione FSE);				
2.3 Realizzazione di un software dedicato alle UCCP per la gestione della rete territorio-ospedale, a supporto dell'adozione dei PDTA per le cronicità (diabete, ipertensione, nefropatia cronica, scompenso cardiaco, BPCO, demenze e patologie sessualmente trasmesse), con relativa informatizzazione e parziale automazione.				

Macro-obiettivo 3: Potenziamento delle attività di medicina di iniziativa, attraverso la promozione della salute per tutte le fasce di età.				
3.1 Valutazione del fabbisogno di popolazione specifico per ciascuna ASL, in termini di promozione della salute, secondo le indicazioni del Piano Regionale di Promozione della Salute, per la predisposizione del Piano Aziendale;				
3.2 Predisposizione di un Piano di Comunicazione per le comunità di riferimento;				
3.3 Aggiornamento, standardizzazione e digitalizzazione della Carta dei Servizi (mappatura dei processi e delle procedure).				
Macro-obiettivo 4: Individuazione, condivisione ed implementazione dei PDTA per le cronicità (diabete, ipertensione, nefropatia cronica, scompenso cardiaco, BPCO, demenze e patologie sessualmente trasmesse).				
4.1 Elaborazione del profilo di popolazione per il territorio di ciascuna ASL, in riferimento particolare alle cronicità, alla fragilità ed alla disabilità;				
4.2 Individuazione dei modelli disponibili di PDTA per ciascuna patologia cronica indicata come prioritaria, e adattamento ai contesti locali (inclusi i supporti digitali disponibili) per garantire la copertura regionale secondo il modello "standard";				
4.3 Sperimentazione ed implementazione su scala, con monitoraggio.				
Macro-obiettivo 5: Formazione degli operatori per migliorare l'appropriatezza e l'accessibilità dei servizi erogati, ed empowerment dei cittadini per migliorare l'efficacia degli interventi per la salute.				
2.2.12 Individuazione del fabbisogno formativo degli operatori delle ASL coinvolti in UCCP, AFT e PDTA rispetto ai servizi previsti.				
2.2.13 Individuazione degli elementi caratterizzanti e prioritari del Piano di Promozione della Salute di ciascuna ASL.				
2.2.14 Mappatura delle componenti sociali, politiche, economiche e ambientali presenti nei territori delle diverse ASL che contribuiscono alle attività di promozione della salute (Farmacie territoriali, Comuni, associazioni no-profit etc).				

7 Indicatori

Allo scopo di facilitare l'attività nazionale di monitoraggio e di verifica degli obiettivi progettuali, la Campania ha avviato la costituzione di un sistema di valutazione intraregionale, attraverso attività di *audit* finalizzate a supportare le ASL territoriali nel processo di implementazione degli obiettivi regionali, ciascuna secondo la propria capacità di contribuire al progressivo e continuo miglioramento dell'erogazione dei LEA. L'insieme di indicatori individuati sono relativi ai tre macro-livelli di assistenza (prevenzione collettiva e sanità pubblica, assistenza distrettuale, assistenza ospedaliera), ai singoli LEA ad essi afferenti e ai percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali che riguardano più livelli di assistenza. Come previsto dall'articolo 9, comma 1, lettera a) del D.Lgs. n. 56/2000 l'insieme contiene gli indicatori in relazione ad attributi rilevanti, clinici e organizzativi, che caratterizzano i processi assistenziali, declinandoli secondo le dimensioni di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto 142/2016, e considerando i bisogni di salute rilevati o stimati della popolazione.

Macro-obiettivo 1: Miglioramento dell'accessibilità dei servizi attraverso l'integrazione organizzativa, con un focus sulle cronicità.

- 1.1 Progettazione dell'architettura organizzativa della rete (I anno)
- 1.2 N° di UCCP ed AFT progressivamente attivi (annuale)
- 1.3 Numero di strutture incluse nella rete per ciascuna ASL (annuale)
- 1.4 Mappatura del fabbisogno formativo degli operatori (I anno)
- 1.5 Valutazione del fabbisogno informativo dei cittadini (I anno)
- 1.6 Piano di comunicazione (II anno)
- 1.7 Numero di incontri effettuati/programmati (III anno)

Macro-obiettivo 2: Potenziamento delle strutture di supporto per migliorare efficienza, efficacia e sicurezza delle cure.

- 2.1 Mappatura del fabbisogno di attrezzature sanitarie e relativo adeguamento strutturale e digitale (I anno);
- 2.2 Gare attivate per la fornitura di attrezzature sanitarie/ adeguamento strutturale e digitale (II anno);
- 2.3 Software validato in almeno 1 UCCP/Distretto a supporto dell'adozione dei PDTA per le cronicità (diabete, ipertensione, nefropatia cronica, scompenso cardiaco, BPCO, demenze e patologie sessualmente trasmesse) (III anno).
- 2.4 Implementazione su scala regionale dei PDTA per le cronicità (III anno)

Macro-obiettivo 3: Potenziamento delle attività di medicina di iniziativa, attraverso la promozione della salute per tutte le fasce di età.

- 3.1 Redazione del Piano di Promozione della Salute AS (I anno);
- 3.2 Aggiornamento (II anno), standardizzazione (II anno) e digitalizzazione (III anno) della Carta dei Servizi.

Macro-obiettivo 4: Individuazione, condivisione ed implementazione dei PDTA per le cronicità (diabete, ipertensione, nefropatia cronica, scompenso cardiaco, BPCO, demenze e patologie sessualmente trasmesse).

- 4.1 Mappatura regionale iniziale su cronicità, fragilità e disabilità (III anno);
- 4.2 Elaborazione di PDTA (per diabete, ipertensione, nefropatia cronica, scompenso cardiaco, BPCO, demenze e patologie sessualmente trasmesse) (I anno);
- 4.3 Organizzazione e sperimentazione (II anno).

Macro-obiettivo 5: Formazione degli operatori per migliorare l'appropriatezza e l'accessibilità dei servizi erogati, ed empowerment dei cittadini per migliorare l'efficacia degli interventi per la salute.

- 5.1 Corsi di formazione per gli operatori delle ASL coinvolti in UCCP, AFT e PDTA (II anno).
- 5.2 Armonizzazione dei Piani di Promozione della Salute delle ASL (II anno).
- 5.3 Mappatura delle componenti sociali, politiche, economiche e ambientali presenti nei territori delle diverse ASL coinvolte nelle attività di promozione della salute (Farmacie territoriali, Comuni, associazioni no-profit etc) (I-II anno).

Obiettivi di Piano

Progetto Regionale

Linea Progettuale 2: Sviluppo dei processi di umanizzazione

PROGETTO: Umanizzazione di processi assistenziali in contesto di prevenzione, cura e riabilitazione finalizzati anche alla previsione del rischio clinico e delle liste di attesa

Totale risorse assegnate anno 2014 per linea progettuale :€ 4.366.272,00

ATTUATORI: Aziende Sanitarie Locali, Aziende Ospedaliere ed Aziende Ospedaliere Universitarie

Indice

- 1. Coerenza con le priorità regionali: allineamento con gli adempimenti LEA.**
- 2. Obiettivi**
 - 2.1 Macro-Obiettivi**
 - 2.2 Obiettivi Specifici**
- 3. Metodologia**
- 4. Modelli**
- 5. Risultati attesi**
- 6. Tempistica**
- 7. Costi**
- 8. Indicatori**

1. Coerenza con le priorità regionali: allineamento con gli adempimenti LEA

Il DCA-134/2016 identifica i processi di umanizzazione come strumento per recuperare la centralità dell'individuo rispetto ai processi di cura, attraverso il coinvolgimento di tutti gli attori che partecipano all'erogazione dei servizi nei diversi livelli, inclusi quelli delle cure domiciliari, con particolare riferimento ai pazienti fragili, quali i soggetti affetti da condizioni oncologiche ed i pazienti pediatrici.

Il DCA 134/2016 individua aree di forte criticità per la Regione Campania, dove sono riscontrabili carenze che pregiudicano il soddisfacimento degli adempimenti LEA:

- Prevenzione
- Flussi informativi (P.S./EMUR, Salute Mentale)
- Appropriatelyzza dei ricoveri
- Gestione liste di attesa (tempi di attesa e dati di attività, sospensione delle liste)
- Rischio clinico e sicurezza del paziente
- Attività trasfusionali

Gli assi prioritari di intervento individuati dal DCA 134 nell'ambito dell'umanizzazione sono volti a fornire risposta concreta alle criticità individuate negli adempimenti LEA:

- Analisi ed implementazione dei processi di umanizzazione dei percorsi assistenziali nelle strutture di ricovero pediatrico della Regione Campania (Area Pediatrica);
- Sviluppo dei processi di umanizzazione all'interno dei percorsi assistenziali- area prioritaria di intervento comunicazione (Area Critica);
- Sviluppo dei processi di umanizzazione all'interno dei percorsi assistenziali- area prioritaria di intervento comunicazione (Area Comunicazione).

Questo approccio si colloca nel contesto di un processo di riorganizzazione avviato dalla Regione Campania, che è volto a massimizzare l'utilizzo delle risorse assegnate per migliorare i LEA, riducendo al contempo le disuguaglianze di salute. A tale scopo, ha previsto il monitoraggio dello stato delle attività progettuali, individuando adeguati clusters di indicatori di monitoraggio, per specifiche categorie di bisogni o condizioni di salute, per la misura della qualità percepita e dell'umanizzazione delle cure, etc.

L'articolazione di un progetto regionale che armonizzi gli interventi per l'umanizzazione in una cornice unitaria consentirà di massimizzare l'impatto sulla qualità percepita dai pazienti rispetto ai servizi erogati, e contribuirà a promuovere l'evoluzione del SSR, migliorando i rapporti operatori-pazienti, il dialogo tra gli operatori del SSR, ed in ultima analisi gli outcomes di salute dei cittadini campani.

2. Obiettivi

2.1 Macro-Obiettivi

Il DCA 134-2016 fa riferimento ad alcune aree prioritarie di intervento, in continuità di contenuti con il presente progetto:

- 2.1.1 Miglioramento della qualità delle cure
- 2.1.2 Umanizzazione delle cure per l'età pediatrica
- 2.1.3 Sviluppo dei processi di umanizzazione all'interno dei Percorsi Assistenziali
- 2.1.4 Sviluppo dell'assistenza domiciliare

L'obiettivo strategico dell'approccio proposto è integrare l'umanizzazione delle cure all'interno dei processi organizzativi del SSR, potenziando il legame tra i professionisti della salute ed i pazienti, intesi sia dal punto individuale che sociale e collettivo.

Il potenziamento della dimensione umana delle cure passa anche attraverso il miglioramento degli aspetti organizzativi, clinici, procedurali che siano capaci di supportare una risposta adeguata ai fabbisogni di salute, e perciò multidimensionale, attraverso la rete dei servizi.

In questo contesto, l'archiviazione dei dati clinici e l'utilizzo sistematico di supporti ICT dedicati sono elementi indispensabili all'implementazione delle reti assistenziali multilivello su scala territoriale, che sono capaci di impattare nel medio-lungo termine sia gli outcomes di salute che i costi, ad esempio riducendo il numero di ricoveri inappropriati.

2.2 Obiettivi Specifici

Macro-obiettivo 2.1.1 Miglioramento della qualità delle cure

- 2.2.1 Messa in rete del percorso trapiantologico e buone pratiche di laboratorio relative al registro regionale dei donatori del midollo osseo
- 2.2.2 Aggiornamento e digitalizzazione della carta dei servizi, riorganizzazione del CUP per il miglioramento delle liste di attesa; centralizzazione delle agende di prenotazione; reingegnerizzazione delle procedure di accesso alla documentazione sanitaria, includendo accesso online, definizione di un percorso unico di accesso alle cure;
- 2.2.3 Potenziamento del coordinamento delle attività e della condivisione delle informazioni tra le varie strutture delle ASL, e ridefinizione dei modelli organizzativi dei servizi, a partire da quelli oncologici;
- 2.2.4 Risanamento e restyling degli ambienti di attesa, integrandoli con elementi di promozione della salute.

Macro-obiettivo 2.1.2: Umanizzazione delle cure per l'età pediatrica, anche attraverso l'adeguamento logistico-organizzativo delle strutture assistenziali dedicate

- 2.2.5 Utilizzo della pet therapy per l'umanizzazione delle cure pediatriche;
 - Integrazione di interventi assistiti con animali in soggetti pediatrici autistici;
 - Integrazione di interventi assistiti con animali in soggetti ricoverati presso la cardiologia pediatrica;
 - Integrazione di interventi assistiti con animali in soggetti affetti da malattie rare;
- 2.2.6 Umanizzazione delle cure per il neonato ricoverato in TIN;
- 2.2.7 Umanizzazione dei servizi per bambini ipovedenti e ciechi;

- 2.2.8 Umanizzazione delle cure per i bambini sottoposti a radioterapia;
- 2.2.3 Miglioramento ed umanizzazione delle cure dedicate ai bambini affetti da emoglobinopatie ad alto impatto assistenziale;
- 2.2.4 Realizzazione di sportello in PS e rete con mediatori culturali;

Macro-obiettivo 2.1.3: Sviluppo dei processi di umanizzazione all'interno dei percorsi assistenziali, anche attraverso la ridefinizione dei modelli organizzativi

- 2.2.5 Umanizzazione del percorso gravidanza, parto e puerperio (incluso il supporto al bonding ed all'allattamento al seno, ed il counseling nutrizionale in gravidanza, ed il supporto delle donne in gravidanza con diagnosi di malformazione fetale), e realizzazione di un percorso nascita standardizzato che migliori accesso, degenza, post-partum, allattamento e puerperio;
- 2.2.6 Processi di umanizzazione della IVG;
- 2.2.7 Umanizzazione dei percorsi dedicati ai pazienti anziani ed ai loro care-givers attraverso pet therapy;
- 2.2.8 Umanizzazione dei percorsi in emergenza/urgenza:
 - riorganizzazione ed implementazione dell'accoglienza del paziente in pronto soccorso;
 - umanizzazione delle aree critiche UTIC e Rianimazione e dei punti informativi dell'accoglienza delle emergenze urgenze;
 - Miglioramento della comunicazione con i pazienti pediatrici ed i loro caregivers in emergenza/urgenza.
- 2.2.9 Umanizzazione dei percorsi chirurgici e riduzione dei tempi di attesa.
- 2.2.10 Umanizzazione dei percorsi di cura della Medicina Interna.
- 2.2.11 Umanizzazione dei percorsi di cura dei servizi per i pazienti oncologici, inclusi Ca mammario e cervice, anche con la presa incarico di pazienti con dolore cronico.
- 2.2.12 assistenza multiprofessionale a pazienti oncologici sottoposti a terapia con oppioidi
- 2.2.13 Umanizzazione delle cure per i pazienti della terapia intensiva.
- 2.2.14 Implementazione delle raccomandazioni ministeriali per il rischio clinico, inclusi:
 - identificazione precoce delle interazioni tra farmaci (DDI) e l'analisi di eventi sentinella;

- prevenzione delle cadute presso le strutture sanitarie in soggetti fragili;
- riduzione del rischio clinico in chirurgia

2.2.15 Miglioramento della qualità delle cure per i pazienti con osteoporosi

Macro-obiettivo 2.1.4 Potenziamento dei servizi offerti con assistenza domiciliare

2.1.4 Potenziamento delle dimissioni protette

- Implementazione dimissioni protette x pazienti ematologici
- Implementazione dimissioni protette per pazienti oncologici
- Implementazione dimissioni protette per pazienti cronici

3 Metodologia

Gli obiettivi individuati presuppongono un processo di condivisione/partecipazione attraverso la configurazione di gruppi di studio, coordinamento e tavoli tecnici tematici.

La Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del SSR della Regione Campania, attraverso il coinvolgimento di tutte le UU.OO.DD. dell'Assessorato Regionale alla Sanità per le specifiche competenze, coordinerà le attività, nell'ambito di una governance partecipativa, fornendo dati, evidenze e facilitando la messa a punto e l'implementazione delle buone pratiche. Inoltre, sosterrà e faciliterà l'incontro e la collaborazione tra tutti i soggetti coinvolti nella tutela della salute, e nella promozione del benessere della popolazione campana.

Tale approccio è funzionale a:

- favorire azioni unitarie e creare proficue interazioni tra le UU.OO.DD., con le ASL e con l'AOU in merito agli obiettivi indicati;
- favorire nel contesto regionale un processo di condivisione dei modelli elaborati da parte delle ASL, al contempo stimolando e supportando l'integrazione tra le strutture responsabili dell'implementazione delle diverse attività.

A tale scopo, verrà costituito un gruppo di coordinamento che coinvolge la Direzione Generale Salute e le ASL, al fine di favorire le attività di implementazione previste con interventi omogenei e qualitativamente adeguati.

Considerata la complessità della governance del progetto, il gruppo di coordinamento prevede anche un'articolazione in sottogruppi tematici, avvalendosi della partecipazione di esperti per le rispettive aree.

Il Gruppo di Coordinamento Regionale è funzionale a:

- assicurare un costante processo di condivisione e monitoraggio dei risultati conseguiti dai beneficiari dei progetti;
- facilitare la diffusione dei modelli validati tra le varie ASL;
- favorire, nei contesti territoriali, i processi di promozione della salute come indicato dal Piano Regionale di Promozione della Salute;

- facilitare l'adozione dei requisiti di qualità della programmazione;
- favorire, nei contesti aziendali, l'allineamento e l'interazione dei progetti e delle attività in modo tale da:
 - evitare duplicazioni di attività e interventi sCOORDINATI;
 - sostenere programmi basati sulle buone pratiche e fondati sull'unitarietà per tema omogeneo, target e rispettivi setting.

4 Modelli

L'implementazione di una strategia integrata per l'umanizzazione delle cure richiede il potenziamento degli strumenti formativi dedicati al personale, in maniera da consentire l'adozione di modelli, comportamenti e strumenti che migliorino il rapporto con gli utenti.

La linea progettuale 2 propone quindi obiettivi specifici che da un lato potenziano la rete di collegamento tra i diversi livelli di cura, e dall'altro si innestano con la strategia di empowerment dei cittadini/pazienti, delineata nell'atto di indirizzo regionale per la promozione della salute, ed intrapreso nella linea progettuale 1 dedicata alla riorganizzazione delle cure primarie, nella linea 6, dedicata alla prevenzione, e nella linea 5.

Questo approccio massimizza l'impatto delle attività di umanizzazione svolte dai soggetti coinvolti nella rete dei servizi, e facilita la progressiva estensione delle esperienze di successo e delle buone pratiche alle diverse realtà regionali, contribuendo quindi all'efficacia dei servizi erogati in maniera integrata ed in continuità di cura.

5 Risultati attesi

L'implementazione del progetto contribuirà all'efficientamento dei servizi, all'incremento dell'adequazione della risposta al fabbisogno di salute dei cittadini, attraverso il miglioramento del clima lavorativo, la riduzione del burnout del personale sanitario e dei caregivers; il raccordo con i servizi territoriali, il rafforzamento delle alleanze con le associazioni di volontariato per il supporto nell'assistenza domiciliare ed ospedaliera (es. clown-terapia, supporto psicologico etc).

In particolare, il progetto:

- Migliorerà i percorsi di accoglienza in ospedale, soprattutto in riferimento ai pazienti fragili e critici (Carta di Accoglienza);
- Adeguerà l'offerta di supporto psicologico e counseling;
- Integrerà l'aggiornamento e la formazione del personale sanitario con elementi innovativi (medicina narrativa, videoinsight 3P, orticoltura, supporti multimediali e digitali etc);
- Migliorerà la collaborazione tra le diverse strutture del SSR;
- Migliorerà la qualità degli ambienti destinati ad attività non assistenziali con spazi studio, ludoteca, wifi, biblioteche etc, e stimolerà la creazione di ambienti adeguati ai ricoveri diurni;
- Potenzierà il collegamento con il territorio e le scuole nel caso di degenza prolungata, secondo un modello di rete ampliato per la gestione della domanda intermedia proveniente dalle patologie complesse;

- Contribuirà a migliorare la continuità assistenziale e l'accessibilità delle cure;
- Contribuirà all'empowerment dei pazienti;
- Contribuirà alla demedicalizzazione della gravidanza fisiologica, riducendo i tagli cesarei;
- Ottimizzerà i tempi di attesa e le procedure di accesso ai servizi sanitari.

6 Tempistica

La durata del progetto è 3 anni (eventualmente prorogabili a risorse invariate). Per l'anno 2014 sono previsti i seguenti step.

Di seguito il GANTT di progetto per il 2014:.

	Anno 2014			
	Trim I	Trim II	Trim III	Trim IV
8.1. Architettura della rete dedicata ai trapianti di midollo osseo, ed elementi della rete coinvolti				
8.2. Ridefinizione dei modelli organizzativi dei servizi, a partire da quelli oncologici				
8.3. Progettazione degli ambienti di attesa adeguati alle esigenze delle specifiche tipologie di pazienti (pediatrici, anziani, ipovedenti, emergenza-urgenza, terapia intensiva, chirurgia, gravidanza, parto e puerperio, IVG) (1 anno).				
Macro-obiettivo 2.1.2: Umanizzazione delle cure per l'età pediatrica, anche attraverso l'adeguamento logistico-organizzativo delle strutture assistenziali dedicate				
8.4. Protocolli di pet therapy attivati in ambito pediatrico (autistici; cardiologia pediatrica; malattie rare)				
8.5. Architettura della rete;				
8.6. Corsi di formazione per personale sanitario materiale di supporto per i genitori;				
Macro-obiettivo 2.1.3: Sviluppo dei processi di umanizzazione all'interno dei percorsi assistenziali, anche attraverso la ridefinizione dei modelli organizzativi				
8.7. Carta di accoglienza per il percorso gravidanza, parto e puerperio				
8.8. Carta di accoglienza per IVG				
8.9. Protocolli di pet therapy attivati per soggetti anziani;				
8.10. Implementazione del modello per l'identificazione precoce delle interazioni tra farmaci (DDI)				
8.11. Corsi di formazione per la prevenzione delle cadute; creazione di schede di rilevazione del rischio;				
Macroobiettivo 2.1.4 Potenziamento dei servizi offerti con assistenza domiciliare				
8.12. Modello organizzativo di dimissione protetta per pazienti ematologici, oncologici e cronici				

7 Indicatori

Allo scopo di facilitare l'attività nazionale di monitoraggio e di verifica degli obiettivi progettuali, la Campania ha avviato la costituzione di un sistema di valutazione intraregionale, attraverso attività di *audit* finalizzate a supportare le ASL territoriali nel processo di implementazione degli obiettivi regionali, ciascuna secondo la propria capacità di contribuire al progressivo e continuo miglioramento dell'erogazione dei LEA. L'insieme di indicatori individuati sono relativi ai tre macro-livelli di assistenza (prevenzione collettiva e sanità pubblica, assistenza distrettuale, assistenza ospedaliera), ai singoli LEA ad essi afferenti e ai percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali che riguardano più livelli di assistenza. Come previsto dall'articolo 9, comma 1, lettera a) del D.Lgs. n. 56/2000 l'insieme contiene gli indicatori in relazione ad attributi rilevanti, clinici e organizzativi, che caratterizzano i processi assistenziali, declinandoli secondo le dimensioni di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto 142/2016, e considerando i bisogni di salute rilevati o stimati della popolazione.

Macro-obiettivo 2.1.1 Miglioramento della qualità delle cure

- 8.1. Architettura della rete dedicata ai trapianti di midollo osseo, ed elementi della rete coinvolti;
- 8.2. Ridefinizione dei modelli organizzativi dei servizi, a partire da quelli oncologici;
- 8.3. Progettazione degli ambienti di attesa adeguati alle esigenze delle specifiche tipologie di pazienti (pediatrici, anziani, ipovedenti, emergenza-urgenza, terapia intensiva, chirurgia, gravidanza, parto e puerperio, IVG)

Macro-obiettivo 2.1.2: Umanizzazione delle cure per l'età pediatrica, anche attraverso l'adeguamento logistico-organizzativo delle strutture assistenziali dedicate

- 8.4. Protocolli di pet therapy attivati in ambito pediatrico (autistici; cardiologia pediatrica; malattie rare)
- 8.5. Architettura della rete;
- 8.6. Corsi di formazione per personale sanitario; materiale di supporto per i genitori;

Macro-obiettivo 2.1.3: Sviluppo dei processi di umanizzazione all'interno dei percorsi assistenziali, anche attraverso la ridefinizione dei modelli organizzativi

- 8.7. Carta di accoglienza per il percorso gravidanza, parto e puerperio;
- 8.8. Carta di accoglienza per IVG;
- 8.9. Protocolli di pet therapy attivati per soggetti anziani;

- 8.10. Implementazione del modello per l'identificazione precoce delle interazioni tra farmaci (DDI);
- 8.11. Corsi di formazione per la prevenzione delle cadute; creazione di schede di rilevazione del rischio;

Macro-obiettivo 2.1.4 Potenziamento dei servizi offerti con assistenza domiciliare

- 8.12. Modello organizzativo di dimissione protetta per pazienti ematologici, oncologici e cronici;

Obiettivi di Piano

Linea Progettuale 3 Cure palliative e terapia del dolore

PROGETTO: Cure palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica

Totale risorse assegnate per area progettuale € 10.852.841

ATTUATORI: Aziende Sanitarie Locali ed Aziende Ospedaliere ed Universitarie

Indice

Premessa

Coerenza con le priorità regionali: allineamento con gli adempimenti LEA.

Obiettivi

Macro-Obiettivi

Obiettivi Specifici

Metodologia

Destinatari

Risultati attesi

Tempistica

Costi

Indicatori

Premessa

La programmazione delle attività ed interventi relativi alla linea 3 Cure Palliative e Terapia del dolore è stata sviluppata nell'arco del triennio di riferimento 2014-2016, avvalendosi pertanto dei finanziamenti dedicati, al fine di dare continuità alle azioni pianificate e consentire di avviare attività di tipo ordinario di sviluppo della rete territoriale. I risultati attesi, sono pertanto relativi all'intera programmazione regionale ipotizzata su base triennale. Su base annuale, invece, ovvero relativamente all'anno 2014, in questo documento sono esposte le azioni principali da realizzare e gli indicatori.

Coerenza con le priorità regionali: allineamento con gli adempimenti LEA

Coerenza con La Linea progettuale di cui trattiamo è tra le linee di intervento finanziate con fondi a destinazione vincolata e per le quali vi è l'obbligo di destinare in modo puntuale le risorse alla linea individuata mediante l'individuazione di uno specifico progetto di intervento per lo sviluppo della rete regionale di cure palliative e di terapia del dolore.

La rilevanza del tema rende evidente la necessità di proseguire gli interventi avviati ed ampliarli su tematiche affini e collaterali, considerato anche l'aumento di prevalenza di tale tipologia di utenza e la necessità sempre maggiore di garantire l'assenza del dolore anche nelle fasi terminali della vita.

L'empowerment del cittadino e dell'utente rendono ragione inoltre di una domanda sempre più consapevole e ferma della necessità di evitare il dolore ove e quando possibile: un'assistenza "no pain".

In tale prospettiva, oltre alla necessaria diffusione delle competenze in materia di studio e di approccio ad un'assistenza senza dolore, già curata dalla progettualità prevista nell'annualità precedente, appare necessario sostenere questa espressa volontà nazionale con la istituzione di una rete efficace di cure palliative, secondo il modello delle reti cliniche integrate e secondo un'organizzazione Hub/spoke, nella quale si realizzino anche setting assistenziali e gestionali di diversa complessità.

Esso si integrerà anche con le reti oncologiche di cui alla Linea Progettuale n. 6. Il documento approvato in Conferenza Stato-Regioni del 25.7.2012 definisce già i requisiti necessari per l'identificazione dei centri ospedalieri (Hub) e territoriali/ambulatoriali (spoke).

Viene fortemente indicato inoltre di adeguare l'offerta ai bisogni e alle necessità degli assistiti intensificando anche l'assistenza domiciliare, di base e specialistica.

La Regione Campania intende pertanto promuovere un riassetto organizzativo dell'esistente per il raggiungimento di una "vera" continuità assistenziale. Il DCA n. 22 del 10.3.2015 "Applicazione legge 38/2010. Costituzione della Rete Regionale di terapia del dolore – Approvazione documento *Rete di terapia del dolore in Regione Campania: individuazione dei nodi della rete, requisiti, compiti, funzioni*" declina il modello organizzativo disegnato sulla scorta di valutazioni di fabbisogni e sulla reale disponibilità di strutture esistenti e funzionanti, rispondenti ai citati requisiti.

La Regione Campania ha recepito con decreto commissariale n.128/12 l'Intesa Stato-regioni del 25 luglio 2012 e in attuazione dell'intesa stessa, ha realizzato una rilevazione e una mappatura del sistema di offerta sia ospedaliera che territoriale per le

cure palliative e la terapia del dolore, in considerazione dei requisiti definiti dall'Intesa. Dall'analisi è scaturito in prima battuta il decreto di istituzione della rete di terapia del dolore n.22/2015 che ha individuato i centri HUB & SPOKE aziendali e il relativo bacino di utenza. Sono stati individuati i centri HUB & SPOKE di terapia del dolore in età adulta, il centro di riferimento regionale di terapia del dolore e cure palliative per l'età pediatrica; in via transitoria è stata impartita la indicazione ai centri HUB & SPOKE individuati di erogare prestazioni anche per i pazienti in età pediatrica, nelle more della definitiva attivazione del centro individuato e della attivazione della rete unica di dolore e cure palliative dedicata ai pazienti in età pediatrica. Per tale tipologia di utenti è stato attivato il Centro residenziale di cure palliative pediatriche/Hospice (due posti letto nella struttura del Santobono-Pausilipon), e le équipes dedicate in ogni azienda sanitaria. Per poter ritenere la rete per l'età pediatrica completata è necessario completare l'individuazione in ciascuna azienda ospedaliera/AOUP la struttura dedicata con una propria dotazione di personale e di strumentazione. Inoltre deve essere attuato il piano di formazione e coinvolgimento dei Pediatri di libera scelta e dei servizi territoriali sanitari per l'infanzia e l'età pediatrica

Occorre realizzare un'assistenza fondata sull'integrazione, comunicazione e partecipazione dei professionisti, pur appartenenti ad unità operative diverse o a diversi livelli gestionali del SSN, al raggiungimento di obiettivi comuni.

A tal fine è fondamentale attivare l'offerta ed attuare percorsi clinico assistenziali condivisi tra ospedale e territorio, a diverso grado di protezione ed intensità di cura, considerando le indicazioni di appropriatezza contenuti in nuce nel recente decreto di aggiornamento dei LEA, capo IV assistenza sociosanitaria

OBIETTIVO GENERALE

Finalità del presente programma d'interventi è sostenere ed implementare una rete territoriale per la presa in carico palliativa domiciliare di base e specialistica e la terapia del dolore ai pazienti oncologici e non, migliorando anche il sistema di offerta di tipo ospedaliero e soprattutto ambulatoriale, sia per i pazienti adulti, sia per i pazienti in età pediatrica.

La rete dei servizi di Cure Palliative intesa come una aggregazione funzionale ed integrata delle attività di cure palliative erogate in ospedale, in Hospice, a domicilio e in altre strutture residenziali, in un ambito territoriale definito a livello regionale, coordinate dal coordinamento aziendale/locale delle cure palliative, è ancora in fase di implementazione.

Considerato che il processo di accreditamento è in via di definizione e gradualmente si sta completando il sistema di offerta residenziale/Hospice in relazione al fabbisogno individuato di 293 posti letto e considerato che in ogni Azienda si realizza la presa in carico domiciliare con équipes specifiche, è ormai maturata la condizione di un'articolazione ragionata dei servizi sul territorio, che consideri tutti i servizi prevedendo una distribuzione uniforme di ogni tipologia di servizi da garantire.

Nel sistema di cure domiciliari della regione Campania, forte rilievo è dato alla figura del MMG/PLS e al ruolo cruciale che riveste nella continuità delle cure e di responsabile del caso, così come è messo in luce il ruolo del medico specialista in senso ampio e quindi dello specialista in cure palliative.

I richiamati dispositivi di regolamentazione delle cure domiciliari devono essere aggiornati e integrati alla luce dell'esperienza maturata e della ricognizione effettuata anche attraverso i sistemi di rilevazione NSIS (SIAD/Hospice), per superare la frammentazione organizzativa determinatasi per la carenza del sistema di offerta e soprattutto per la difformità dei modelli aziendali.

Inoltre sarà opportuno dedicare attenzione alle cure palliative domiciliari di base e specialistiche erogate all'assistito in caso di permanenza presso strutture residenziali extraospedaliere (RSA, Strutture tutelari per non autosufficienti....), che devono seguire le consuete procedure di erogazione e di accesso alle prestazioni e sono pertanto garantite in raccordo tra l'équipe della struttura e l'équipe domiciliare distrettuale/aziendale.

Un'area di forte complessità è l'assistenza in età pediatrica che soffre di ulteriori frammentazioni rispetto all'assistenza per i pazienti adulti che si fonda invece su una rete consolidata, per quanto non del tutto rispondente; pertanto, per la piena e completa attivazione della rete di assistenza palliativa e del dolore in età pediatrica, occorre provvedere alla individuazione dei nodi della rete dedicati, al potenziamento/costituzione dell'équipe dedicate all'età pediatrica, al rafforzamento del ruolo di coordinamento della rete affidato al centro di riferimento Santobono-Pausilipon.

Macro obiettivi

Gli Obiettivi della Regione Campania per l'utilizzo del fondo assegnato sono :

3. Implementare la rete di cure palliative così come previsto dalla legge 39/99 e dalla legge 38/2010 secondo i requisiti della Intesa stato-regioni del 25 luglio 2012;
4. Sostenere e implementare al rete HUB & SPOKE di terapia del dolore –dca 22/2015
5. Potenziare ma soprattutto definire procedure univoche e misurabili per la presa in carico continuativa dei pazienti adulti e minori in cure palliative e terapia del dolore ;
6. monitorare i percorsi formativi aziendali delle singole équipe
7. rafforzare i coordinamenti aziendali/ locali di cure palliative e di terapia del dolore
8. ridefinire il Coordinamento regionale di cure palliative e di terapia del dolore.

OBIETTIVI SPECIFICI

1. potenziare la rete territoriale per la presa in carico globale del paziente adulto e minore, attraverso l'attivazione dell'équipe multidisciplinare, a livello distrettuale (1 équipe per adulti in ogni distretto; 1 équipe almeno per ogni azienda per i pz pediatrici)
2. incrementare i pazienti terminali in carico al sistema delle cure domiciliari
3. implementazione delle cure palliative domiciliari ai malati terminali non oncologici

4. rafforzare e consolidare la rete dei terapia del dolore anche qualificando il personale
5. effettiva costituzione di équipe domiciliari di cure specialistiche per adulti e minori
6. completare la rete delle cure palliative per adulti e minori
7. implementare il modello organizzativo integrato nel territorio nel quale, secondo la logica dell'approccio hub-and-spoke e della continuità assistenziale.
8. favorire l'incremento numero di posti letto in strutture residenziali hospice per adulti e minori con particolare riguardo alle strutture pubbliche, utilizzando la riconversione dei presidi -come da piano ospedaliero
9. implementare strumenti univoci di valutazione dei casi
10. implementare utilizzo strumenti di monitoraggio delle prestazioni: report, schede, anche in coerenza con le indicazioni della legge 38/2010.
11. favorire l'applicazione di protocolli di dimissioni ospedaliere tempestive ed assicurare la continuità assistenziale mediante lo strumento della "dimissione protetta"
12. realizzazione dei percorsi assistenziali continuativi,
13. implementazione dei Sistemi Informativi, flusso Hospice e SIAD prevedendo la correlazione fra i sistemi informativi già esistenti e quelli in via di definizione
14. favorire percorsi formativi e/o di aggiornamento per il personale
15. implementazione della rete di assistenza domiciliare per pazienti adulti e in età pediatrica.
16. implementazione delle cure palliative specialistiche
17. realizzare azioni di comunicazione e pubblicità delle attività rete di cure palliative e terapia del dolore

Metodologia

E' necessario garantire uniformità sul territorio nelle modalità, nelle procedure, univocità nei modelli organizzativi, tempestività nell'attivazione delle risposte, coerenza tra la programmazione regionale e gli atti aziendali.

Gli obiettivi individuati presuppongono un processo di condivisione/ attraverso la costruzione di un sistema di indicatori aziendali; analogamente a come definito per le altre aree che impattano sull'organizzazione dei servizi territoriali.

E' obbligo che le aziende sanitarie accanto agli indicatori lea nella fattispecie desunti dal d.m. 43/2007 sviluppino specifici indicatori e target aziendali per l'implementazione della rete di terapia del dolore e dell'area specialistica delle cure palliative, con particolare riguardo alla implementazione della rete dei servizi in continuità tra ospedali/aziende ospedaliere e i distretti territoriali.

Nel sistema di cure domiciliari della regione Campania, forte rilievo è dato alla figura del MMG/PLS e al ruolo cruciale che riveste nella continuità delle cure e di

responsabile del caso, così come è messo in luce il ruolo del medico specialista in senso ampio e quindi dello specialista in cure palliative.

I richiamati dispositivi di regolamentazione delle cure domiciliari devono essere aggiornati e integrati alla luce dell'esperienza maturata e della ricognizione effettuata anche attraverso i sistemi di rilevazione NSIS (SIAD/Hospice), per superare la frammentazione organizzativa determinatasi per la carenza del sistema di offerta e soprattutto per la difformità dei modelli aziendali.

Inoltre sarà opportuno dedicare attenzione alle cure palliative domiciliari di base e specialistiche erogate all'assistito in caso di permanenza presso strutture residenziali extraospedaliere (RSA, Strutture tutelari per non autosufficienti.....), che devono seguire le consuete procedure di erogazione e di accesso alle prestazioni e sono pertanto garantite in raccordo tra l'équipe della struttura e l'équipe domiciliare distrettuale/aziendale.

Analogamente, a quanto già avvenuto con il decreto commissariale n.22/2015, si sta procedendo per le cure palliative alla seconda fase della ricognizione e rilevazione delle attività di cure palliative alla quale farà seguito l'individuazione dei nodi della rete dei servizi per le cure palliative e per il suo completamento nelle aree carenti. La mappatura costituisce la base informativa che la regione Campania utilizzerà e metterà a disposizione anche delle aziende sanitarie ed ospedaliere per la definizione di un'adeguata rete di assistenza ospedaliera e territoriale su base distrettuale ed aziendale, al fine di garantire sia la copertura dei servizi sia la continuità della presa in carico. La mappatura costituirà la base dati per poter realizzare una analisi comparativa in relazione al target definito dalla Regione Campania anche in relazione al d.m. 43/2007.

Per quanto riguarda il sistema di presa in carico domiciliare, quest'ultimo è stato definito con il decreto commissariale 4/2011, modificato ed integrato dal decreto commissariale 128/2012, dalla delibera di giunta regionale n.41/2011 e dal decreto commissariale 1/2013 che disciplina il sistema di presa in carico di tipo domiciliare palliativo per i malati terminali e non che ha introdotto il sistema dei profili di cura definiti in base alla necessità assistenziale e graduato in relazione all'intensità delle cure e alla complessità del paziente.

Le cure palliative domiciliari sono articolate su tutti i livelli di intensità di cure domiciliari con intensità differenziate: nel decreto commissariale 1/2013 si fa riferimento alle cure domiciliari di I, II, III livello e palliative non terminali, e cure domiciliari palliative per soggetti terminali, di fatti accogliendo la distinzione tra cure domiciliari di base e specialistiche. Purtroppo si rende necessario un approfondimento per quest'aspetto specifico anche in relazione ai coefficienti di intensità assistenziale in relazione ai quali si possono definire le cure domiciliari palliative "di base" o "specialistiche", agli strumenti di valutazione specifici e di valutazione multidimensionale necessaria alla determinazione ed identificazione delle necessità assistenziali e dei bisogni.

Nel sistema di cure domiciliari della regione Campania, forte rilievo è dato alla figura del MMG/PLS e al ruolo cruciale che riveste nella continuità delle cure e di responsabile del caso, così come è messo in luce il ruolo del medico specialista in senso ampio e quindi dello specialista in cure palliative.

I richiamati dispositivi di regolamentazione delle cure domiciliari devono essere aggiornati e integrati alla luce dell'esperienza maturata e della ricognizione effettuata anche attraverso i sistemi di rilevazione NSIS (SIAD/Hospice), per superare la frammentazione organizzativa determinatasi per la carenza del sistema di offerta e soprattutto per la difformità dei modelli aziendali.

Inoltre sarà opportuno dedicare attenzione alle cure palliative domiciliari di base e specialistiche erogate all'assistito in caso di permanenza presso strutture residenziali extraospedaliere (RSA, Strutture tutelari per non autosufficienti.....), che devono seguire le consuete procedure di erogazione e di accesso alle prestazioni e sono pertanto garantite in raccordo tra l'équipe della struttura e l'équipe domiciliare distrettuale/aziendale.

Un'area di forte complessità è l'assistenza in età pediatrica che soffre di ulteriori frammentazioni rispetto all'assistenza per i pazienti adulti che si fonda invece su una rete consolidata, per quanto non del tutto rispondente; pertanto, per la piena e completa attivazione della rete di assistenza palliativa e del dolore in età pediatrica, occorre provvedere alla individuazione dei nodi della rete dedicati, al potenziamento/costituzione dell'équipe dedicate all'età pediatrica, al rafforzamento del ruolo di coordinamento della rete affidato al centro di riferimento Santobono-Pausilipon.

Destinatari

- Utenti del servizio ambulatoriale di terapia del dolore
- Soggetti affetti da patologie oncologiche e non con necessità di cure palliative di base e specialistiche adulti e minori
- Soggetti in fase di terminalità

RISULTATI ATTESI

I risultati attesi al termine del progetto:

- 1.
2. Potenziamento della rete assistenziale territoriale per la terapia del dolore;
3. definizione e implementazione della rete per le cure palliative;
4. incremento quali quantitativo delle cure palliative domiciliari: incremento delle prestazioni di figure professionali carenti, e incremento del 15% dei pazienti terminali in carico (FLS 21)
5. Adeguato ed appropriato sistema di offerta di cure domiciliari rispetto al fabbisogno del paziente adulto e pediatrico
6. Maggiore integrazione tra i vari attori coinvolti per garantire la continuità assistenziale degli interventi
7. Allocazione territoriale equa e soddisfacente al bisogno
8. Maggiore qualità ed accessibilità dell'assistenza
9. Acquisizione di maggiore competenze umane e professionali da parte degli operatori riguardante cure palliative e terapia del dolore;
10. appropriatezza prescrittiva del farmaco oppiaceo
11. Implementazione dei coordinamenti aziendali di cure palliative e terapia del dolore (conferenza stato-regioni del 16.12.2010 e d.g.r.c. 275/2011)

12. Qualificazione delle attività del coordinamento regionale di cure palliative e terapia del dolore
13. Miglioramento su base aziendale degli indicatori di cui al d.m. 43/2007
14. Miglioramento su base aziendale degli indicatori di risultato per la terapia del dolore (impianti, device , prescrizioni di oppiacei e terapie...)
15. Costruzione del patrimonio informativo regionale in cure palliative e terapia del dolore

INDICATORI

Gli indicatori riportati saranno utilizzati per misurare l'incremento dell'offerta e l'innalzamento della qualità del servizio, pertanto vanno raffrontati con i risultati raggiunti con le progettualità precedenti .

Gli Indicatori che consentono la misurazione dei risultati attesi sono:

- numero di équipes territoriali di Terapia del dolore e Cure palliative
- numeri di utenti presi in carico in ambito hub & spoke dolore
- procedure di attivazione ambulatori pubblici di terapia del dolore
- numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio
- numero dei progetti personalizzati, cartelle cliniche,
- numero di operatori formati
- n. di giornate effettive di assistenza /GdC
- numero di protocolli di dimissioni protette /numero di utenti dimessi
- incremento del consumo di oppiacei
- n. atti/procedure avviate o concluse per il reclutamento o riallocazione del personale

Costi € 10.852.841

Utilizzo dei fondi

Le Aziende prioritariamente ma non esclusivamente utilizzeranno il fondo assegnato per

16. Acquisire/riallocare il personale: potenziare equipe per assistenza domiciliare, in particolare per figure professionali carenti;
17. implementare i servizi specialistici ambulatoriali HUB e SPOKE di terapia del dolore attraverso la riorganizzazione del personale e incrementando il numero di prestazioni/accessi delle figure professionali carenti
18. sostenere la fornitura di ausili protesi e farmaci agli assistiti
19. sostenere la fornitura di device nei centri HUB & spoke di terapia del dolore
20. Ridefinire la rete di cure palliative e terapia del dolore: coordinamento e definizione dei protocolli e procedure di raccordo tra i servizi.
21. **Implementare i posti letto**
22. Implementare il sistema di monitoraggio

Criteri di riparto

L'importo vincolato previsto dagli Accordi Stato-Regioni è ripartito per realizzare le attività finalizzate allo sviluppo della rete di cure palliative, del sistema delle cure

domiciliari palliative e della terapia del dolore sia per i pazienti adulti, sia per i pazienti pediatrici, pertanto i criteri di riparto ai singoli destinatari sono diversificati.

Per l'azione RETE delle CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE SVILUPPO DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE di base e SPECIALISTICA NELLE AA.SS.LL. , assegnati alle AA.SS.LL. in base alla popolazione residente al 1 gennaio 2015, alle AA.OO.RR.NN., AA.OO.UU.PPP.AA.UU.PP.,I.N.T assegnati in relazione alla funzione di Hub o Spoke che esercitano e in continuità con le azioni già avviate e realizzate a valere sulle precedenti annualità. Si puntualizza che le AA.SS.LL.. destineranno almeno il 20% della somma assegnata alla rete di terapia del dolore implementata..

1) per l'azione RETE delle CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE SVILUPPO DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE di base e SPECIALISTICA NELLE AA.SS.LL. , assegnati alle AA.SS.LL., AA.OO.RR.NN., AA.OO.UU.PPP.AA.UU.PP. per i pazienti pediatrici assegnati in base alla popolazione di età 0-18 anni residente al 1 gennaio 2014. Si puntualizza che le AA.SS.LL.. destineranno almeno il 20% della somma assegnata alla rete di terapia del dolore implementata..

La quota assegnata all'Ospedale Santobono-Pausilipon è finalizzata alla rete di cure palliative e terapia del dolore ai pazienti pediatrici per l'attivazione del centro di riferimento regionale come definito dal decreto commissariale n. 22/2015 e il completamento e ampliamento del centro residenziale di cure palliative; la rimanente cifra è ripartita in parti uguali alle AA.OO .RR.NN. e A.O.U.P.-A.U.P.

TEMPISTICA

Durata 12 mesi

(CRONOPROGRAMMA in mesi)

Il cronogramma fa riferimento alle azioni individuate nel utilizzo dei fondi

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												

Obiettivi di Piano

Linea Progettuale 4 - Piano della Prevenzione

Progetto: Sviluppo del piano della prevenzione - linee operative anno 2014

Totale risorse assegnate per linea progettuale : € 26.046.818,00

1. Coerenza con le priorità regionali: allineamento con gli adempimenti LEA.

Con Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, sulla proposta del Ministero della Salute è stato approvato il Piano Nazionale per la Prevenzione per gli anni 2014-2018 (Rep. Atti n. 156/CSR del 13 novembre 2014) recepita dalla Regione Campania con Decreto Commissariale n.156 del 31/12/2014.

L'art.1, comma 2, della succitata Intesa dispone che le Regioni prevedano:

- di applicare nella 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 – contesto, profilo di salute, trend dei fenomeni, continuità con quanto conseguito nel precedente PRP – funzionali ai programmi regionali individuati.
- Giunta Regionale con Delibera n. 860 del 29/12/2015, ha approvato il Piano Regionale della Prevenzione della Regione Campania per gli anni 2014 — 2018" con successivo DCA n° 36 del 1.6.2016 il Commissario ad Acta ha preso atto della summenzionata deliberazione confermandone integralmente i contenuti ed apportando nel contempo le opportune modifiche ai documenti tecnici ad esso allegati, che recepiscono integralmente le osservazioni formulate dal Ministero.
- La Regione Campania ha provveduto inoltre a confrontare i macro-programmi regionali previsti nel PRP con le aree di intervento presenti nei Livelli Essenziali Assistenza (LEA) definiti e aggiornati con il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017 di cui all'allegato 1- Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica, per individuarne le possibili correlazioni in termini di prestazioni ed obiettivi da raggiungere. Dall'analisi realizzata si evince effettivamente che i macro-programmi definiti dal PRP possono essere considerati attività LEA.

- Pertanto ai fini della programmazione, definizione degli obiettivi attesi, monitoraggio delle attività e valutazione relative si fa pienamente riferimento a quanto già stabilito dal Piano Regionale Prevenzione adottato con Delibera di Giunta Regionale n. 860 del 29.12.2015 così come modificata con Decreto del Commissario ad Acta n° 36 del 1.6.2016.

2. Obiettivi

Il PRP della Campania, in linea con le indicazioni del Piano Nazionale della Prevenzione 2014-18, intende rispondere a una **vision** i cui elementi sono:

- affermare il ruolo cruciale della promozione della salute e della prevenzione come fattori di sviluppo della società e di sostenibilità del welfare in particolare alla luce delle dinamiche demografiche che la caratterizzano;
- adottare un approccio di sanità pubblica che garantisca equità e contrasto alle disuguaglianze;
- esprimere la visione culturale nei valori, obiettivi e metodi della sanità pubblica (maturata anche attraverso le esperienze dei due precedenti PNP) di una “prevenzione, promozione e tutela della salute” che pone le popolazioni e gli individui al centro degli interventi con la finalità di conseguire il più elevato livello di salute raggiungibile;
- basare gli interventi di prevenzione, promozione e tutela della salute sulle migliori evidenze di efficacia, implementati in modo equo e che siano programmati per ridurre le disuguaglianze;
- accettare e gestire la sfida della costo-efficacia degli interventi, dell’innovazione, della governance;
- perseguire per i professionisti, la popolazione e gli individui lo sviluppo di competenze per un uso appropriato e responsabile delle risorse disponibili.

I **principi** di cui si è tenuto conto nella definizione degli obiettivi e nella pianificazione sono i seguenti:

- Il PRP 2014-2018 intende essere un “Piano” per una promozione della salute e una prevenzione attuata attraverso azioni che si dipanano in un quadro strategico di quinquennio caratterizzato da una periodica e sistematica valutazione dello stato di realizzazione degli interventi.
- Le strategie e le azioni previste sono il più possibile *evidence-based*, in grado nel medio-lungo termine di produrre un impatto sia di salute sia di sistema.
- Gli interventi previsti sono caratterizzati dalla sostenibilità in modo tale da entrare a far parte delle azioni “ordinarie”, e non episodiche, delle aziende sanitarie.
- E’ stato definito un numero limitato di (macro) obiettivi di salute misurabili, i cui risultati dovranno essere valutati mediante indicatori di processo, di output e di outcome.
- L’implementazione del PRP richiede e prevede la trasversalità degli interventi la quale deve essere fortemente perseguita anche in termini di integrazione tra diversi settori, istituzioni, servizi, aree organizzative.
- Il PRP riconosce l’importanza fondamentale della genesi e dell’utilizzo dei dati e della conoscenza e pertanto riconosce la messa a regime di registri e sorveglianze come elementi infrastrutturali indispensabili per il raggiungimento e la valutazione degli obiettivi di salute.

2.1 Macro-Obiettivi

I macro-obiettivi del PRP, come previsto dal PNP, sono stati individuati in base alle **priorità** di seguito elencate.

- Ridurre il carico di malattia (in particolare ridurre la mortalità prematura da malattie croniche non trasmissibili, riduzione degli incidenti e delle malattie professionali, promozione dell'invecchiamento attivo).
- Investire sul benessere dei giovani (in particolare promuovendo una crescita responsabile e consapevole attraverso l'adozione di stili di vita sani e di comportamenti di rifiuto nei confronti di qualunque forma di dipendenza in una logica di ricerca di un benessere psicofisico e affettivo)
- Rafforzare e confermare il patrimonio comune di pratiche preventive (in particolare l'investimento in un patrimonio culturale di grande rilevanza sociale e che nel corso degli anni, anche in relazione agli atti di pianificazione nazionale e ai conseguenti sforzi attuati dalle istituzioni e dai professionisti del sistema sanitario, ha portato il nostro Paese a considerare come bene comune la pratica di interventi preventivi quali quelli a salvaguardia della salute dei lavoratori, quelli relativi alla prevenzione oncologica e alle vaccinazioni.
- Rafforzare e mettere a sistema l'attenzione a gruppi fragili (lotta alle disuguaglianze di salute in accordo a varie categorie: sociale, di genere, di etnia, di disabilità etc).
- Considerare l'individuo e le popolazioni in rapporto al proprio ambiente (promuovere un rapporto salubre fra salute e ambiente contribuendo alla riduzione delle malattie

I **macro-obiettivi** considerati in fase di pianificazione del PRP 2014-18, dai quali poi derivano i Programmi e gli Obiettivi Specifici Regionali, sono i seguenti

- Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili
- Prevenire le conseguenze dei disturbi neurosensoriali
- Promuovere il benessere mentale nei bambini, adolescenti e giovani
- Prevenire le dipendenze da sostanze
- Prevenire gli incidenti stradali e ridurre la gravità dei loro esiti
- Prevenire gli incidenti domestici
- Prevenire gli infortuni e le malattie professionali
- Ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute

2.2 Obiettivi Specifici

Il Piano Regionale della Prevenzione 2014-18 si articola in **8 Programmi** a elevata valenza strategica definiti, in base agli interventi previsti nel PNP, come di seguito esposto:

- A. Manutenzione e sviluppo dei sistemi di sorveglianza e dei sistemi informativi per la salute
- B. Promozione del benessere della salute e nella comunità
- C. La salute del bambino da 0 a 3 anni

- D. Scuole che promuovono la salute
- E. Ambiente di lavoro e tutela della salute
- F. Ambiente e salute
- G. Infezioni e salute
- H. Sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria

Ciascuno degli 8 Programmi del PRP è ulteriormente declinato in singole Azioni, ciascuna delle quali ha, a sua volta, a un Obiettivo Specifico Regionale (OSR). Gli OSR delle Azioni incluse nei Programmi sono declinati nella tabella che segue.

Piano Regionale della Prevenzione 2014-18 - Regione Campania
Azioni e Obiettivi Specifici Regionali inclusi nei Programmi

Programma	Azione	Obiettivo Specifico Regionale (OSR)
A Essere informati per saper decidere (Manutenzione e sviluppo dei Sistemi di Sorveglianza di Salute Pubblica)	A.1 Le Sorveglianze di Salute Pubblica	Migliorare la sistematica produzione e comunicazione di dati e informazioni -in Campania entro il 2018- al fine di supportare la pianificazione e la valutazione delle azioni di Salute Pubblica, con particolare attenzione all'equità
	B.1 Promozione della Salute nella Comunità	Migliorare e aumentare le opportunità offerte alle persone per potenziare le loro capacità di scegliere stili di vita salutari e sicuri e di aderire a misure di prevenzione -in Campania entro il 2018- attraverso un efficace e ampio coinvolgimento delle istituzioni e dei principali gruppi d'interesse della Comunità, con particolare attenzione all'equità
	B.2 Aumento estensione e adesione screening oncologici	Migliorare la sopravvivenza delle persone affette dai tumori oggetto dei programmi organizzati di screening -in Campania entro il 2018- attraverso il potenziamento delle capacità del sistema sanitario di diagnosi precoce e trattamento appropriato, grazie all'aumento: • dell'estensione reale • dell'adesione alle procedure di screening, • della definizione di adeguati percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali
	B.3 Implementazione HPV-DNA Test per lo screening del cancro della cervice uterina	Migliorare la diagnosi precoce dei tumori oggetto dei programmi organizzati di screening - in Campania entro il 2018- attraverso la definizione e implementazione di percorsi innovativi per gli screening del tumore della cervice uterina (HPV-DNA test)
	B.4 Implementazione screening soggetti a rischio eredo-familiare per tumore della mammella	Migliorare la diagnosi precoce dei tumori oggetto dei programmi organizzati di screening -in Campania entro il 2018- attraverso la definizione e implementazione di percorsi innovativi per lo screening del tumore della mammella (identificazione di soggetti a rischio eredo-familiare)
	B.5 Identificazione e presa in carico di pazienti a rischio di MCNT	Migliorare la salute delle persone con aumentato rischio di MCNT -in Campania entro il 2018- attraverso un adeguamento del sistema d'individuazione del target e grazie all'adesione a proposte di miglioramento comportamentale o di trattamento farmacologico
	B.6 Miglioramento delle capacità dei servizi sanitari	Migliorare le attività di prevenzione e promozione della salute in favore della popolazione generale e degli operatori sanitari stessi -in Campania entro il 2018- attraverso il potenziamento delle capacità e il ri-orientamento dei Servizi Sanitari
B Benessere nella Comunità (Migliorare il benessere delle persone attraverso l'attiva partecipazione della Comunità)		

C I primi 1.000 giorni di vita (Migliorare la salute del bambino da 0 a 3 anni – e la sua salute futura – attraverso interventi di prevenzione primaria e secondaria da realizzare nelle prime epoche della vita)	C.1 Allattamento Materno nel punto nascita	Aumentare di almeno il 10% (relativamente al dato regionale 2013) la proporzione di neonati in allattamento materno esclusivo alla dimissione dal punto nascita -in Campania entro il 2018- attraverso l'implementazione dei 10 passi previsti dal Programma OMS/Unicef "Ospedale Amico dei Bambini"
	C.2 Allattamento Materno nella Comunità	Aumentare di almeno il 20% (relativamente al dato regionale 2013) la proporzione di bambini in allattamento materno esclusivo al 6° mese di vita -in Campania entro il 2018- attraverso l'implementazione dei 7 passi previsti dal Programma OMS/Unicef "Comunità Amica dei Bambini"
	C.3 Screening audiologico neonatale	Migliorare la prognosi dei neonati affetti da sordità congenita -in Campania entro il 2018- attraverso l'attivazione dello screening audiologico neonatale in tutti i punti nascita e patologie neonatali/TIN
	C.4 Screening oftalmologico neonatale	Migliorare la prognosi dei neonati affetti da patologie che determinano la positività del "riflesso rosso" alla nascita -in Campania entro il 2018- attraverso l'attivazione dello screening oftalmologico neonatale in tutti i punti nascita e patologie neonatali/TIN
	C.5 Screening TSH neonatale: miglioramento del flusso informativo	Migliorare la prognosi dei neonati positivi allo screening del TSH neonatale -in Campania entro il 2018- attraverso l'ottimizzazione del flusso informativo del sistema organizzato di screening
	C.6 GenitoriPiù e Early Child Development	Favorire lo sviluppo delle capacità genitoriali delle giovani famiglie relativamente ai determinanti di salute del bambino 0-3 anni -in Campania entro il 2018- attraverso l'implementazione del Programma <i>GenitoriPiù</i> e la promozione dell'<i>Early Child Development</i>, specialmente nelle classi socio-economiche più svantaggiate, ai fini dello sviluppo di una buona salute fisica, mentale, cognitiva, emotiva e sociale per tutta la vita del bambino
D Verso le "Scuole Promotrici di Salute" (Migliorare il benessere del bambino e dell'adolescente – e la sua salute in età adulta – favorendo e sostenendo lo sviluppo delle scuole promotrici di salute)	D.1 Scuole Promotrici di Salute	Migliorare la salute degli alunni della Scuola favorendo lo sviluppo delle loro competenze per la scelta di comportamenti sani e sicuri -in Campania entro il 2018- attraverso l'<i>empowerment</i> della Scuola in termini di potenziamento delle sue capacità e della sua organizzazione

Programma	Azione	Obiettivo Specifico Regionale (OSR)
E Dove si lavora (Migliorare il benessere, la sicurezza e la tutela della salute delle persone sul luogo di lavoro)	Azione E.1 Sistemi informativi per la prevenzione: incremento del grado di utilizzo e sviluppo di nuove funzioni della piattaforma GES.DA.SIC.	Garantire che le attività di prevenzione, nell'ambito della sicurezza sui luoghi di lavoro -in Campania entro il 2018-, vengano pianificate a partire dai dati riferibili alla realtà territoriale. A tale scopo, è necessario utilizzare, alimentare e potenziare i sistemi informativi regionali (GES.DA.SIC.) e nazionali a livello regionale. Infine, a livello di ASL, bisogna alimentare la piattaforma GES.DA.SIC., con i dati derivanti dalle attività di vigilanza, utilizzare la notifica on line dei cantieri e l'applicativo che gestisce le non conformità delle macchine.
	Azione E.2 Riduzione degli infortuni sul lavoro	Ridurre i casi di infortuni gravi e mortali in tutti i comparti, con particolare riferimento a quelli dell'agricoltura e dell'edilizia - in Campania entro il 2018- attraverso il miglioramento dell'omogeneità, del coordinamento e dell'orientamento proattivo delle azioni preventive.
	Azione E.3 Riduzione delle malattie professionali	Ridurre il rischio di malattie professionali e favorire l'emersione delle patologie professionali sotto-notificate -in Campania entro il 2018 - con particolare riferimento a quelli gravi (Neoplasie) , alle attività a maggior rischio (agricoltura ed edilizia), alle patologie da stress lavoro correlato e muscolo-scheletriche, alla sorveglianza sanitaria ad una popolazione di ex esposti a cancerogeni precedentemente non coinvolta.
	Azione E.4 Promozione della cultura della salute e della sicurezza nel mondo del lavoro	Migliorare la salute dei lavoratori attraverso lo sviluppo di una cultura della sicurezza -in Campania entro il 2018- mediante la promozione della cultura della salute e della sicurezza sul lavoro in coordinamento con le parti sociali e le istituzioni (Dtl, INAIL) a livello provinciale e/o regionale; l'avvio a programmi di sostegno a favore del ruolo degli RLS e degli RLST ed all'uso di Sistemi di gestione della sicurezza sul lavoro e della responsabilità sociale d'impresa; unitamente all'avvio di programmi formativi sulla sicurezza rivolti agli studenti..

F Ambiente e benessere (Ridurre l'impatto dell'ambiente sulla salute delle persone attraverso il monitoraggio e la sorveglianza, il miglioramento delle competenze degli operatori e della comunicazione d'informazioni alla popolazione)	F.1 Ambiente: monitoraggio e sorveglianza	Migliorare la conoscenza degli effetti dell'ambiente sulla salute delle persone -in Campania entro il 2018- sostenendo e favorendo il miglioramento dei programmi di monitoraggio ambientale dei fattori di esposizione
	F.2 Ambiente: inquinamento indoor	Tutelare la salute della popolazione-in Campania entro il 2018- realizzando programmi di sorveglianza epidemiologica d'impatto sulla salute della popolazione
	F.3 Ambiente: valutazione d'impatto sulla salute - VIS	Ridurre l'impatto di opere e impianti sulla salute della popolazione generale -in Campania entro il 2018- attraverso l'implementazione di percorsi e strumenti interdisciplinari e il conseguente aumento della capacità inter-istituzionale di valutare in maniera integrata tale impatto (VIS)
	F.4 Ambiente: formazione e comunicazione sui rischi salute-ambiente	Aumentare le competenze degli operatori sanitari e della popolazione generale sulla relazione ambiente-salute -in Campania entro il 2018- attraverso la realizzazione di un percorso formativo che contempli aspetti relativi alla corretta comunicazione del rischio con particolare riferimento al programma Regionale per l'attuazione delle misure sanitarie disposte dalla legge n° 6 del 6/2/2014
	F.5 Ambiente e rischio chimico: formazione e controllo (REACH/CLP)	Ridurre il rischio per la salute della popolazione generale derivante da esposizione a sostanze chimiche (REACH/CLP) -in Campania entro il 2018- attraverso il miglioramento della capacità del sistema sanitario di valutarlo e gestirlo mediante programmi di formazione e controllo
	F.6 Ambiente: rischio amianto	Ridurre il rischio per la salute della popolazione generale associato all'esposizione ad amianto -in Campania entro il 2018- attraverso il miglioramento della capacità dei servizi sanitari di promuovere buone pratiche
	F.7 Ambiente: rischio radon	Ridurre il rischio per la salute della popolazione generale associato all'esposizione al radon -in Campania entro il 2018- attraverso il miglioramento della capacità dei servizi sanitari di promuovere buone pratiche

Programma	Azione	Obiettivo Specifico Regionale (OSR)
G Salute umana e infezioni (Ridurre la diffusione delle malattie infettive nella popolazione e migliorare l'efficacia del loro controllo)	G.1 Migliorare la notifica delle malattie infettive	Migliorare il controllo delle malattie prevenibili -in Campania entro il 2018- attraverso una migliore efficacia del sistema e della procedure di segnalazione, di accertamento diagnostico e conseguente notifica
	G.2 HIV: migliorare la diagnosi precoce	Ridurre le conseguenze e le complicanze da infezione da HIV negli individui affetti -in Campania entro il 2018- attraverso il miglioramento dei programmi organizzati di sorveglianza attiva
	G.3 TBC:migliorare il follow-up	Ridurre le conseguenze e le complicanze delle malattia tubercolare negli individui affetti -in Campania entro il 2018- attraverso il miglioramento dei programmi organizzati di sorveglianza attiva e di follow-up
	G.4 Anagrafi vaccinali e interoperabilità	Completare e adeguare le anagrafi vaccinali informatizzate delle Aziende Sanitarie Locali -in Campania entro il 2018- rendendole interoperabili e garantendone l'interfaccia con altre basi di dati (malattie infettive, eventi avversi, anagrafi comunali)
	G.5 Aumentare le coperture vaccinali	Aumentare la copertura vaccinale nella popolazione -in Campania entro il 2018- attraverso un adeguato piano di comunicazione e strategie efficaci di coinvolgimento delle persone con particolare riguardo dei gruppi a rischio
	G.6 Sorveglianza Infezioni Correlate all' Assistenza	Migliorare e attivare i programmi di sorveglianza e controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) e delle infezioni invasive da Enterobatteri Produttori di Carbapenemasi (CPE) -in Campania entro il 2018- nelle aziende sanitarie e ospedaliere
	G.7 Promozione corretto uso di antibiotici	Monitorare e promuovere il corretto uso di antibiotici -in Campania entro il 2018- attraverso interventi organizzativi nelle Aziende Sanitarie e piani di comunicazione in favore della popolazione generale, mediante il coinvolgimento degli operatori sanitari e delle cure primarie

Programma	Azione	Obiettivo Specifico Regionale (OSR)
H Alimenti e animali sani per la tutela della salute umana (Aumentare la sicurezza alimentare e la salute pubblica animale per migliorare la salute delle persone)	H.1 Sicurezza alimentare: monitoraggio e controllo	Migliorare la sicurezza alimentare -in Campania entro il 2018- aumentando l'efficacia, l'efficienza e l'appropriatezza dei controlli ufficiali
	H.2 Antibiotico-resistenza in ambito veterinario	Migliorare e tutelare la salute delle persone e degli animali -in Campania entro il 2018- diminuendo il fenomeno dell'antibiotico-resistenza in ambito veterinario
	H.3 Capacità analisi sugli alimenti e sugli animali	Migliorare l'adeguatezza delle capacità di analisi sugli alimenti e sugli animali -in Campania entro il 2018- al fine di tutelare la salute delle persone e degli animali
	H.4 Emergenze veterinarie e sicurezza alimentare	Migliorare la corretta gestione delle emergenze veterinarie, epidemiche e non, e delle emergenze relative alla sicurezza alimentare -in Campania entro il 2018- al fine di tutelare la salute delle persone
	H.5 Sorveglianza zoonosi da animali selvatici	Migliorare e tutelare la salute delle persone -in Campania entro il 2018- attraverso la sorveglianza delle malattie infettive trasmesse dagli animali selvatici
	H.6 Prevenzione e gestione di randagismo	Ridurre l'impatto del randagismo sulla salute delle persone -in Campania entro il 2018- attraverso il potenziamento delle attività di prevenzione, controllo, gestione e comunicazione
	H.7 Intolleranze alimentari e carenze nutrizionali	Migliorare l'offerta di alimenti adeguati a soggetti con intolleranze alimentari o carenze nutrizionali -in Campania entro il 2018- attraverso strategie di informazione, formazione e controllo

3. Metodologia

La pianificazione del PRP 2014-18 è stata realizzata utilizzando gli strumenti previsti dal *Project Cycle Management*. Le principali note metodologiche che hanno ispirato e accompagnato la pianificazione sono di seguito elencate.

- E' stata una **pianificazione partecipata**. Più di 50 operatori provenienti da diversi settori, sanitari e non, sono stati coinvolti nella fase di ideazione e pianificazione
- La pianificazione è stata basata il più possibile sulle **evidenze di efficacia**. I gruppi di lavoro hanno utilizzato la *Evidence* al fine di garantire la massima efficacia pratica possibile (*effectiveness*) alle azioni e alle attività previste nel PRP.
- Si è tenuto conto della **multisetorialità** e del principio della ***Health in all Policies***".
- E' stata considerata la **sostenibilità** delle azioni. Gli interventi previsti sono stati ideati e pianificati con l'obiettivo di non rappresentare interventi episodici ma, al contrario, di puntare a una **messa a sistema** delle azioni alla luce della loro sostenibilità nel tempo.
- Sono state adottate azioni ispirate al principio del contrasto **alle disuguaglianze di salute e alla promozione dell'equità**.

Il PRP 2014-18 prevede, inoltre, un Piano di Monitoraggio e un Piano di Valutazione che declinano, rispettivamente, gli indicatori di processo e di esito.

4. Modelli

Al PRP 2014-18 è stata data una struttura che potesse rendere la sua complessità comprensibile e, soprattutto, che ne permettesse un'efficace governance e un'efficace / efficiente implementazione.

Il PRP 2014-18 è stato strutturato, dunque, utilizzando la seguente schematizzazione.

- **Programmi**: il Piano ne include 8.
- **Azioni**: ciascun programma è suddiviso in un certo numero di Azioni, ciascuna delle quali è caratterizzata da un Obiettivo Specifico Regionale
- **Attività**: ciascuna Azione è stata declinata nel dettaglio in un Quadro Logico che include singole attività a loro volta riportate in un crono-programma dettagliato (Allegato 1 del PRP)
- **Piano di Monitoraggio e Valutazione**: includono gli indicatori di processo e di esito rispettivamente (Allegato 3 del PRP)

5. Risultati attesi

Per Risultati Attesi, utilizzando il paradigma di riferimento del *Project Cycle Management*, si intendono i risultati intermedi riportati nei quadri logici delle Azioni (Allegato 1 del PRP), ossia i servizi/ output/ deliverable che una serie di attività consente di raggiungere come tappa intermedia, premessa organizzativa e "di sistema" necessaria per l'ottenimento degli esiti sulla salute.

6. Tempistica

Il PRP 2014-18 prevede i crono programmi dettagliati che prevedono i tempi entro cui le attività dovranno essere implementate. Si riportano nell'**allegato A** i crono-programmi relativi alle singole Azioni dei Programmi del PRP relativi all'Accordo Stato Regioni del 30 luglio 2015, con tempi previsti e responsabilità (regionale o aziendale).

7. Indicatori

Il PRP 2014-18 prevede un dettagliato Piano di Monitoraggio che riporta, anno per anno, i singoli indicatori, e i relativi valori, per la valutazione di processo (Allegato 3 del PRP). Il Piano di Monitoraggio inoltre evidenzia, tra tutti quelli riportati, i così detti "Indicatori Sentinella". Questi ultimi rappresentano gli indicatori che s'intende utilizzare per la presente linea progettuale 6.

Per la declinazione degli indicatori della presente linea progettuale, dunque, si fa riferimento agli "Indicatori Sentinella" descritti nell'Allegato 3 del PRP.

Per quanto non espressamente riportato nel presente documento si fa riferimento alla DGR n. 860 del 29/12/2015, avente per oggetto "Approvazione del Piano Regionale della Prevenzione della Regione Campania per gli anni 2014 — 2018" e successivo DCA n° 36 del 1.6.2016 avente ad oggetto "Recepimento osservazioni Ministero della Salute ed Approvazione con modifiche del Piano Regionale della Prevenzione della Regione Campania per gli anni 2014 — 2018".

ALLEGATO A**Programma A - Essere informati per saper decidere**

Azione A.1 - Le Sorveglianze di Salute Pubblica Cronoprogramma sintetico delle principali attività					
Attività principali	Responsabilità	2016			
		I	II	III	IV
1.1: Realizzare gli adeguamenti organizzativi a livello regionale per garantire il funzionamento dei Sistemi di Sorveglianza	Regione	x	x		
1.2: Definire le capacità di sistema curriculum formativo a livello regionale e aziendale	Regione	x	x		
1.3: Offrire formazione specifica agli operatori aziendali su <i>Health Equity Audit</i>	Regione		x	x	
1.4: Programmare piano di comunicazione sui contenuti dei Sistemi di Sorveglianza	Regione	x	x		
1.5: Realizzare almeno 1 evento di comunicazione a livello regionale	Regione			x	X
1.6: Produrre un atto formale su policy aziendale sui Sistemi di Sorveglianza	DG Asl		x		
1.7: Realizzare in Asl adeguamenti organizzativi per garantire il dei Sistemi di Sorveglianza	UO Asl		x	x	
1.8: Migliorare le competenze degli operatori aziendali adeguandole al curriculum formativo	UO Asl		x	x	x
1.9: Realizzare almeno ogni 3 anni il Profilo di Salute della popolazione residente in Asl	UO Asl				x
2.1: Formazione per operatori aziendali sull'utilizzo dei Sistemi di Sorveglianza per garantire l'attenzione all'equità	UO Asl			x	x
2.2: Realizzazione periodica di <i>Health Equity Audit</i> utilizzando i dati dei Sistemi di Sorveglianza	UO Asl				
3.1: Recepire linee di indirizzo regionali sui piani di comunicazione sui risultati dei Sistemi di Sorveglianza di Salute Pubblica	DG Asl		x	x	
3.2: Realizzare formazione	Regione			x	x

sulla comunicazione in favore degli operatori dei SiS delle Asl					
3.3: Comunicazione periodica diretta a operatori sanitari e principali gruppi di interesse come previsto dalle LL. II, regionali	UO Asl				x
3.4: Produrre un Profilo di Equità regionale, integrato tra i Sistemi di Sorveglianza e un report regionale integrato tra i SiS su almeno uno dei 4 principali fattori di rischio/anno	Regione				x

Azione A.1 - Le Sorveglianze di Salute Pubblica	
Indicatori Regionali che ciascuna Azienda Sanitaria dovrà soddisfare nei tempi indicati	
Indicatore	2016
A 1.1 - Pubblicazione dei report regionali e aziendali delle singole sorveglianze entro la fine dell'anno di rilevazione (OKkio e HBSC) e entro la fine dell'anno successivo a quello della rilevazione (per PASSI e PdA)	
A 1.2 - Pubblicazione di un profilo di equità regionale, integrato ai sistemi di sorveglianza di salute pubblica	
A 1.3 - Pubblicazione di un report regionale integrato tra i sistemi di sorveglianza di salute pubblica su almeno uno dei quattro fattori di rischio per anno	-
A 1.4 - Copertura delle rilevazioni, a livello regionale, come previsto nei relativi protocolli dei singoli sistemi di sorveglianza	
A 1.5 - Emanazione atto formale per la definizione degli standard delle capacità di sistema e delle competenze degli operatori (CV)	

A 1.6 - Realizzazione di almeno un evento di comunicazione aziendale al quale partecipano tutte le UUOO coinvolte nella realizzazione e nella fruizione dei Sistemi di Sorveglianza	-
A 1.7 - Partecipazione di almeno 1 operatore per ciascun Sistema di Sorveglianza dell'Azienda Sanitaria ad almeno un incontro formativo ECM regionale	-
A 1.8 - Realizzazione da parte delle singole Aziende Sanitarie locali, entro il 2018, di almeno 1 <i>Health Equity Audit</i>	-
A 1.9 - Realizzazione di almeno un evento formativo regionale ECM sulla comunicazione aziendale	-
A 1.10 - Realizzazione di almeno un evento aziendale di comunicazione sui risultati dei sistemi di sorveglianza	-

Programma B - Benessere nella Comunità

Azione B.1 - Promozione della Salute nella Comunità Cronoprogramma sintetico delle principali attività					
Attività principali	Responsabilità	2016			
		I	II	III	IV
1.1: Attivare Gruppo di Studio regionale per individuare le Buone Pratiche e definire i criteri per la traslazione nell'Asl	Regione	x			
1.2: Definire competenze operatori e capacità di sistema dell'Asl per implementazione delle attività di Promozione della Salute	Regione	x			
1.3: Produrre documento che riporti i risultati del lavoro del Gruppo di Studio	Regione	x			
1.4: Realizzazione conferenza tra decisori regionali e aziendali, Ministero della Salute, ISS sulla proposta del Gruppo di Studio	Regione e DG Asl	x	x		
1.5: Percorso formativo per operatori coinvolti nella Promozione della Salute e alle direzioni sanitarie Asl sulle Buone Pratiche	Regione		x		
2.1: Censimento attività di Educazione e Promozione della Salute in Asl e il rispetto di standard di Buone Pratiche	UO Asl	x	x		
2.2: Gli interventi censiti sono classificati in base all'aderenza a criteri di Buone Pratiche	UO Asl	x	x		
3.1: Il Gruppo di Studio ri-definisce la proposta regionale destinata alle aziende sanitarie sulla Promozione della Salute	Regione		x		
3.2: Recepire proposta regionale e definire l'articolazione aziendale per la governance azioni intersettoriali di PS	DG Asl		x		
3.3: Proporre a tutte le strutture coinvolte dalle attività, il programma attuativo Asl sulle attività di Promozione della Salute	DG Asl		x		
4.1: Individuare in Asl enti, istituzioni e reti locali utili per il coinvolgimento della Comunità per le attività di PS e definire accordi territoriali	DG Asl		x		
4.2: Attivare tavoli a livello distrettuale, per la realizzazione delle attività con i direttori dei distretti sanitari	DG Asl		x		

5.1: Definire un programma attuativo aziendale intersettoriale di PS	DG Asl		x	x	
6.1: Verifica bisogni formativi operatori	DG Asl	x	x	x	
6.2: Provvedere all'offerta di eventuali corsi di formazione	UO Asl		x	x	x
6.3: Assicurare una governance aziendale efficace e continuativa delle attività di Promozione della Salute	DG Asl	x	x	x	x
6.4: Mantenere stabile la collaborazione con enti, istituzioni e reti locali per un efficace coinvolgimento della Comunità	DG Asl e UO Asl	x	x	x	x
6.5: Avviare concretamente le attività di Promozione della Salute in favore della popolazione	UO Asl				
6.6: Assicurare il monitoraggio delle attività	UO Asl	x	x	x	x

Azione B.1 - Promozione della Salute nella Comunità	
Indicatori Regionali che ciascuna Azienda Sanitaria dovrà soddisfare nei tempi indicati	
Indicatore	2016
B 1.1 - Stipula di accordi intersettoriali a livello regionale con almeno 5 istituzioni non sanitarie relativamente alle attività di promozione della salute	SI
B 1.2 - Attivazione con atto formale Gruppo di Studio regionale su Promozione della Salute	SI
B 1.3 - Emanazione di un documento regionale con la definizione delle competenze degli operatori e delle capacità di sistema dell'azienda sanitari	SI
B 1.4 - Realizzazione di almeno un corso ECM aziendale di formazione	SI
B 1.5 - Realizzazione di un documento aziendale che descrive i risultati del lavoro di censimento delle attività in essere, di verifica della loro appropriatezza e delle prospettive di adeguamento	SI
B 1.6 - Realizzazione di un atto formale di recepimento del programma regionale di EPS	SI

fonte: <http://burc.regione.campania.it>

Azione B.2 - Aumento estensione e adesione screening oncologici					
Cronoprogramma sintetico delle principali attività					
Attività principali	Responsabilità	2016			
		I	II	III	IV
1.1: Il Gruppo di Coordinamento Regionale Screening definisce le caratteristiche specifiche del tracciato record e formalizza i relativi flussi informativi	Regione	x			
1.2: Implementare a livello aziendale un software per la gestione di tutte le procedure ed interfacciabile con il Coordinamento Regionale Screening	DG Asl	x			
1.3: Individuare la migliore fonte da cui prelevare l'anagrafe assistiti aggiornata in tempo reale	UO Asl	x	x		
1.4: Formare gli operatori coinvolti all'utilizzo del software	UO Asl	x	x		
2.1: La Direzione Generale Asl assume come suo obiettivo la promozione e la realizzazione degli screening rendendo pubblica la sua policy	DG Asl	x			
2.2: Costituire il gruppo di coordinamento aziendale con funzioni organizzative, di gestione e di verifica e valutazione dei programmi di screening	DG Asl	x			
2.3: Recepire e implementare le indicazioni del Coordinamento Regionale Screening circa i requisiti standard organizzativi per ciascuno dei 3 screening	DG Asl	x	x		
2.4: La Direzione Generale Asl, il Gruppo di coordinamento e i rappresentanti MMG sottoscrivono un accordo per aumentare reclutamento degli assistiti allo screening	DG Asl	x			
3.1: Realizzare un Profilo di Equità sulla copertura screening attraverso l'implementazione dell' <i>Health Equity Audit</i>	UO Asl	x	x		

3.2: Realizzare il piano della comunicazione aziendale in base alle indicazioni regionali	UO Asl		x	x	x
4.1: Predisporre le lettere invito complete e personalizzate e preparare un piano per la spedizione delle lettere invito	UO Asl		x	x	x
4.2: Formare gli operatori coinvolti sull'utilità della promozione consapevole del programma di screening	UO Asl		x	x	x
5.1: Monitorare a livello aziendale l'adesione ai vari livelli di ciascuno dei tre screening	UO Asl		x	x	x
5.2: Recuperare attivamente i non rispondenti con sollecito tramite re-invito con lettera e poi telefonico	UO Asl		x	x	x
5.3: Recuperare i dati relativi alla tipologia di intervento e stadio del tumore per tutti i soggetti che si sono rivolti a strutture esterne	UO Asl		x	x	x

Azione B.2 - Aumento Estensione e Adesione screening oncologici	
Indicatori Regionali che ciascuna Azienda Sanitaria dovrà soddisfare nei tempi indicati	
Indicatore	2016
B 2.1 - Produzione di un documento di indirizzo organizzativo regionale in cui si definiscono ruoli e responsabilità	SI
B 2.2 - Produzione di un documento di indirizzo regionale relativo ai PDTA relativo ai tre tumori	SI
B 2.3 - Estensione regionale e in ciascuna azienda sanitaria del 100% del numero di persone invitate allo screening del tumore della mammella	100%

B 2.4 - Raggiungimento regionale e in ciascuna azienda sanitaria del 60% del tasso di adesione del target totale per lo screening del tumore della mammella	60%
B 2.5 - Raggiungimento a livello regionale e aziendale 100% del numero di persone invitate allo screening del tumore della cervice uterina	100%
B 2.6 - Raggiungimento a livello regionale e aziendale del 50% del tasso di adesione del target totale per lo screening del tumore della cervice uterina	50%
B 2.7 - Raggiungimento a livello regionale e aziendale del 100% del numero di persone invitate allo screening del tumore del colon retto	100%
B 2.8 - Raggiungimento a livello regionale e aziendale del 60% del tasso di adesione del target totale per lo screening del tumore del colon retto	50%
B 2.9 - Implementazione del tracciato record in accordo alle specifiche regionali	SI
B 2.10 - Messa a regime di un software a livello aziendale per la gestione di tutte le procedure e interfacciabile con la Regione	SI
B 2.11 - Costituzione di una struttura aziendale ad hoc, secondo il DC n.14/2014	SI
B 2.12 - Produzione di un documento organizzativo aziendale per gli operatori, in cui si definiscono i ruoli e le responsabilità	SI
B 2.13 - Implementazione di un piano aziendale della comunicazione secondo le indicazioni regionali	SI
B 2.14 - Realizzazione di almeno 1 corso di formazione aziendale sulla promozione consapevole del programma di screening e sull'aumento della percezione del rischio	SI

B 2.15 - Formazione del personale per l'utilizzo del software	Corsi di formazione per l'utilizzo del software
B 2.16 - Redazione di un report aziendale annuale sull'adesione tra le popolazioni target, ai vari livelli di ciascuno dei tre screening	SI

Azione B.3 - Implementazione HPV-DNA Test per lo screening del cancro della cervice uterina					
Cronoprogramma sintetico delle principali attività					
		2016			
Attività principali	Responsabilità	I	II	II I	I V
1.1: Il Gruppo di Coordinamento Regionale Screening definisce le linee di indirizzo per le Asl per l'inserimento del test HPV-DNA	Regione	x			
1.2: Adeguare a livello aziendale i materiali informativi per la popolazione e le procedure del software gestionale,	DG Asl	x	x		

interfacciabile con la Regione					
2.1: La Direzione Generale Asl adotta le linee di indirizzo regionali adeguando l'attuale organizzazione	DG Asl		x	x	
2.2: Formare gli operatori alle procedure per l'adozione del test HPV-DNA e all'utilizzo del software	UO Asl			x	x
2.3: Mettere a regime le attività e monitorare le procedure dello screening con test HPV-DNA	UO Asl				

Azione B.3 - Implementazione HPV-DNA Test per lo screening del cancro della cervice uterina	
Indicatori Regionali che ciascuna Azienda Sanitaria dovrà soddisfare nei tempi indicati	
Indicatore	2016
B 3.1 - Adozione atto regionale di recepimento delle raccomandazioni ministeriali che definisce le linee di indirizzo per le aziende sanitarie locali per l'implementazione del test di screening per il cancro della cervice uterina HPV-DNA	SI
B 3.2 - Recepimento aziendale con atto formale delle linee di indirizzo regionali per l'implementazione del test di screening per il cancro della cervice uterina HPV-DNA	SI
B 3.3 - Realizzazione di almeno un corso aziendale di formazione per operatori sull'implementazione del test di screening per il cancro della cervice uterina HPV-DNA	SI
B 3.4 – Avvio del test di screening per il cancro della cervice uterina HPV-DNA	

Azione B.4 -Implementazione screening soggetti a rischio eredo-familiare per tumore della mammella

Cronoprogramma sintetico delle principali attività					
Attività principali	Responsabilità	2016			
		I	II	III	IV
1.1: Il Gruppo di Coordinamento Regionale Screening definisce le linee di indirizzo per le Asl per l'inserimento del counselling oncogenetico e del test genetico	Regione	x			
1.2: Adeguare a livello aziendale i materiali informativi per la popolazione e le procedure del software gestionale, interfacciabile con la Regione	DG Asl	x	x		
2.1: La Direzione Generale Asl adotta le linee di indirizzo regionali adeguando l'attuale organizzazione	DG Asl		x	x	
2.2: Formare gli operatori alle procedure per l'adozione del counselling oncogenetico e del test genetico e all'utilizzo del software	UO Asl			x	x
2.3: Mettere a regime le attività e monitorare le procedure dello screening (counselling oncogenetico e test genetico)	UO Asl				

Azione B.4 - Implementazione screening soggetti a rischio eredo-familiare per tumore della mammella	
Indicatori Regionali che ciascuna Azienda Sanitaria dovrà soddisfare nei tempi indicati	
Indicatore	2016
B 4.1 - Adozione atto regionale di recepimento delle raccomandazioni ministeriali che definisce le linee di indirizzo per le aziende sanitarie locali per l'implementazione del counseling oncogenetico e del test genetico per lo screening del cancro della mammella	SI
B 4.2 - Recepimento aziendale con atto formale delle linee di indirizzo regionali per l'implementazione del counseling oncogenetico e del test genetico per lo screening del cancro della mammella	SI
B 4.3 - Definizione dell'accordo e del piano operativo con i MMG per l'attuazione di quanto disposto dalla legge n.6/2014	SI
B 4.4 - Attuazione dei percorsi per il counseling oncogenetico e del	

test genetico per lo screening del cancro della mammella	
--	--

Azione B.5 - Identificazione e presa in carico di pazienti a rischio di MCNT					
Cronoprogramma sintetico delle principali attività					
Attività principali	Responsabilità	2016			
		I	II	II I	I V
1.1: Aggiornare l'accordo tra la regione e le rappresentanze dei MMG	Regione	x	x		
1.2: Predisporre il piano operativo sullo studio di fattibilità	Regione	x	x		
2.1: La Direzione generale Aziendale recepisce e dà attuazione al piano operativo regionale e stipula gli accordi aziendali con i MMG	DG Asl		x	x	
3.1: Analizzare e condividere i bisogni formativi dei MMG	UO Asl			x	
3.2: Definire e realizzare un percorso formativo su presupposti scientifici, obiettivi e modalità operative, così come definiti dallo studio di fattibilità	UO Asl			x	x
4.1: Produrre un atto formale da parte delle Direzioni Aziendali dell'avvio del programma	DG Asl				
4.2: Implementare le attività di reclutamento attivo del target e offerta del miglioramento comportamentale o del trattamento farmacologico presso gli ambulatori dei MMG	UO Asl				
5.1: Attivare gruppo regionale di lavoro su adeguamento PDTA Diabete, alla luce del PRP 14-18, con partecipazione dei MMG, dei diabetologi e del management aziendale, con particolare attenzione all'aumento dell'efficacia ed efficienza e alla riduzione delle disuguaglianze di salute	Regione	x			
5.2: Adeguare il PDTA per la gestione integrata del paziente diabetico, comprensivo del modello organizzativo, del piano formativo, del piano di monitoraggio e dei tempi di realizzazione	Regione	x	x		
5.3: Recepire il PDTA regionale aggiornato, contestualizzandolo alla realtà locale attraverso la redazione di	DG Asl		x		

un piano attuativo					
5.4: Realizzare la formazione comune a MMG, diabetologi e ad altri specialisti coinvolti nel <i>disease management</i>	UO Asl			x	x
5.5: Adeguare il sistema informativo aziendale per la gestione integrata del Diabete	UO Asl				
5.6: Realizzare le attività assistenziali	UO Asl				

Azione B.5 - Identificazione e presa in carico di pazienti a rischio di MCNT	
Indicatori Regionali che ciascuna Azienda Sanitaria dovrà soddisfare nei tempi indicati	
Indicatore	2016
B 5.1 - Realizzazione entro il 2016 di uno studio di fattibilità a livello regionale di un programma di popolazione per l'identificazione precoce dei soggetti in fascia d'età 45-60 anni in condizioni di rischio aumentato per MCNT	SI
B 5.2 - Attivazione del programma secondo le modalità individuate dallo studio di fattibilità e presenza di indicatori di estensione e di adesione	
B 5.3 - Adeguamento del PDTA da parte del gruppo regionale per la gestione integrata del paziente diabetico	SI
B 5.4 - Adeguamento dei contenuti dell'art. 14 dell'accordo con i MMG al PRP 2014-2018	SI
B 5.5 - Recepimento a livello aziendale del piano operativo regionale	-
B 5.6 - Realizzazione del percorso formativo multi-modulare obbligatorio per i MMG	-
B 5.7 - Documentazione formale aziendale di avvio del	-

programma	
B 5.8 - Delibera Aziendale di recepimento dell'adeguamento del PDTA Regionale per la gestione integrata del paziente diabetico	-
B 5.9 - Formazione aziendale comune sul PDTA per il paziente diabetico	-
B 5.10 - Proporzione di MMG che hanno implementato in almeno il 50% dei propri pazienti target il programma di identificazione precoce dei soggetti con aumentato rischio di MCNT e di offerta di counseling motivazionale breve per interventi comportamentali o farmacologici adeguati	-
B 5.11 - Adozione di linee d'indirizzo regionali sulla promozione dell'esercizio fisico nei soggetti con patologie croniche	SI
B 5.12 - Proporzione di persone con patologia cronica che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di praticare regolare attività fisica	-

Azione B.6 - Miglioramento delle capacità dei servizi sanitari nelle attività di prevenzione e promozione della salute Cronoprogramma sintetico delle principali attività					
		2016			
Attività principali	Responsabilità	I	II	III	IV
1.1: Definire l'accordo con le rappresentanze sindacali dei MMG	Regione	x	x		
1.2: Recepire l'accordo con i MMG a livello aziendale e definire un piano delle attività per il miglioramento delle	DG Asl		x		

competenze degli operatori e della capacità del sistema					
2.1: Condividere i bisogni formativi con i MMG e gli operatori sanitari, con particolare riguardo al “colloquio motivazionale breve”	UO Asl		x		
2.2: Realizzare un percorso formativo su obiettivi e modalità operative sulle attività di prevenzione e promozione della salute per i MMG e agli altri operatori sanitari	UO Asl		x	x	x
2.3: Adeguare gli ambienti sanitari perché offrano maggiori opportunità agli operatori sanitari stessi e ai pazienti di conoscere e adottare stili di vita salutari	UO Asl		x	x	x
3.1: Implementare le attività previste dal programma aziendale per migliorare gli stili di vita degli operatori sanitari stessi	UO Asl		x	x	x
3.2: Implementare le attività previste dal programma aziendale finalizzato a migliorare la promozione della salute in favore della popolazione	UO Asl				

Azione B.6 - Miglioramento delle capacità dei servizi sanitari nelle attività di prevenzione e promozione della salute	
Indicatori Regionali che ciascuna Azienda Sanitaria dovrà soddisfare nei tempi indicati	
Indicatore	2016
B 6.1 - Accordo con le rappresentanze dei MM	SI
B 6.2 - Recepimento dell'accordo dei MMG a livello aziendale	SI
B 6.3 - Realizzazione di un Percorso formativo comune sulle attività di prevenzione e promozione della salute destinato agli MMG	SI

Programma C - I primi 1.000 giorni di vita

Azione C.1 - Promozione allattamento materno nei punti nascita Cronoprogramma sintetico delle principali attività					
Attività principali	Responsabilità	2016			
		I	II	III	IV
1.1: Costituire un Gruppo Regionale multidisciplinare "Promozione, Protezione e Sostegno all'Allattamento Materno"	Regione	x			
1.2: La Direzione Generale dell'Azienda Sanitaria, attiva Gruppo Aziendale di Coordinamento delle attività relative alla promozione e al sostegno dell'AM	DG Asl	x			
1.3: Migliorare attenzione all'Equità con realizzazione periodica di <i>Health Equity Audit</i>	UO Asl	x	x		
1.4: Atto formale sugli adeguamenti organizzativi dei reparti di ostetricia e del nido	UO Asl		x	x	
1.5: Produrre uno strumento informativo su adeguata evoluzione della gravidanza e del parto e ai principali temi di salute del bambino da 0 a 5 anni	UO Asl	x	x		
1.6: Riprodurre lo strumento informativo per i genitori riportato alla precedente Attività 1.5	UO Asl		x	x	
1.7: Realizzare percorso formativo comune sull'AM (OMS/Unicef)	UO Asl	x	x	x	
1.8: Implementare il modello "Ospedali Amici dei Bambini" con particolare attenzione verso le madri che hanno partorito mediante Taglio Cesareo e/o più vulnerabili	UO Asl				x
1.9: Implementare una procedura integrata per il confronto tra operatori del punto nascita, della UOMI e delle Cure Primarie	UO Asl				
2.1: Realizzare i punti 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 inclusi nei 10 passi del Progetto OMS-Unicef "Ospedali Amici dei Bambini".	UO Asl				x
2.2: Ridefinire l'apertura al pubblico del reparto in base all'esigenza del <i>rooming-in</i>	UO Asl		x	x	x
2.3: Sostenere e istruire all'AM tutte le madri, con particolare attenzione a quelle che hanno partorito con TC e quelle più vulnerabili	UO Asl		x	x	x
2.4: Alla dimissione promuovere l'AM, consegnare lo strumento informativo per i genitori e rispettare il "Codice Internazionale sulla Commercializzazione	UO Asl		x	x	x

dei Sostituti del Latte Materno”					
2.5: Realizzare semestralmente, in almeno uno dei punti nascita aziendali indagini campionarie di <i>custode satisfaction</i> sulla qualità percepita del percorso nascita	UO Asl				x
2.6: Favorire il follow-up del neonato presso il punto nascita entro 30 giorni dalla dimissione, in accordo al D.G.R. n 546 del 30/3/2007	UO Asl		x	x	x

Azione C.1 - Promozione allattamento materno nei punti nascita	
Indicatori Regionali che ciascuna Azienda Sanitaria dovrà soddisfare nei tempi indicati	
Indicatore	2016
C 1.1 - Costituzione gruppo regionale multidisciplinare "Promozione, Protezione e sostegno all'AM", e definizione delle procedure utili alla promozione dell'AM in ogni punto nascita e nella Comunità	SI
C 1.2 - Aumento dal 53% al 70% entro il 2018 della prevalenza di AM esclusivo alla dimissione tra i neonati di TC	58%
C 1.3 - Aumento dal 79% all'85% entro il 2018 della prevalenza di AM esclusivo alla dimissione tra tutti i neonati	80%
C 1.4 - Produzione di un atto formale con cui i Direttori Sanitari del P.O. e delle U.O.C. di Ostetricia e Neonatologia delle strutture sanitarie ospedaliere pubbliche e private accreditate predispongono l'adeguamento dei reparti e delle procedure	30% delle strutture produce l'atto formale
C 1.5 - Realizzazione di almeno un percorso aziendale (strutture pubbliche e private accreditate) di formazione sul modello OMS/Unicef entro il 2018 sull'allattamento materno	30% delle strutture realizza il percorso

Azione C.2 - Promozione allattamento materno nella Comunità Cronoprogramma sintetico delle principali attività					
Attività principali	Responsabilità	2016			
		I	II	III	IV
1.1: v. Attività 1.1, Azione C.1	Regione	x			
1.2: v. Attività 1.2, Azione C.1	DG Asl	x			
1.3: v. Attività 1.3, Azione C.1	UO Asl	x	x		
1.4: Realizzare formazione (OMS-Unicef) su Comunità Amiche dei Bambini e diffusione del “Codice Internazionale sulla Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno”	UO Asl		x	x	x
1.5: Aumentare il n° di donne partecipanti al Corso di Accompagnamento alla Nascita	UO Asl			x	x
1.6: Vedi Azione C.1, Attività 1.6	UO Asl		x	x	
1.7: Organizzare incontri periodici, nel post-parto, negli ambulatori dei PLS disponibili, tra operatori sanitari delle UOMI e neo-genitori sui temi del sostegno alla genitorialità	UO Asl				
1.8: Coinvolgere liberi professionisti (Ginecologi, Ostetriche) del DS per la promozione dell'AM	UO Asl			x	x
1.9: Promuovere l'utilizzo, da parte dei PLS, delle Curve di Crescita WHO per i lattanti allattati al seno	UO Asl			x	x
2.1: Una volta/anno, in occasione della “Settimana Mondiale per l'Allattamento al Seno”, organizzare almeno due eventi di comunicazione	UO Asl				x
2.2: Favorire lo sviluppo, nell'ambito del DS, di gruppi di sostegno tra pari sull'AM	UO Asl			x	x
2.3: Coinvolgere esercizi commerciali e mezzi di comunicazione locali (giornali, TV	UO Asl			x	x

locali, radio locali) per realizzare piani di comunicazione a sostegno dell'AM					
--	--	--	--	--	--

Azione C.2 - Promozione allattamento materno nella Comunità	
Indicatori Regionali che ciascuna Azienda Sanitaria dovrà soddisfare nei tempi indicati	
Indicatore	2016
C 2.1 - Aumento dal 52% al 65% entro il 2018 della prevalenza di AM esclusivo in occasione della 1° vaccinazione (3° mese di vita del bambino)	55%
C 2.2 - Aumento dal 21% al 35% entro il 2018 della prevalenza di AM non esclusivo in occasione della 1° vaccinazione (3° mese di vita del bambino)	25%
C 2.3 - Proporzione di Aziende che hanno istituito il gruppo aziendale di coordinamento delle attività relative alla promozione dell'AM	7 ASL su 7 hanno istituito il gruppo aziendale di coordinamento
C 2.4 - Partecipazione al percorso formativo di almeno il 30% del personale delle singole categorie del personale sanitario coinvolto nella protezione, promozione e sostegno dell'AM (PLS, infermieri-assistenti sanitari-ostetriche, ginecologi consultoriali)	15%
C 2.5 - Stampa e diffusione dello strumento informativo per il sostegno alla genitorialità	SI

C 2.6 - Aumento del numero di donne che ha seguito il Corso di Accompagnamento alla Nascita in ciascun distretto	+15% rispetto al 2015
C 2.7 - Realizzazione di almeno un evento pubblico annuale sull'AM in ciascun distretto dell'ASL	20% dei distretti realizzano l'evento sull'AM

Azione C.3- Screening audiologico neonatale Cronoprogramma sintetico delle principali attività					
Attività principali	Responsabilità	2016			
		I	II	III	IV
1.1: Produrre atto regionale sulle procedure dello screening audiologico neonatale	Regione	x			
1.2: Verificare e rendere efficienti le apparecchiature utilizzate presso i punti nascita pubblici e privati	UO Asl		x		
1.3: Attivare formazione per il personale dei punti nascita, patologie neonatali/TIN e secondo livello intra-Asl	DG Asl		x	x	
1.4: Adeguare l'organizzazione dei centri di 1° e 2° livello intra-aziendale per un'appropriata realizzazione delle attività di screening e di conferma diagnostica	DG Asl			x	x
1.5: Definire le modalità di invio dei positivi al 2° livello presso il Centro Regionale di Riferimento	UO Asl			x	x
1.6: Sottoporre tutti i neonati alle procedure di screening	UO Asl				
2.1: Mettere a punto un sistema informativo che consenta ai centri di 1° e	Regione	x	x		

2° livello di comunicare con il Centro di Riferimento Regionale di 3° livello (Attività a carico del CRR)					
2.2: Attivare formazione in favore degli operatori dei punti nascita/patologie neonatali/Tin per l'implementazione del sistema informativo telematico	Regione		x	x	x
2.3: Partecipare all'attività di monitoraggio e di valutazione periodica da parte del CRR	UO Asl			x	x

Azione C.3- Screening audiologico neonatale	
Indicatori Regionali che ciascuna Azienda Sanitaria dovrà soddisfare nei tempi indicati	
Indicatore	2016
C 3.1 - Produzione di un atto regionale che disciplini le procedure e i livelli di conferma diagnostica dello screening audiologico neonatale	SI
C 3.2 - Esecuzione, da parte di tutti i punti nascita, patologie neonatali/Terapie Intensive Neonatali aziendali dello screening audiologico neonatale	80%
C 3.3 - Aumento dall'82,9% al 90% entro il 2018 della prevalenza annuale di neonati ai quali viene effettuato lo screening audiologico	85%
C 3.4 - Proporzione di Punti nascita, Patologie neonatali, Terapie Intensive Neonatali delle strutture Sanitarie (pubbliche e private accreditate) che hanno attivato le procedure dello screening audiologico neonatale nei centri di 1° livello	60%
C 3.5 - Proporzione di centri di 2° livello intra-aziendali che hanno attivato le procedure dello screening audiologico neonatale	60%
C 3.6 - Attivazione di un sistema informativo telematico di collegamento tra i 3 livelli del percorso screening	-

Azione C.4 - Screening oftalmologico neonatale Cronoprogramma sintetico delle principali attività					
Attività principali	Responsabilità	2016			
		I	II	III	IV
1.1: Produrre atto regionale sulle procedure dello screening	Regione	x			
1.2: Recepimento aziendale delle linee di indirizzo regionali	DG Asl	x	x		

1.3: Adottare nelle UOC -nelle quali si realizza lo screening- le procedure diagnostiche necessarie	UO Asl		x	x	
1.4: Acquisire l'apparecchiatura necessaria	UO Asl		x	x	
1.5: Attivare percorsi di formazione per il personale dei punti nascita, delle patologie neonatali/TIN e del secondo livello intra-aziendale	UO Asl		x	x	x
1.6: Definire i percorsi intra-Asl per conferma diagnosi (UO di Oculistica)	DG Asl			x	x
1.7: Definire un percorso diagnostico per i neonati ricoverati presso le Patologie Neonatali e le TIN i quali vanno comunque sottoposti a controllo presso il Centro di 3° livello	DG Asl			x	x
2.1: Individuare i requisiti del centro/dei centri di 3° livello regionale di oftalmologia pediatrica	Regione	x	x		

Azione C.4 - Screening oftalmologico neonatale	
Indicatori Regionali che ciascuna Azienda Sanitaria dovrà soddisfare nei tempi indicati	
Indicatore	2016
C 4.1 - Produzione di un atto regionale che disciplini le procedure di screening e individui i nodi della rete per la conferma diagnostica	SI
C 4.2 - Proporzione dei punti nascita, U.O. delle patologie neonatali/Terapie Intensive Neonatali presenti nelle strutture sanitarie (pubbliche e private accreditate) che eseguono lo screening oftalmologico neonatale entro il 2018	50%
C 4.3 - Aumento della prevalenza annuale di neonati ai quali viene effettuato lo screening oftalmologico	80%
C 4.4 - Proporzione dei Punti nascita, U.O. Patologie neonatali, Terapie Intensive Neonatali presenti nelle strutture sanitarie (pubbliche e private accreditate) che hanno attivato le procedure dello screening oftalmologico neonatale nei centri di 1° livello	60%

C 4.5 - Proporzione dei Punti nascita, U.O. Patologie neonatali, Terapie Intensive Neonatali presenti nelle strutture sanitarie (pubbliche e private accreditate) che hanno attivato le procedure dello screening oftalmologico neonatale nei centri di 2° livello	60%
---	-----

Azione C.5 - Screening TSH neonatale: miglioramento del flusso informativo					
Cronoprogramma sintetico delle principali attività					
Attività principali	Responsabilità	2016			
		I	II	III	IV
1.1: Produrre linee d'indirizzo regionali su standard di funzionamento del programma regionale screening Ipotiroidismo Congenito (IC)	Regione	x			
2.1: Verificare i dati sui percorsi diagnostico-terapeutici dal Centro Regionale screening dell'IC e il funzionamento del sistema informativo	Regione	x	x		
2.2: Realizzare Audit tra i centri regionali di 2° livello su eventuali criticità con particolare riferimento allo scambio di informazioni	Regione		x	x	
3.1: Mettere a punto il sistema informativo con particolare riferimento all'invio delle informazioni, nei tempi previsti all'Osservatorio Nazionale	Regione			x	x
3.2: Il sistema informativo è a regime	Regione				

Azione C.5 - Screening TSH neonatale: miglioramento del flusso informativo
Indicatori Regionali che ciascuna Azienda Sanitaria dovrà soddisfare nei tempi indicati

Indicatore	2016
C 5.1 - Definizione di Linee di Indirizzo Regionali sul funzionamento del sistema informativo a supporto del programma di screening per l'Ipotiroidismo Congenito	SI
C 5.2 - Produzione di un Report di verifica dell'attività del centro regionale di coordinamento del programma di screening per l'Ipotiroidismo Congenito	SI
C 5.3 Realizzazione di un Audit tra i diversi attori dei livelli diagnostici del programma di screening per l'Ipotiroidismo Congenito	SI
C 5.4 Produzione di un Report annuale sul funzionamento del sistema informativo relativo al programma di screening per l'Ipotiroidismo Congenito	-

Azione C.6 - GenitoriPiù e Early Child Development Cronoprogramma sintetico delle principali attività					
Attività principali	Responsabilità	2016			
		I	II	III	IV
1.1: Recepire programma nazionale <i>GenitoriPiù</i> , delineare il curriculum formativo degli operatori	Regione	x			
1.2: Recepire linee di indirizzo regionali e produrre atto formale per realizzare il programma	DG Asl	x	x		
2.1: Formazione professionale operatori per soddisfare il curriculum formativo	UO Asl		x	x	x
2.2: Realizzare attività in accordo con altri operatori coinvolti nella gestione della gravidanza e del bambino	UO Asl				x
3.1: Stampare libretto sul sostegno alla genitorialità da distribuire a tutti i neo-genitori (v. C.1, Attività 1.5)	DG Asl	x	x	x	x
3.2: Diffondere a tutte le gravide o neo-genitori lo strumento informativo	UO Asl				x
4.1: Audit annuale con gli operatori coinvolti per la verifica delle attività di sostegno alla genitorialità	UO Asl				x
4.2: Riprogrammare delle attività di cui al punto 4.1 in base all'esito dell'audit	UO Asl				x
5.1: Definire ruoli e percorsi sulla diagnosi precoce delle difficoltà dello sviluppo	DG Asl		x		
5.2: Percorso formativo per Neuropsichiatri infantili sulla presa in carico dei lattanti con difficoltà dello sviluppo precoce	UO Asl		x	x	x
5.3: Realizzare un percorso formativo in favore dei PLS e operatori UOMI sui temi dell' <i>Early Child Development</i>	UO Asl		x	x	x

5.4: Attivare, laddove possibile, corsi di massaggio infantile rivolto ai neogenitori	UO Asl				x
--	--------	--	--	--	---

Azione C.6 - GenitoriPiù e Early Child Development	
Indicatori Regionali che ciascuna Azienda Sanitaria dovrà soddisfare nei tempi indicati	
Indicatore	2016
C 6.1 - Adozione regionale del Programma Nazionale GenitoriPiù	SI
C 6.2 - Produzione regionale di un libretto informativo per l'empowerment della famiglia sulla gestione della gravidanza e del parto, e sulle azioni di prevenzione e tutela della salute del bambino fino a 5 anni	SI
C 6.3 - Emanazione di un atto formale aziendale per il recepimento del Programma GenitoriPiù e della promozione dell'ECD	SI
C 6.4 - Proporzione di Aziende nelle quali il Direttore di Distretto ha attivato un tavolo di lavoro sugli interventi da realizzare	SI
C 6.5 - Proporzione di Aziende Sanitarie locali in cui è realizzato almeno 1 corso aziendale di formazione indirizzata agli operatori delle cure primarie e delle donne	SI
C 6.6 - Proporzione di libri consegnati/anno alle gravide o alle neomamme rispetto al numero di nati residenti/anno nel distretto	
C 6.7 - Realizzazione di almeno 1 audit sulle attività di prevenzione in ciascun distretto sanitario	SI
C 6.8 - Emanazione di un atto formale del Dipartimento materno infantile per definire ruoli e procedure e individuare precocemente i lattanti con difficoltà nello sviluppo	SI
C 6.9 - Proporzione di Aziende Sanitarie Locali in cui si realizzi un corso di formazione ECM per PLS e operatori UOMI	SI

Programma D - Verso le “Scuole Promotrici di Salute”

Azione D.1- Scuole promotrici di salute Cronoprogramma sintetico delle principali attività					
Attività principali	Responsabilità	2016			
		I	II	III	IV
1.1: Attivare un Gruppo di Studio regionale per individuare le Buone Pratiche e definire i criteri per la traslazione nel contesto aziendale (v. B.1, attività 1.1)	Regione	x			
1.2: Definire competenze operatori e capacità di sistema dell'Asl per l'implementazione delle attività di Promozione della Salute (v. B.1, attività 1.2)	Regione	x			
1.3: Produrre un documento con i risultati del lavoro del Gruppo di Studio da offrire alle aziende sanitarie (v. B.1, attività 1.3)	Regione	x	x		
1.4: Ricepire il documento del Gruppo di Lavoro regionale per la pianificazione a livello aziendale	DG Asl	x	x		
1.5: Realizzare formazione per gli operatori sanitari coinvolti nell'offrire supporto agli istituti scolastici	UO Asl			x	x
2.1: Implementare un tavolo di lavoro con l'USR e/o con l'Assessorato Regionale all'Istruzione per condividere gli interventi da realizzare nelle scuole	Regione	x	x		
2.2: Proporre e condividere un Protocollo d'Intesa Scuola-Salute con l'USR/UAT provinciali e/o con l'Assessorato	Regione	x	x		

Regionale all'Istruzione					
3.1: Recepire a livello aziendale il Protocollo Scuola-Salute	DG Asl		x		
3.2: Soddisfare i bisogni formativi offrendo ai docenti della scuola formazione e sostegno	UO Asl			x	x
3.3: Realizzare e aggiornare annualmente a livello aziendale un "Catalogo di interventi per la scuola",	UO Asl				x
4.1: Organizzare una giornata in ciascuna Asl in cui si incontrano i Dirigenti scolastici per offrire le proposte contenute nel "Catalogo di interventi per la scuola"	UO Asl				
4.2: Fornire supporto ai dirigenti scolastici e ai docenti	UO Asl			x	x
4.3: Sostenere e favorire adeguamenti organizzativi scolastici atti a rendere la scuola un ambiente promotore di salute	UO Asl			x	x
4.4: Monitorare e valutare gli interventi realizzati negli istituti scolastici	UO Asl			x	x

Azione D.1- Scuole promotrici di salute	
Indicatori Regionali che ciascuna Azienda Sanitaria dovrà soddisfare nei tempi indicati	
Indicatore	2016
D 1.1 - Proporzione di Aziende Sanitarie Locali in cui si realizza un corso di formazione ECM per operatori sanitari sull'offerta di supporto agli istituti scolastici	SI
D 1.2 - Nomina del tavolo di lavoro regionale scuola - salute	SI
D 1.3 - Stipula del Protocollo di Intesa tra USR e/o Assessorato Regionale all'Istruzione e Direzione Generale per la Tutela della Salute	SI
D 1.4 - Proporzione di Aziende Sanitarie Locali che emanano l'Atto formale aziendale di recepimento del documento del Gruppo di Studio regionale sulla promozione della salute	SI
D 1.5 - Proporzione di Aziende Sanitarie Locali che compilano il "Catalogo interventi per la scuola"	SI
D 1.6 - Proporzione di Aziende Sanitarie Locali che realizzano un incontro annuale per presentare il catalogo delle attività	SI
D 1.7 - Proporzione di scuole primarie e secondarie presenti nel territorio aziendale che avviano le attività del catalogo presentato dalle Aziende	15%
D 1.8 - Proporzione di scuole primarie e secondarie presenti nel territorio di ciascuna Asl che implementano almeno una delle attività previste da catalogo presentato	-

Programma E - Dove si lavora

Azione E.1 - Sistemi informativi per la prevenzione: incremento del grado di utilizzo e sviluppo di nuove funzioni della piattaforma GES.DA.SIC. Cronoprogramma sintetico delle principali attività					
		2016			
Attività principali	Responsabilità	I	II	III	IV
1.1: Predisposizione di un Report regionale su aziende, infortuni e malattie professionali sulla base dei flussi INAIL e altre fonti informative	Regione				
1.2: Predisposizione di un Report regionale sugli infortuni mortali	Regione				
1.3: Istituzione Gruppi di lavoro	Regione				X
2.1: Predisposizione di un Report regionale sulle patologie muscolo-scheletriche	Regione				
3.1: Alimentazione del sistema di sorveglianza nazionale sugli infortuni mortali (Infor.Mo.)	Regione			X	X
3.2: Produzione di un Report regionale sugli infortuni mortali	Regione				
4.1: Alimentazione del sistema per infortuni gravi e mortali	Regione	X	X	X	X
4.2: Produzione di un Report regionale per gli infortuni gravi e mortali	Regione				
5.1: Alimentazione del sistema di sorveglianza MALPROF	UO Asl			X	X
5.2: Produzione e diffusione di un report annuale sulle malattie professionali	Regione				
6.1: percentuale numero casi registro / numero casi approfonditi AASSLL	Regione	X	X	X	X
6.2: % Numero dei casi approfonditi per cui le AA.SS.LL. svolgono accertamenti su diagnosi ed esposizione professionale/numero di casi di interesse ricavati dall'esame attraverso registri di mortalità e SDO	Regione				X
6.3: Pubblicazione di un Report regionale sulla conoscenza dell'impatto della problematica amianto sulla popolazione	Regione				

Azione E.1 - Sistemi informativi per la prevenzione: incremento del grado di utilizzo e sviluppo di nuove funzioni della piattaforma GES.DA.SIC.	
Indicatori Regionali che ciascuna Azienda Sanitaria dovrà soddisfare nei tempi indicati	
Indicatore	2016
E 1.1 – Predisposizione Report regionale su infortuni e malattie professionali (flusso INAIL)	-
E 1.2 – Predisposizione Report annuale/semestrale per gli infortuni mortali avvenuti in regione	-
E 1.3: Istituzione Gruppo di lavoro	SI
E 1.4 - Predisposizione di un Report regionale sulle patologie muscolo-scheletriche	-
E 1.5 – Proporzione del Numero di casi registrati nel sistema Infor.Mo entro marzo dell'anno successivo rispetto al numero di casi per cui sono intervenuti i servizi	40%
E 1.6 - Produzione di un Report regionale sugli infortuni mortali	-
E 1.7 – Percentuale dei servizi coinvolti nella raccolta dei dati per gli infortuni gravi o mortali	60%
E 1.8 - Produzione e diffusione di un report sugli eventi gravi e mortali.	-
E 1.9 - Percentuale dei servizi coinvolti nella raccolta completa dei dati sulle segnalazioni di malattia professionale.	60%
E 1.10 - Produzione e diffusione di un report annuale sulle malattie professionali	-
E 1.11 - Proporzione dei casi valutati dal registro per l'attribuzione di diagnosi ed esposizione rispetto al numero di casi approfonditi dalle AA.SS.LL.	100%
E 1.12 – Proporzione del numero dei casi approfonditi per cui le AA.SS.LL. svolgono accertamenti su diagnosi ed esposizione professionale rispetto al numero di casi di interesse ricavati dall'esame attraverso registri di mortalità e SDO	90%
E 1.13 - Pubblicazione di un Report regionale sulla conoscenza dell'impatto della problematica amianto sulla popolazione.	-

Azione E.2 - Riduzione degli infortuni sul lavoro					
Cronoprogramma sintetico delle principali attività					
Attività principali	Responsabilità	2016			
		I	II	III	IV
1.1: Istituzione Gruppo di lavoro per la prevenzione degli infortuni nelle costruzioni	Regione				X
1.2: Numero controlli ispettivi attuati nei cantieri	UO Asl	X	X	X	X
1.3: Numero controlli congiunti con gli altri Enti nei cantieri	UO Asl				X
1.4: Percentuale di controlli ispettivi attuati nei cantieri immessi nella piattaforma GESDASIC	UO Asl				X
1.5 Proporzione di Aziende Sanitarie Locali in cui si svolge almeno 1 evento formativo all'anno per il comparto edilizia	UO Asl				X
2.1: Istituzione Gruppo di lavoro per la prevenzione degli infortuni in agricoltura	Regione				X
2.2: Numero di controlli per il comparto agricoltura	UO Asl	X	X	X	X
2.3: Percentuale di Aziende Sanitarie Locali che utilizzano le liste di controllo per la vigilanza	UO Asl				X
2.4: Percentuale di controlli ispettivi attuati in agricoltura immessi nella piattaforma GESDASIC	UO Asl				X
2.5: Proporzione di Aziende Sanitarie Locali in cui si svolge almeno 1 evento formativo all'anno per il comparto agricoltura	UO Asl				X
3.1: Definizione di check list per le attività di vigilanza e controllo condivise con le parti sociali	Regione				
3.2: Produzione di check list regionali per la valutazione del rischio da movimentazione manuale dei carichi/pazienti	Regione				
3.3: Istituzione corsi di formazione per operatori SIMDL sulle metodologie di valutazione del rischio da MMC e MMP	Regione				X
3.4: Istituzione corsi di formazione per Rsp e Mc AA.SS. sulle metodologie di valutazione del	Regione				X

rischio da MMC e MMP					
3.5: Numero di aziende controllate per rischio da MMC e MMP secondo le modalità previste dalla checklist	Regione				
3.6: Numero di aziende invitate agli eventi formativi	Regione				
4.1: Definizione di procedure condivise per la gestione dei casi di infortunio	Regione				
4.2: Elaborazione di un protocollo tecnico per l'analisi delle cause degli infortuni e l'eliminazione dei fattori di rischio	Regione				
4.3: Elaborazione di un protocollo tecnico per l'analisi delle cause degli infortuni e l'eliminazione dei fattori di rischio collegato allo stress lavoro correlato	Regione				
5.1: Costituzione Gruppo di lavoro e predisposizione di specifiche liste di controllo regionali per la prevenzione degli infortuni da agenti chimici	Regione				
5.2: Istituzione corso di formazione per operatori SPSAL e SIML sul rischio per la sicurezza derivante da agenti chimici	UO Asl				X
5.3: Attuazione del Titolo IX del D.Lgs. 81/08 e dei regolamenti europei REACH e CLP, in ambiti selezionati in base alle specificità territoriali (es: aziende a rischio di incidente rilevante, vetrerie, calzaturifici, verniciature, smantellamento di impianti, riqualificazione di aree industriali dismesse, bonifica di matrici ambientali inquinate)					
5.4: Numero di controlli con altri Enti in attuazione dei regolamenti europei REACH e CLP, in ambiti selezionati in base alle specificità territoriali					

Azione E.2 – Riduzione degli infortuni sul lavoro

Indicatori Regionali che ciascuna Azienda Sanitaria dovrà soddisfare

nei tempi indicati	
Indicatore	2016
E2.1: Istituzione Gruppo di lavoro per la prevenzione degli infortuni nelle costruzioni	SI
E2.2: Numero controlli ispettivi attuati nei cantieri	3.500
E2.3: Numero controlli congiunti con gli altri Enti nei cantieri	50
E2.4: Percentuale di controlli ispettivi attuati nei cantieri immessi nella piattaforma GESDASIC	10%
E2.5: Proporzione di Aziende Sanitarie Locali in cui si svolge almeno 1 evento formativo all'anno per il comparto edilizia	SI
E.2.6: Istituzione Gruppo di lavoro per la prevenzione degli infortuni in agricoltura	SI
E.2.7: Numero di controlli per il comparto agricoltura	500
E.2.8: Percentuale di Aziende Sanitarie Locali che utilizzano le liste di controllo per la vigilanza	10%
E.2.9: Percentuale di controlli ispettivi attuati in agricoltura immessi nella piattaforma GESDASIC	10%
E.2.10: Proporzione di Aziende Sanitarie Locali in cui si svolge almeno 1 evento formativo all'anno per il comparto agricoltura	SI
E.2.11: Definizione di check list per le attività di vigilanza e controllo condivise con le parti sociali	-
E.2.12: Produzione di check list regionali per la valutazione del rischio da movimentazione manuale dei carichi/pazienti	-
E.2.13: Istituzione corsi di formazione per operatori SIMDL sulle metodologie di valutazione del rischio da MMC e MMP	SI
E.2.14: Istituzione corsi di formazione per Rspg e MSA.SPP sulle metodologie di valutazione del rischio da MMC e MMP	SI
E.2.15: Percentuale di Aziende invitate agli eventi formativi	-
E.2.16: Garantire la gestione di tutti i casi di infortunio indagato/approfondito secondo procedure condivise	-
E.2.17: Elaborare ed utilizzare un protocollo tecnico per l'analisi delle cause e l'eliminazione dei fattori di rischio	-
E.2.18: Elaborazione ed utilizzo di un protocollo tecnico per l'analisi delle cause e l'eliminazione dei fattori di rischio con collegamento allo stress al lavoro correlato	-
E.2.19: Costituzione Gruppo di Lavoro e predisposizione di liste di controllo per uniformare le attività di vigilanza dei servizi	-

E.2.20: Organizzazione corso di formazione per operatori SPSAL e SIML sul rischio per la sicurezza derivante da agenti chimici	SI
E.2.21: Numero di controlli in attuazione dei regolamenti europei REACH e CLP, in ambiti selezionati in base alle specificità territoriali	-
E.2.22: Numero di controlli con altri Enti in attuazione dei regolamenti europei REACH e CLP, in ambiti selezionati in base alle specificità territoriali	-

Azione E.3 - Riduzione delle malattie professionali Cronoprogramma sintetico delle principali attività					
Attività principali	Responsabilità	2016			
		I	II	III	IV
1.1: Istituzione gruppi di lavoro	Regione				X
1.2: Proporzione di Aziende Sanitarie Locali in cui è attivato il flusso informativo sulle segnalazioni di MP ospedaliero e territoriale	UO Asl				X
1.3: Proporzione di ex esposti ad amianto, viventi, residenti in regione da inserire nel programma di sorveglianza sanitaria	UO Asl				X
1.4: Percentuale di casi di neoplasia a media-breve latenza approfonditi con anamnesi professionale, rispetto ai casi segnalati dall'ospedale.	UO Asl				X
2.1: Definizione di procedure standardizzate per le attività ambulatoriali di medicina del lavoro	Regione				X
2.2 Percentuale di operatori sanitari delle AA.SS.LL. aderenti, formata sulle procedure diagnostiche omogenee	UO Asl				X
2.3 Percentuale di soggetti ex esposti a cancerogeni sottoposti a sorveglianza sanitaria rispetto al numero di soggetti richiedenti, ammissibili secondo protocolli	UO Asl				X
3.1: Verifica dell'attività del medico competente in riferimento alla congruenza tra rischi individuati e protocolli sanitari	UO Asl				X

Azione E.3 - Riduzione delle malattie professionali	
Indicatori Regionali che ciascuna Azienda Sanitaria dovrà soddisfare nei tempi indicati	
Indicatore	2016
E.3.1: Istituzione gruppi di lavoro	SI
E.3.2: Proporzione di Aziende Sanitarie Locali in cui è attivato il flusso informativo sulle segnalazioni di MP ospedaliero e territoriale	SI
E.3.3: Proporzione di ex esposti ad amianto, viventi, residenti in regione da inserire nel programma di sorveglianza sanitaria	40%
E.3.4: Percentuale di casi di neoplasia a media-breve latenza approfonditi con anamnesi professionale, rispetto ai casi segnalati dall'ospedale.	20%
E.3.5: Definizione di procedure standardizzate per le attività ambulatoriali di medicina del lavoro	20%
E.3.6: Percentuale di operatori sanitari delle AA.SS.LL. aderenti, formata sulle procedure diagnostiche omogenee	20%
E.3.7 Percentuale di soggetti ex esposti a cancerogeni sottoposti a sorveglianza sanitaria rispetto al numero di soggetti richiedenti, ammissibili secondo protocolli	40%
E.3.8: Verifica dell'attività del medico competente in riferimento alla congruenza tra rischi individuati e protocolli sanitari	-

Azione E.4 - Promozione della cultura della salute e della sicurezza nel mondo del lavoro					
Cronoprogramma sintetico delle principali attività					
Attività principali	Responsabilità	2016			
		I	II	III	IV
1.1 Produzione di un report regionale annuale delle attività di prevenzione, formazione e assistenza svolte dagli Enti istituzionali e dalle parti sociali	Regione				
1.2: Stipula protocolli di Intesa tra Regione e parti sociali	Regione				
1.3: Implementazione di siti web operativi: regionale e di Azienda Sanitaria Locale dedicati alle attività del Coordinamento regionale e provinciali, art.7 D.Lgs. 81/08	Regione-UO ASL				X
1.4: Definizione di buone prassi condivise	Regione				
2.1: Numero incontri tecnico – informativi con i DdL, RSPP, RLS e RLST, MC	UO Asl				
3.1: Progettazione del pacchetto formativo a livello regionale	Regione				
3.2 Elaborazione di un report sui bisogni degli RLS in tema di sostegno del ruolo	Regione				
4.1 –Accordo di collaborazione a livello regionale con l'Ufficio Scolastico regionale e numero di accordi provinciali	Regione-UO ASL				

Azione E.4 - Promozione della cultura della salute e della sicurezza nel mondo del lavoro

Indicatori Regionali che ciascuna Azienda Sanitaria dovrà soddisfare nei tempi indicati

Indicatore	2016
E.4.1 – Produzione di un report regionale annuale delle attività di prevenzione, formazione e assistenza svolte dagli Enti istituzionali e dalle parti sociali	-
E.4.2 - Numero protocolli d'intesa per la promozione della SSL con le parti sociali in ambito dei coordinamenti provinciali sulla base della pianificazione regionale	-
E.4.3 – Implementazione di siti web operativi: regionale e di Azienda Sanitaria Locale dedicati alle attività del Coordinamento regionale e provinciali, art.7 D.Lgs. 81/08	Si Regionale
E.4.4 – Numero buone prassi per comparti, per tipo di lavorazione e/o per macchina definite e condivise con le Associazioni di categoria	-
E.4.5 - Numero incontri tecnico – informativi con i DdL, RSPP, RLS e RLST, MC	-
E.4.6 - Progettazione del pacchetto formativo a livello regionale	-
E.4.7 – Elaborazione di un report sui bisogni degli RLS in tema di sostegno del ruolo	-
E.4.8 –Accordo di collaborazione a livello regionale con l'Ufficio Scolastico regionale e numero di accordi provinciali	-

Programma F - Ambiente e benessere

Azione F.1- Ambiente: monitoraggio e sorveglianza Cronoprogramma sintetico delle principali attività					
Attività principali	Responsabilità	2016			
		I	II	III	IV
1.1: Definire il funzionamento della Rete regionale ambiente-salute	Regione	x	x		
1.2: Definire il curriculum formativo degli operatori sanitari impegnati in attività riferibili alla relazione ambiente-salute	Regione	x	x		
1.3: Individuare i referenti aziendali della Rete regionale ambiente-salute	DG Asl	x	x		
1.4: Organizzare e realizzare un percorso formativo aziendale in accordo al curriculum formativo	UO Asl		x	x	x
2.1: Realizzare accordi inter-istituzionali con agenzie ed enti non sanitari (ARPA, IZS, etc) per progettazione, pianificazione e realizzazione di studi di background per contaminanti ubiquitari	Regione	x	x		
3.1: Reperire dati e informazioni	Regione	x	x	x	x

relativi alle misure di frequenza di malattia dalle fonti sanitarie					
3.2: Produrre rapporti integrati, per il supporto alle politiche ambientali di miglioramento qualità aria, acqua, suolo secondo il modello della “Salute in tutte le politiche”	Regione				x

Azione F.1 – Ambiente: monitoraggio e sorveglianza	
Indicatori Regionali che ciascuna Azienda Sanitaria dovrà soddisfare nei tempi indicati	
Indicatore	2016
F 1.1 - Emanazione di un documento regionale sul funzionamento della rete ambiente-salute	SI
F 1.2 - Realizzazione di un accordo formale inter-istituzionale	SI
F 1.3 - Produzione di un report sulla relazione ambiente-salute	-

Azione F.2- Ambiente: inquinamento indoor Cronoprogramma sintetico delle principali attività					
Attività principali	Responsabilità	2016			
		I	II	III	IV
1.1: Acquisire i campionatori per il monitoraggio indoor	UO	x	x		
1.2: Campionare e contattare gli istituti scolastici	UO	x	x	x	x
1.3: Realizzare le rilevazioni ambientali mediante campionatori passivi per il monitoraggio dei livelli di inquinanti indoor nella scuola	UO		x	x	x
2.1: Produrre e diffondere il materiale divulgativo destinato alla formazione e all'informazione di dirigenti scolastici, docenti, operatori scolastici, famiglie	UO				

Azione F.2 - Ambiente: inquinamento indoor	
Indicatori Regionali che ciascuna Azienda Sanitaria dovrà soddisfare nei tempi indicati	
Indicatore	2016
F 2.1 - Realizzazione di test per misurare i livelli inquinanti indoor in ambiente scolastico mediante campionatore passivo	SI
F 2.2 - Realizzazione di un "pacchetto" di materiale divulgativo	-

Azione F.3 - Ambiente: valutazione di impatto sulla salute (VIS) Cronoprogramma delle principali attività					
Attività principali	Responsabilità	2016			
		I	II	III	IV
1.1: Individuare responsabilità e percorsi inter-istituzionali per il funzionamento delle procedure di valutazione	Regione	x	x		
1.2: Definire il curriculum formativo specifico per valutatori	Regione		x	x	
1.3: Definire i documenti attuativi VIS (Linee Guida)	Regione			x	x

2.1: Realizzare la formazione per i valutatori	Regione				
2.2: Realizzare strumenti standardizzati per le procedure di valutazione	Regione				
3.1: Realizzare strumenti standard per l'omogeneità delle procedure per i proponenti in ambiti applicativi specifici	Regione				
4.1: Realizzare iniziative pubbliche di carattere scientifico e/o divulgativo per la diffusione dei risultati e la disseminazione delle Linee Guida	Regione				

Azione F.3 - Ambiente: valutazione di impatto sulla salute (VIS)	
Indicatori Regionali che ciascuna Azienda Sanitaria dovrà soddisfare nei tempi indicati	
Indicatore	2016
F 3.1 - Emanazione di un atto formale per l'approvazione del documento regionale per la VIS	SI
F 3.2 - Realizzazione di strumenti standardizzati per le procedure di valutazione	-
F 3.3 - Realizzazione di almeno un corso di formazione regionale per valutatori	-
F 3.4 - Realizzazione di strumenti standardizzati da utilizzare in ambiti applicativi specifici	-
F 3.5 - Realizzazione/partecipazione ad iniziative pubbliche di carattere scientifico e/o divulgativo per la diffusione dei risultati e la disseminazione delle Linee Guida	-

Azione F.4 - Ambiente: formazione e comunicazione sui rischi salute-ambiente					
Cronoprogramma sintetico delle principali attività					
		2016			
Attività principali	Responsabilità	I	II	III	IV
1.1: Attivare accordi inter-istituzionali per realizzare studi di background per contaminanti ubiquitari	Regione	x	x		

2.1: Definire le aree di maggior interesse da approfondire sul rapporto salute-ambiente	Regione	x	x		
2.2: Progettare e realizzare rassegne scientifiche sui temi individuati a livello regionale	Regione		x	x	x
2.3: Elaborare i report relativi ai temi per i quali sono state riportate evidenze scientifiche	Regione				
3.1: Definire il curriculum formativo per operatori sanitari sul tema ambiente e salute	Regione	x	x		
3.2.: Definire i percorsi formativi per gli operatori	Regione		x	x	x
3.3: Realizzare il percorso formativo dedicato agli operatori sanitari, a partire dalle evidenze scientifiche prodotte	Regione				
3.4: Realizzare eventi di comunicazione per fornire un'informazione chiara alla popolazione generale	Regione				

Azione F.4 - Ambiente: formazione e comunicazione sui rischi ambiente e salute	
Indicatori Regionali che ciascuna Azienda Sanitaria dovrà soddisfare nei tempi indicati	
Indicatore	2016
F 4.1 - Emanazione di un documento formale che rappresenti un accordo inter-istituzionale sul tema "ambiente-salute"	SI
F 4.2 - Produzione di materiale informativo sui temi di salute correlati ai problemi ambientali	-
F 4.3 - Organizzazione di almeno un evento pubblico presso centri culturali pubblici e privati, con gruppi di volontariato e in luoghi di lavoro	-
F 4.4 - Definizione del curriculum formativo per gli operatori sanitari sul tema ambiente e salute	SI
F 4.5 - Realizzazione di almeno un corso di formazione all'anno	

Azione F.5 - Ambiente e rischio chimico: formazione e controllo		
Cronoprogramma sintetico delle principali attività		
		2016

Attività principali	Responsabilità	I	II	III	IV
1.1: I referenti regionali partecipano al Gruppo Tecnico Interregionale Reach	Regione	x			
1.2: Il GTRV Reach elabora un piano regionale di vigilanza per un sistema regionale di sicurezza chimica	Regione		x	x	
1.3: Realizzare report attività per l'Autorità Competente Nazionale ed Echa	Regione				x
2.1: Individuare il curriculum formativo per gli ispettori Reach	Regione	x	x		
2.2: Realizzare corso formativo regionale per ispettori REACH/CLP	Regione			x	x
3.1: Definire un piano di comunicazione per veicolare informazioni a operatori asl e ad altri operatori pubblici e privati	UO Asl			x	x
3.2: Implementare un percorso formativo asl per informare operatori sia aziendali sia pubblici sia privati	UO Asl				x
4.1: Individuazione del target group per le azioni di vigilanza	Regione				
4.2: Esecuzione delle attività di Vigilanza nei gruppi target	UO Asl				

Azione F.5 – Ambiente e rischio chimico: formazione e controllo	
Indicatori Regionali che ciascuna Azienda Sanitaria dovrà soddisfare nei tempi indicati	
Indicatore	2016
F 5.1 - Realizzazione di un report delle attività per l'Autorità Competente nazionale e Echa, che includa un sistema di indicatori	SI
F 5.2 - Emanazione dell' Atto Regionale di recepimento del Piano nazionale di controllo	SI
F 5.3 - Realizzazione del Piano regionale di controllo annuo secondo le indicazioni degli ENF 1,2,3 di ECHA ivi comprese le linee guida regionali annuali	SI
F 5.4 - Realizzazione di almeno un corso di formazione regionale all'anno per gli ispettori REACH	SI
F 5.5 - Realizzazione di almeno un corso di formazione aziendale all'anno per i servizi di controllo delle sostanze chimiche	SI
F 5.6 - Realizzazione del 100% delle attività di verifica e controllo previste dal Piano di Vigilanza per ciascuna ASL	50%

Azione F.6 - Ambiente: rischio amianto					
Cronoprogramma sintetico delle principali attività					
		2016			
Attività principali	Responsabilità	I	II	III	IV
1.1: Costituire il Gruppo di lavoro regionale	Regione	x			
1.2: Definire linee di indirizzo del Piano di controllo sugli MCA e sugli ex-esposti	Regione	x	x		
2.1: Recepire le linee di indirizzo per elaborazione Piano controllo territoriale	DG Asl		x		
3.1: Verificare segnalazioni di MCA ai comuni e ai dipartimenti di prevenzione	UO Asl		x	x	x
3.2: Aggiornare il censimento territoriale dei siti contaminati da amianto coinvolgendo enti comunali	UO Asl		x	x	x
3.3: Monitoraggio delle attività di rimozione e smaltimento dei MCA	UO Asl		x	x	x
4.1: Migliorare sorveglianza ex-esposti ad amianto, anche alla luce dei risultati del censimento	UO Asl		x	x	x
4.2: Aggiornare il COR con i dati della sorveglianza	Regione		x	x	x
5.1: Pianificare e realizzare un piano di comunicazione rivolto alla popolazione	Regione				x

Azione F.6 - Ambiente: rischio amianto	
Indicatori Regionali che ciascuna Azienda Sanitaria dovrà soddisfare nei tempi indicati	
Indicatore	2016
F 6.1 - Emanazione di Linee d'indirizzo su controllo, sorveglianza e monitoraggio degli MCA	SI
F 6.2 - Recepimento aziendale delle Linee di Indirizzo su controllo, sorveglianza e monitoraggio degli MCA	-

F 6.3 - Aggiornamento del censimento/mappatura dei siti contaminati da amianto	-
F 6.4 - Trasmissione dati sugli ex esposti al COR	SI
F 6.5 - Realizzazione di un piano di comunicazione sui MCA in favore della popolazione	SI

Azione F.7 - Ambiente: rischio radon					
Cronoprogramma sintetico delle principali attività					
Attività principali	Responsabilità	2016			
		I	II	III	IV
1.1: Costituire il Gruppo Regionale per la definizione dei criteri di rilascio delle autorizzazione per la prevenzione del rischio radon	Regione	x	x		
1.2: Approvare le linee di indirizzo regionali per il rilascio di pareri da parte degli uffici comunali e da parte dei Dipartimenti di Prevenzione	Regione	x	x		
1.3: Comunicare agli ordini professionali regionali (ingegneri e architetti) le linee d'indirizzo regionali	Regione		x	x	
1.4: Recepire le linee di indirizzo regionali	DG Asl				x
1.5: Realizzazione piano di comunicazione e informazione per partecipare ai comuni situati nel territorio aziendale le linee d'indirizzo regionali	DG Asl				

Azione F.7 - Ambiente: rischio radon	
Indicatori Regionali che ciascuna Azienda Sanitaria dovrà soddisfare nei tempi indicati	
Indicatore	2016
F 7.1 - Costituzione del gruppo regionale di supporto alla Direzione Generale per la Tutela della Salute sul rischio radon	SI
F 7.2 - Definizione Linee di Indirizzo regionali per adeguare i regolamenti edilizi in chiave eco-compatibile	-

Programma G - Salute umana e infezioni

Azione G.1 - Migliorare la notifica delle malattie infettive Cronoprogramma sintetico delle principali attività					
Attività principali	Responsabilità	2016			
		I	II	III	IV
1.1: Definire piano regionale di formazione per operatori sanitari	Regione	x			
1.2: Realizzare incontri informativi e formativi rivolti al personale sanitario coinvolto	Regione		x	x	x
2.1: Pianificare l'aumento del numero degli operatori accreditati all'accesso al sistema informatizzato PREMAL	DG Asl	x			
2.2: Aumentare con gradualità il numero e la tipologia (direzioni sanitarie, MMG-PLS) di operatori accreditati all'accesso al sistema informatizzato PREMAL	UO Asl		x	x	x
3.1: Realizzare ricognizione delle capacità diagnostiche e sicurezza rete laboratoristica regionale	UO Asl	x	x		
3.2: Individuare la rete laboratoristica per la diagnosi delle malattie infettive notificabili	UO Asl			x	x
4.1: Monitorare e valutare i risultati dei programmi di vaccinazione e del loro impatto sulla salute	UO Asl				

Azione G.1 - Migliorare la notifica delle malattie infettive**Indicatori Regionali che ciascuna Azienda Sanitaria dovrà soddisfare nei tempi indicati**

Indicatore	2016
G 1.1 - Approvazione Piano Regionale di formazione per operatori sanitari, relativo ai sistemi di notifica e di sorveglianza delle malattie infettive.	SI
G 1.2 - Proporzione di Aziende che realizza incontri di formazione per MMG,PLS, direzioni sanitarie dei PO e delle AO	50%
G 1.3 - Incremento del numero di operatori accreditati al sistema PREMAL del 100% in 3 anni	+30% rispetto al 2015
G 1.4 - Individuazione della rete di laboratori per la diagnosi delle malattie infettive notificabili	-
G 1.5 - Realizzazione Report regionale sullo stato vaccinale dei pazienti ricoverati per malattie vaccino-prevenibili	-

**Azione G.2 - HIV: migliorare la diagnosi precoce
Cronoprogramma sintetico delle principali attività**

Attività principali	Responsabilità	2016			
		I	II	III	IV
1.1: Costituire un Gruppo di lavoro Regionale	Regione	x	x		
1.2: Coordinare a livello asl le U.O. ospedaliere e territoriali per l'offerta attiva del test HIV	DG Asl		x	x	x
1.3: Individuare i Centri di Patologia Clinica pubblici a livello aziendale	DG Asl		x	x	x
1.4: Istituire un sistema di Monitoraggio della presa in carico, da parte delle strutture di terzo livello, degli HIV positivi, per l'integrazione territorio-ospedale	UO Asl		x	x	x
2.1: Le UO ospedaliere che diagnosticano i nuovi casi di HIV alimentano il registro di sorveglianza regionale	DG aziendale				
2.2: Produrre un report epidemiologico regionale annuale con	Regione				

un livello di dettaglio almeno aziendale sulle nuove diagnosi HIV					
3.1 Predisporre percorso formativo	Regione		x	x	
3.2: Realizzare gli interventi di formazione e aggiornamento continuo del personale sanitario partecipante alla rete di sorveglianza	DG aziendale			x	x
4.1: Realizzare e diffondere materiale divulgativo e informativo per la popolazione	UO Asl				
4.2: Realizzare Incontri programmati con i gruppi di interesse	UO Asl				

Azione G.2 – HIV: Migliorare la diagnosi precoce

Indicatori Regionali che ciascuna Azienda Sanitaria dovrà soddisfare nei tempi indicati

Indicatore	2016
G 2.1- Riduzione relativa dei late presenter	SI
G 2.2- Costituzione Gruppo di lavoro Regione - ASL – AA.OO. AA.OO.UU. e Centro di Riferimento AIDS Regione Campania (Ce.Rif.A.R.C.)	SI
G 2.3 - Costituzione GdL Aziendali	SI
G 2.4 - Realizzazione di un Report annuale regionale sul SiS delle nuove diagnosi di infezione da HIV con dettaglio di livello almeno aziendale	-
G 2.5 - Proporzione di Aziende che realizzano almeno un intervento di formazione per il personale sanitario all'anno	30%
G 2.6 - Proporzione di Aziende che realizzano almeno una campagna informativa per la popolazione	30%

Azione G.3 - TBC: migliorare il follow-up Cronoprogramma sintetico delle principali attività					
Attività principali	Responsabilità	2016			
		I	II	III	IV
1.1: Istituire un sistema informatizzato regionale, integrato con il PREMAL	Regione	x	x		
1.2: Realizzare un percorso formativo per operatori sanitari, ospedalieri e territoriali per la gestione della TBC	DG Asl		x	x	
1.3: Riorganizzare la rete laboratoristica per il controllo dei ceppi di Micobatteri resistenti e multi-resistenti	Regione DG Asl		x	x	x
2.1: Attuare, a livello Aziendale, quanto previsto dalla DGRC n. 1577/2009	DG Asl		x	x	x
2.2: Favorire l'integrazione tra diversi attori per collaborare al controllo della TBC nella	UO Asl		x	x	x

popolazione immigrata					
3.1: Adottare un protocollo per la ricerca dei casi persi al follow-up e dei contatti dei casi contagiosi di TB	Regione	x	x		

Azione G.3 – TBC: migliorare il follow-up	
Indicatori Regionali che ciascuna Azienda Sanitaria dovrà soddisfare nei tempi indicati	
Indicatore	2016
G 3.1 - Approvazione con atto formale dell'aggiornamento della DGRC 1577/2009	SI
G 3.2 - Riduzione della proporzione dei casi di TBC polmonare e infezione tubercolare latente che sono stati persi al follow-up di almeno il 30% in 3 anni.	-10% rispetto al 2014
G 3.3 - Approvazione protocollo per la ricerca dei contatti dei casi contagiosi di TB	SI

Azione G.4 - Anagrafi vaccinali Cronoprogramma sintetico delle principali attività					
Attività principali	Responsabilità	2016			
		I	II	III	IV
1.1: Indagine conoscitiva sulle caratteristiche dei software attualmente adottati nelle 7 aziende sanitarie delle Campania	Regione	x	x		
1.2: Valutare le caratteristiche tecniche-informatiche dei software esistenti nelle asl	Regione		x		
2.1: Progettare l'anagrafe vaccinale regionale unica informatizzata	Regione		x	x	x
2.2: Adottare e mettere a regime l'anagrafe	Regione			x	x

vaccinale regionale unica					
3.1: Adeguare il software aziendale	DG Asl				
3.2: Applicazione e configurazione locale	UO Asl				
3.3: Formare il personale all'utilizzo del software	UO Asl				
3.4: Mettere a regime le attività	DG Asl				
3.5: Diffondere la procedura per la gestione dell'anagrafe vaccinale informatizzata	UO Asl				

Azione G.4 – Anagrafi vaccinali e interoperabilità	
Indicatori Regionali che ciascuna Azienda Sanitaria dovrà soddisfare nei tempi indicati	
Indicatore	2016
G 4.1 - Realizzazione dell'anagrafe vaccinale regionale unica informatizzata	SI
G 4.2 - Proporzione di Aziende Sanitarie che hanno effettuato la valutazione tecnica dei software esistenti	SI
G 4.3 - Proporzione di aziende sanitarie che hanno completato l'informatizzazione delle anagrafi vaccinali e adeguato i software	-

Azione G.5 - Aumentare le coperture vaccinali Cronoprogramma sintetico delle principali attività					
Attività principali	Responsabilità	2016			
		I	II	III	IV
1.1: Attivare Gruppo di lavoro per programmazione attività aggiornamento periodico del calendario vaccinale	Regione	x			
1.2: La Direzione Generale Tutela della salute istituisce	Regione	x			

un Tavolo tecnico operativo dei Servizi per l'attuazione della programmazione regionale					
2.1: Definire modalità di individuazione e comunicazione dei fabbisogni aziendali di vaccini, per la programmazione del fabbisogno regionale per le attività vaccinali, da comunicare alla So.Re.Sa. per l'acquisto dei vaccini	Regione	x	x		
3.1: Adeguare la programmazione regionale al PNPV	Regione	x	x		
3.2: Adeguare l'accordo regionale con MMG/PLS alla programmazione regionale	Regione			x	x
3.3: Recepire gli accordi regionali e ad essi adeguare quelli aziendali	DG Asl				
3.4: Individuare i gruppi a rischio per pianificare strategie adeguate mediante cui offrire in maniera attiva le vaccinazioni, in accordo con i MMG-PLS	UO Asl				
3.5: Attuare le attività previste dal DECRETO n. 21 del 25.02.2013, relative al Piano di azione Regionale per l'attuazione degli obiettivi fissati Piano Nazionale per l'eliminazione del Morbillo e della Rosolia Congenita (PNEMoRC) 2010-15	DG Asl				
3.6: Definire i protocolli operativi aziendali per il raggiungimento dei gruppi a rischio	DG Asl				
3.7: Implementare a livello di ogni ASL un archivio informatizzato dei soggetti a rischio per patologia	UO Asl				
4.1: Approvare un piano di comunicazione regionale che individui contenuti, metodologie e strumenti da adottare	Regione				
4.2: Recepire il Piano regionale contestualizzandolo con le strategie più opportune per il raggiungimento dei diversi	DG Asl				

target					
--------	--	--	--	--	--

Azione G.5 – Aumentare le coperture vaccinali	
Indicatori Regionali che ciascuna Azienda Sanitaria dovrà soddisfare nei tempi indicati	
Indicatore	2016
G 5.1 - Valutazione annuale delle coperture vaccinali secondo i modelli ministeriali	SI
G 5.2 - Emanazione Atto Regionale per l'attivazione degli organismi di supporto alla Direzione Generale Tutela della Salute	SI
G 5.3 - Emanazione Atto regionale di definizione delle modalità di programmazione dei fabbisogni regionali.	SI
G 5.4 - Emanazione Atto regionale di recepimento ed adeguamento del PNPV.	SI
G 5.5 - Adeguamento accordi con MMG e PLS	SI
G 5.6 - Adeguamento piani aziendali di azione previsti dal DC n.21/13	SI
G 5.7 - Realizzazione di un sito web dedicato e di opuscoli informativi	-

Azione G.6 - Sorveglianza Infezioni Correlate all'Assistenza Cronoprogramma sintetico delle principali attività					
Attività principali	Responsabilità	2016			
		I	II	III	IV
1.1: Individuare le aree di intervento che necessitano di aggiornamento di atti di indirizzo	Regione	x	x	x	x

1.2: Produrre/aggiornare/ divulgare ulteriori documenti	Regione			x	x
1.3: Supportare le aziende sanitarie nell' implementazione di atti di indirizzo	Regione				
1.4: Aderire al programma regionale di sorveglianza con atto formale	DG Asl	x	x		
2.1: Riattivare nelle aziende sanitarie e ospedaliere gli organismi responsabili dell'implementazione delle attività previste	DG Asl	x	x	x	x
2.2: Mappare il rischio a livello aziendale	UO Asl	x	x	x	x
2.3: Valutare le risorse disponibili	UO Asl	x	x	x	x
2.4: Definire le priorità a livello aziendale e delle aree di intervento	DG Asl	x	x	x	x
2.5: Produrre procedure specifiche basate sulle buone pratiche	UO Asl	x	x		
2.6: Realizzare il percorso formativo per gli operatori	UO Asl	x	x	x	x
3.1: Individuare i rilevatori	DG Asl	x	x		
3.2: Formare i rilevatori	UO Asl	x	x		
3.3: Condurre attività di sorveglianza	UO Asl	x	x		
4.1: Redigere un documento che definisca il percorso organizzativo per l'individuazione dei casi	UO Asl	x	x		
4.2: Individuare gli attori coinvolti nella segnalazione interna	UO Asl	x	x		
4.3: Individuare gli attori coinvolti nella segnalazione agli organismi competenti	UO Asl	x	x		

Azione G.6 – Sorveglianza Infezioni Correlate all'Assistenza**Indicatori Regionali che ciascuna Azienda Sanitaria dovrà soddisfare nei**

tempi indicati	
Indicatore	2016
G 6.1 - Realizzazione di un Report regionale annuale relativo ai dati raccolti nell'ambito dello studio di prevalenza delle ICA e della sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico	SI
G 6.2 - Definizione di uno specifico percorso aziendale per la segnalazione dei casi di CPE	SI
G 6.3 - Realizzazione atti di indirizzo	SI
G 6.4 - Realizzazione di incontri di formazione/informazione con le ASL	-
G 6.5 - Realizzazione del Piano aziendale sulle attività di prevenzione e controllo delle ICA	SI
G 6.6 - Trasmissione dati di sorveglianza nei modi e tempi stabiliti dalla Regione	SI
G 6.7 - Definizione del percorso di segnalazione dei casi di infezione invasiva da CPE	SI

Azione G.7 - Promozione corretto uso di antibiotici Cronoprogramma sintetico dei gruppi di attività per la governance aziendale					
Attività principali	Responsabilità	2016			
		I	II	III	IV
1.1: Individuare le aree di intervento che necessitano di aggiornamento di Atti di indirizzo	Regione	x			
1.2: Approvare di Atti di indirizzo	Regione	x			
1.3: Supporto alle Aziende nell'implementazione di Atti di indirizzo regionali	Regione	x	x	x	x
2.1: Recepimento indirizzi regionali mediante un Programma e un Gruppo Operativo aziendale	UO Asl	x			
2.2: Aggiornare e divulgare Protocolli terapeutici aziendali per e infezioni a più alta prevalenza	UO Asl	x	x		
2.3: Definire nel Prontuario terapeutico aziendale un elenco degli antibiotici in uso specificando indicazioni e modalità di prescrizione	UO Asl	x	x		
2.4: Attivare/implementare un sistema di monitoraggio del consumo di antibiotici	UO Asl	x	x	x	x
2.5: Programmare audit periodici sull'applicazione dei Protocolli terapeutici aziendali	UO Asl			x	x
2.6: Partecipare al Sistema Regionale di Sorveglianza delle Antibiotico resistenze (Si.Re.Ar.)	UO Asl	x	x	x	x
2.7: Produrre e diffondere tra i prescrittori <i>report</i> annuali sul monitoraggio dell'uso di antibiotici e delle antibiotico resistenze	UO Asl			x	x
2.8: Produrre <i>report</i> regionale	Regione				x
3.1: Realizzare formazione per le singole categorie di prescrittori, utili anche alla divulgazione dei Protocolli terapeutici aziendali	UO Asl	x	x	x	x
3.2: Raccordarsi con MMG, PLS e specialisti ambulatoriali per uniformare la comunicazione inerente il corretto uso degli antibiotici	UO Asl	x	x	x	x
3.3: Attuare collaborazioni tra i servizi sanitari e i diversi gruppi di interesse per sensibilizzare la popolazione al corretto uso degli antibiotici.	UO Asl/ Regione	x	x	x	x

Azione G.7 – Promozione corretto uso di antibiotici	
Indicatori Regionali che ciascuna Azienda Sanitaria dovrà soddisfare nei tempi indicati	
Indicatore	2016
G 7.1 - Approvazione Programma regionale per l'uso corretto di antibiotici	SI
G 7.2 - Produzione Report regionale annuale sul monitoraggio del consumo e dell'uso di antibiotici	SI
G 7.3 - Divulgazione atti di indirizzo regionale	SI
G 7.4 - Attivazione Gruppo Operativo aziendale per l'uso corretto di antibiotici	SI
G 7.5 - Adozione di protocolli aziendali per la terapia delle infezioni a più alta prevalenza	SI
G 7.6 - Aggiornamento Prontuario terapeutico aziendale	SI
G 7.7 - Attivazione del monitoraggio aziendale del consumo e dell'uso degli antibiotici	SI
G 7.8 - Attivazione del monitoraggio delle antibiotico resistenze	SI
G 7.9 - Proporzione di ASL che realizzano un evento formativo/anno sull'uso degli antibiotici, rivolto agli operatori coinvolti	SI
G 7.10 - Realizzazione di un programma aziendale di comunicazione basato sulla evidence per aumentare la consapevolezza nell'uso di antibiotici	SI

Programma H - Alimenti e animali sani per la tutela della salute umana

Azione H.1 - Sicurezza alimentare, monitoraggio e controllo					
Cronoprogramma sintetico delle principali attività					
Attività principali	Responsabilità	2016			
		I	II	III	IV
1.1: Redigere il Piano Regionale Integrato (PRI) dei controlli 2015-2018	Regione	x			
1.2: Redigere i Documenti di Programmazione Annuale Regionale (DPAR)	Regione	x	x		
1.3: Predisporre le procedure per l'esecuzione di piani di monitoraggio e attività che prevedano l'integrazione tra le Autorità Competenti	Regione	x	x		
1.4: Recepire il DPAR e redigere i Documenti di Programmazione Annuale Territoriali (DPAT)	DG Asl	x	x		
1.5: Realizzare i controlli integrati di cui all'Attività 1.3	UO Asl			x	x
2.1: Identificare i bisogni formativi prioritari	Regione	x	x		
2.2: Predisporre una procedura per l'attuazione di attività formative a cascata a favore del personale delle ASL e del NURECU	Regione	x	x		
2.3: Realizzare i tre livelli del percorso di formazione degli addetti ai controlli ufficiali	UO Asl			x	x
3.1: Adottare una nuova procedura per la registrazione degli stabilimenti in base alla master list 852/04	Regione			x	x
3.2: Predisporre il sistema GISA al trasferimento SINVSA dell'anagrafica degli Operatori del Settore Mangimistico in cooperazione applicativa	Regione			x	x
4.1: Predisporre le procedure operative per l'esecuzione degli audit interni previsti	Regione			x	x
4.2: Predisporre programmi di audit interni annuali previsti	Regione	x			

Azione H.1 - Sicurezza alimentare, monitoraggio e controllo**Indicatori Regionali che ciascuna Azienda Sanitaria dovrà soddisfare nei tempi indicati**

Indicatore	2016
H 1.1 - Definizione del Protocollo Regionale per l'integrazione dei controlli tra sanità pubblica, ambiente e agricoltura	SI
H 1.2 - Redazione del Documento di Programmazione Annuale Regionale (DPAR)	SI
H 1.3 - Redazione del Documento aziendale di Programmazione Annuale Territoriale (DPAT)	SI
H 1.4 - Raggiungimento della percentuale del 5% dell'effettuazione di ispezioni congiunte sul totale delle ispezioni effettuate nel quadriennio	1%
H 1.5 - Predisposizione di una procedura regionale per l'attuazione di attività formative a favore del personale delle ASL e del NURECU in materia di controlli ufficiali	SI
H 1.6 - Raggiungimento della percentuale del 30% relativa agli addetti ai controlli che hanno completato i tre livelli del percorso formativo	5%
H 1.7 - Messa in funzione della cooperazione applicativa che possa trasferire in via informatica l'anagrafica degli OSM contenuta in GISA verso la piattaforma SINVSA	SI
H 1.8 - Adozione della nuova procedura per la registrazione degli stabilimenti in base alla master list 852/04	SI
H 1.9 - Svolgimento di audit interni sulle ASL da parte del NURECU fino alla copertura del 100% delle ASL	30%
H 1.10 - Svolgimento di audit interni da parte del NURECU fino alla	

4.3: Realizzazione delle attività di audit da parte del NURECU in ciascuna ASL	Regione		x	x	x
---	---------	--	---	---	---

Azione H.2- Antibiotico-resistenza in ambito veterinario Cronoprogramma sintetico delle principali attività					
Attività principali	Responsabilità	2016			
		I	II	III	IV
1.1: Programmare eventi formativi a favore degli stakeholders in materia di informatizzazione delle ricette medico-veterinarie	Regione	x	x		
1.2: Svolgere attività di formazione a favore degli stakeholders in materia di informatizzazione delle ricette medico-veterinarie	UO Asl			x	x

Azione H.2 - Antibiotico-resistenza in ambito veterinario	
Indicatori Regionali che ciascuna Azienda Sanitaria dovrà soddisfare nei tempi indicati	
Indicatore	2016
H 2.1- Proporzione di Aziende Sanitarie Locali che realizzano almeno una volta l'anno una attività di formazione per gli stakeholders per l'implementazione del sistema informativo nazionale per la tracciabilità del farmaco veterinario	SI

Azione H.3 - Capacità analisi sugli alimenti e sugli animali Cronoprogramma sintetico delle principali attività					
Attività principali	Responsabilità	2016			
		I	II	III	IV
1.1: Istituire Gruppo di lavoro inter-istituzionale (ASL, IZS, ARPA)	Regionale	x	x		
1.2: Stipulare un	Regionale		x	x	

Protocollo d'intesa tra le istituzioni/enti coinvolti					
2.1: Predisporre procedure per il sistema di allerta e sorveglianza delle zoonosi di origine alimentare	Regionale			x	x
3.1: Effettuare il riesame annuale delle esigenze di analisi delle Autorità competenti	Regionale				x
3.2: Accreditare le prove analitiche in base a esigenze evidenziate con il riesame annuale	Regionale				
3.3: Pianificare i campionamenti per analisi di laboratorio	Regionale	x	x		

Azione H.3 - Capacità analisi sugli alimenti e sugli animali

Indicatori Regionali che ciascuna Azienda Sanitaria dovrà soddisfare nei tempi indicati

Indicatore	2016
H 3.1- Stipula di un Protocollo di Intesa tra le Istituzioni e gli Enti coinvolti	SI
H 3.2- Predisposizione delle procedure per l'implementazione del sistema di allerta e sorveglianza delle zoonosi di origine alimentare	SI
H 3.3- Pianificazione dei campionamenti per le indagini di laboratorio	SI
H 3.4- Accredito delle prove di analisi per almeno 24 ricerche di agenti zoonotici elencati nell'all.I del D.L.vo 191/06	-

**Azione H.4 - Emergenze veterinarie e sicurezza alimentare
Cronoprogramma sintetico delle principali attività**

Attività principali	Responsabilità	2016			
		I	II	III	IV
1.1 Istituire Unità Regionale per il coordinamento delle emergenze veterinarie, e per quelle relative alla sicurezza alimentare	Regione	x	x		
1.2: Produrre un manuale operativo regionale per le emergenze veterinarie e per quelle relative alla sicurezza alimentare	Regione			x	x
1.3: Istituire una Unità aziendale, con la partecipazione Sian e Servizi Veterinari, per le emergenze veterinarie e per quelle relative alla sicurezza alimentare	DG Asl		x	x	
1.4: Produrre un manuale operativo aziendale per le emergenze veterinarie e per quelle relative alla sicurezza alimentare	UO Asl				x
1.5: Percorso formativo per gli operatori aziendali per la gestione delle emergenze	UO Asl				
2.1: Pianificare e organizzare le esercitazioni con gli enti e i gruppi di interesse coinvolti	Regione				
2.2: Realizzare le esercitazioni sul campo coinvolgendo le Unità aziendali e gli enti e i gruppi di interesse coinvolti	Regione				

Azione H.4 – Emergenze veterinarie e sicurezza alimentare**Indicatori Regionali che ciascuna Azienda Sanitaria dovrà soddisfare nei tempi indicati**

Indicatore	2016
H 4.1 - Svolgimento di almeno 1 evento esercitativo regionale riguardante la sicurezza alimentare	-
H 4.2 - Svolgimento di almeno 1 evento esercitativo regionale riguardante una malattia animale	SI
H 4.3 - Produzione di un manuale operativo regionale per le emergenze veterinarie e le emergenza relative alla sicurezza alimentare	SI

H 4.4 - Produzione di un manuale operativo aziendale per le emergenze veterinarie e le emergenze relative alla sicurezza alimentare	-
H 4.5 - Realizzazione di un percorso formativo ECM per gli operatori aziendali	-

Azione H.5 - Sorveglianza zoonosi da animali selvatici					
Cronoprogramma sintetico delle principali attività					
		2016			
Attività principali	Responsabilità	I	II	III	IV
1.1: Individuare le quattro malattie e redigere i relativi piani di sorveglianza	Regione	x	x		
2.1: Realizzare le attività di formazione per tutte le asl	Regione			x	x
3.1: Realizzare in ciascuna asl le attività previste dai quattro piani di sorveglianza	UO Asl				

Azione H.5 – Sorveglianza zoonosi da animali selvatici	
Indicatori Regionali che ciascuna Azienda Sanitaria dovrà soddisfare nei tempi indicati	
Indicatore	2016
H 5.1 - Produzione di un report regionale relativo a ciascuno dei quattro piani di sorveglianza realizzati	-
H 5.2 - Redazione dei Piani di sorveglianza per le quattro malattie infettive individuate	SI
H 5.3 - Proporzione di Aziende Sanitarie Locali in cui è realizzato almeno un percorso formativo sulle procedure dei quattro piani di sorveglianza	SI
H 5.4 - Produzione di un report aziendale relativo a ciascuno dei quattro piani di sorveglianza realizzati	-

Azione H.6 - Prevenzione e gestione del randagismo Cronoprogramma sintetico delle principali attività					
Attività principali	Responsabilità	2016			
		I	II	III	IV
1.1 Elaborare un piano di comunicazione rivolto alla popolazione target	Regione	x	x		
1.2: Recepire il piano regionale e attuare il piano aziendale di comunicazione	DG Asl		x	x	
1.3: Svolgere attività di comunicazione aziendale alla popolazione target	UO Asl				x
2.1: Individuare le criticità in materia di Prevenzione del Randagismo e richiedere ai DG aziendali di predisporre un piano operativo in materia di Igiene Urbana Veterinaria e Prevenzione del Randagismo	Regione			x	x
2.2: Predisporre piano operativo aziendale in materia di Igiene Urbana Veterinaria e Prevenzione del Randagismo entro dicembre 2015	DG Asl				
2.3: Attuare il piano operativo aziendale	UO Asl				
3.1: Inserire nel DPAR le procedure operative per i controlli ufficiali dei canili/rifugi	Regione	x	x		
3.2: Inserire nel DPAT le attività per i controlli ufficiali dei canili/rifugi	DG Asl	x	x		

Azione H.6 - Prevenzione e gestione del randagismo

Indicatori Regionali che ciascuna Azienda Sanitaria dovrà soddisfare nei tempi indicati	
Indicatore	2016
H 6.1 - Redazione Piano di informazione/comunicazione rivolto alla popolazione target	SI
H 6.2 - Svolgimento di almeno n. 2 attività di comunicazione alla popolazione sul corretto rapporto uomo/animale	-
H 6.3 - Incremento dell'attuale percentuale del 5% di cani catturati che hanno già il microchip (e quindi restituiti ai proprietari) alla percentuale del 32,33 %	7%
H 6.4 Controllo del 100% dei canili e rifugi almeno una volta l'anno	100%

Azione H.7 - Intolleranze alimentari e carenze nutrizionali Cronoprogramma sintetico delle principali attività					
Attività principali	Responsabilità	2016			
		I	II	III	IV
1.1: Istituire un gruppo di lavoro regionale per la pianificazione delle attività di formazione	Regione	x			
1.2: Produrre materiale divulgativo per operatori e consumatori	Regione	x	x	x	
1.3: Individuare a livello asl operatori del settore alimentare a cui rivolgere formazione	DG Asl		x		
1.4: Formare/informare gli operatori del settore alimentare	UO Asl			x	x
2.1: Definire un protocollo regionale per la rilevazione e la trasmissione dei dati, all'Osservatorio Nazionale Iodo-profilassi (Ministero Salute)	Regione	x	x	x	
2.2: Controllo della presenza di sale iodato presso i punti vendita e la ristorazione pubblica e collettiva	UO Asl	x	x	x	x

Azione H.7 – Intolleranze alimentari e carenze nutrizionali

Indicatori Regionali che ciascuna Azienda Sanitaria dovrà soddisfare nei tempi indicati	
Indicatore	2016
H 7.1 - Redazione del piano regionale integrato (PRI) dei controlli 2015-2018 da parte della Regione	SI
H 7.2 - Redazione dei documenti di programmazione annuale regionale (DPAR) da parte della UOD03 della Regione	SI
H 7.3 - Redazione dei documenti di programmazione annuali territoriali (DPAT) da parte delle Aziende Sanitarie Locali	SI
H 7.4 - Predisposizione di una procedura per l'attuazione di attività formative a favore del personale delle Aziende Sanitarie Locali	SI
H 7.5 - Istituzione gruppo di lavoro regionale con lo scopo di realizzare formazione degli operatori sanitari e formazione/informazione degli operatori del settore alimentare	SI
H 7.6 - Istituzione di un percorso formativo ECM regionale per la formazione degli operatori sanitari aziendali	-
H 7.7 - Definizione di uno standard per verificare l'adozione e attuazione di un piano di autocontrollo per la gestione dei punti critici da parte delle imprese che trattano alimenti per celiaci	SI
H 7.8 - Definizione di uno standard per verificare l'utilizzo di sale iodato presso i punti vendita e le ristorazioni collettive.	SI
H 7.9 - Definizione di un Protocollo per la trasmissione dei dati, attraverso un flusso formale, dalle asl agli uffici competenti regionali e da questi ultimi all'Osservatorio Nazionale Iodo-profilassi (Ministero della Salute)	SI

Obiettivi di Piano

Linea Progettuale 5. Gestione delle cronicità

Area Progettuale 4 – Gestione e presa in carico dei soggetti fragili e non autosufficienti

PROGETTO: Le varie tappe della cronicità in età pediatrica e adulta dalla genetica al PDTA, attraverso percorsi in rete informatizzati, multidisciplinari e multidimensionali nei vari setting assistenziali

Totale risorse assegnate (anno 2014) per linea progettuale: € 41.712.351

ATTUATORI: Aziende Sanitarie Locali ed Aziende Ospedaliere Universitarie

Indice

Coerenza con le priorità regionali: allineamento con gli adempimenti LEA.

Obiettivi

Macro-Obiettivi

Obiettivi Specifici

Metodologia

Destinatari

Risultati attesi

Tempistica

Costi

Indicatori

Premessa

Coerenza con le priorità regionali: allineamento con gli adempimenti LEA

Il Patto per la Salute approvato nel luglio 2014 rinvia alle Regioni la disciplina di “principi e strumenti per l'integrazione dei servizi e delle attività sanitarie sociosanitarie e sociali” per l'area della Non Autosufficienza, disabilità oltre che per l'area della salute mentale, assistenza ai minori e dipendenze.

I documenti di programmazione regionale di recente approvazione, relativi alla riorganizzazione della rete territoriale e ospedaliera, richiamano e definiscono gli obiettivi di

implementazione e potenziamento della rete dei servizi per la presa in carico dei soggetti fragili, non autosufficienti e disabili. Gli interventi e i risultati che si intendono realizzare, utilizzando tali fondi, sono coerenti con i Programmi Operativi collegati al Piano di rientro dal disavanzo sanitario e sono a titolarità regionale ed aziendale.

In particolare tale intervento si integra ed è complementare all'Intervento 19.1 – Assistenza socio sanitaria territoriale di cui ai P.O. (vedasi dca 14/2017) con il quale si disegna e ridefinisce la rete dei servizi territoriali extraospedalieri residenziali, semiresidenziali e domiciliari.

La programmazione complessiva ospedaliera e territoriale contribuisce al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva ed erogativa e di fatti impatta positivamente sulla capacità di risposta dei servizi territoriali distrettuali ai bisogni dei cittadini; la direttrice di intervento regionale è duplice: incrementare la capacità di risposta in termini di disponibilità di posti letto ospedalieri ed extraospedaliera e di offerta di servizi domiciliari ed incidere sui modelli organizzativi aziendali per migliorare la capacità di accogliere ed elaborare la domanda di salute e di presa in carico.

Il decreto 134, per tale area progettuale, prevede infatti lo sviluppo di azioni prioritariamente relative all'incremento della risposta ambulatoriale, domiciliare e specialistica, e comunque di azioni ed interventi che siano di supporto alla rete dei servizi territoriali, con particolare riguardo allo sviluppo dei modelli organizzativi di presa in carico centrati sulla continuità delle risposte e dei servizi da garantire.

Occorre realizzare un'assistenza fondata sull'integrazione, comunicazione e partecipazione dei professionisti, pur appartenenti ad unità operative diverse o a diversi livelli gestionali del SSN, al raggiungimento di obiettivi comuni.

A tal fine è fondamentale attivare l'offerta ed attuare percorsi clinico assistenziali condivisi tra ospedale e territorio, a diverso grado di protezione ed intensità di cura, considerando le indicazioni di appropriatezza contenuti in nuce nel recente decreto di aggiornamento dei LEA, capo IV assistenza sociosanitaria.

La Regione Campania ha avviato attraverso atti dedicati ai singoli aspetti della riorganizzazione della rete territoriale di presa in carico di tipo sociosanitaria un processo di riorganizzazione e qualificazione del sistema di offerta e di qualificazione del personale con lo scopo di ridistribuire le risorse indirizzandole verso obiettivi prioritari e specifici di sviluppo dei servizi e facilitare l'accesso ai servizi.

Inoltre, è stata enfatizzata l'azione relativa allo sviluppo di un sistema univoco di informatizzazione e di monitoraggio a partire dall'implementazione dei flussi informativi ministeriali. Ultima azione in ordine di tempo è l'avvio della piattaforma regionale Saniarp nella quale confluiscono i flussi ministeriali territoriali e che svilupperà nel corso del triennio il sistema di informatizzazione delle prestazioni erogate a livello territoriale, compresi i percorsi riabilitativi, il progetto personalizzato, il processo di valutazione multidimensionale, di fatti realizzando la continuità assistenziale di presa in carico tra i diversi servizi distrettuali e territoriali, con l'obiettivo di sviluppare anche un sistema di indicatori lea regionali organizzato in un cruscotto dedicato al sistema territoriale.

Per quanto attiene al processo di presa in carico, ovvero accesso e valutazione multidimensionale, si rinvia agli atti di settore: la DGRC n. 790/2012 recepita dal DCA n. 84/2013 per la funzione di accesso, la DGRC n. 41/2011 e a specifici atti quali il DCA n.51/2015 e n. 21/2015, 52/2015, nonché ai decreti dedicati alle Cure Palliative n.4/2011 e n. 128/2012.

Per gli strumenti di valutazione multidimensionale si richiamano la Delibera n. 323/2012 e n. 324/2012 che approvano le schede S.VA.M.A. e S.Va.M.Di. e che saranno affiancate da ulteriori atti di approvazione di strumenti dedicati all'area dell'infanzia.

Obiettivi

Macro-Obiettivi

Il programma che qui si propone è finalizzato alla ri-organizzazione dei servizi, integrazione sociosanitaria, implementazione e rafforzamento dell'offerta e persegue i seguenti obiettivi:

- Migliorare l'organizzazione del sistema sanitario regionale per assicurare servizi assistenziali (residenziali, semiresidenziali, domiciliari) migliori in termini di efficacia, efficienza e appropriatezza a pazienti affetti da patologie complesse e comorbidità che richiedono un approccio continuativo e multidisciplinare, coordinato, ininterrotto e integrato con le funzioni ospedaliere e territoriali
- Applicazione di protocolli di dimissione protetta e programmata tra ospedali e distretti/asl per la presa in carico territoriale anticipata per i soggetti disabili, cronici e non autosufficienti e la definizione dei programmi di intervento attraverso l'utilizzo degli strumenti di valutazione multidimensionale e del progetto di assistenza individualizzato/progetto riabilitativo.
- Implementazione di un sistema di valutazione e di verifica dei piani di assistenza in relazione alla rispondenza tra bisogni e risposta assistenziale
- Realizzazione e monitoraggio dei percorsi integrati di cura nei diversi setting assistenziali e riabilitativi.

E' richiesto alle AA.SS.LL. per ogni ambito di riferimento, di mettere in atto azioni con la finalità di aumentare l'offerta del sistema pubblico nei vari livelli e tipologie assistenziali (assistenza ambulatoriale, domiciliare, residenziale, semiresidenziale) per la continuità assistenziale della persona fragile e/o non autosufficiente:

1. **Implementazione dei servizi nell'Area della domiciliarità**
2. **Potenziamento della rete dei servizi residenziali e semiresidenziali con incremento dell'offerta di posti letto pubblici**
3. **Sviluppo dei servizi specialistici**
4. **Consolidamento rete dei servizi di salute mentale**

OBIETTIVI SPECIFICI

Di seguito si riportano gli **obiettivi specifici** per ciascun ambito di riferimento

1. **Sviluppo della rete della domiciliarità:**
 - 1.1 Sviluppare, potenziare e migliorare il sistema delle cure domiciliari in tutte le sue articolazioni: cure domiciliari prestazionali, cure domiciliari integrate, percorsi terapeutico-riabilitativi nell'ambito delle cure domiciliari.
 - 1.2 Rafforzare le équipe dedicate all'assistenza domiciliare e definire il sistema di presa in carico differenziando per tipologia di utenti, per intensità di cura (cure domiciliari prestazionali, cure domiciliari integrate di I, II, III livello) e complessità della patologia;
 - 1.3 Sviluppare il PDTA SLA e Demenze secondo le indicazioni regionali emanande.
 - 1.4 Costituire il coordinamento aziendale di cure domiciliari

2. **Potenziamento della rete dei servizi residenziali e semiresidenziali con incremento** dell'offerta di posti letto pubblici extra-ospedalieri in strutture di proprietà (es. p.o., presidi intermedi...) per soggetti adulti e minori (per soggetti con necessità di riabilitazione intensiva ed estensiva, per soggetti affetti da demenze, in stato vegetativo/minima coscienza, soggetti che necessitano di assistenza ad elevato impegno sanitario, di mantenimento e lungoassistenza –RSA,) e posti pubblici per unità di cure semiresidenziali in coerenza e secondo gli obiettivi definiti con i programmi operativi

La programmazione deve tener conto della continuità del sistema di offerta ospedale-territorio-ospedale e favorire la definizione di poli di assistenza nei quali siano garantite le cure intermedie e la gestione della post acuzie per adulti non autosufficienti e disabili.

3. **Consolidamento rete dei servizi di salute mentale compreso lo sviluppo di PDTA**
 - 3.1 Rafforzamento delle prestazioni di psicoterapia e la realizzazione di interventi specialistici per le gravi psicosi, disturbi del comportamento e dell'apprendimento
 - 3.2 Consolidare i servizi pubblici ambulatoriali, residenziali e semiresidenziali per la salute mentale, per la prevenzione della cronicizzazione dei disturbi e per la gestione delle cronicità, valorizzando gli interventi di riabilitazione psicosociale e di recovery.
 - 3.3 Rafforzare la capacità di intervento e presa in carico per i disturbi neuropsichici nell'età evolutiva, compreso l'autismo
 - 3.4 Migliorare l'organizzazione dei servizi nella fase di transizione dei pazienti verso l'età adulta
 - 3.5 Costituire e rafforzamento i servizi di NNPIA, coerentemente con le indicazioni del dca 99/2016
 - 3.6 Attivare ed implementare funzioni di raccordo tra i servizi per garantire la continuità assistenziale e ridurre i ricoveri ed accessi impropri in SPDC e in ospedale
 - 3.7 Definire PDTA di salute mentale e Neuropsichiatria Infantile
4. **Sviluppo dei servizi specialistici** pubblici ambulatoriali, in ambito ospedaliero ed extraospedaliero, per l'attuazione dei percorsi terapeutico-riabilitativi della persona con disabilità (malattie respiratorie, del sistema cardiocircolatorio, ictus, DEMENZE, DISTURBI NEURODEGENERATIVI.. ecc.)
 - 4.1 Attivazione di servizi specialistici pubblici per la riabilitazione ambulatoriale di tipo cognitivo per i soggetti affetti da disturbi cognitivi e demenze
 - 4.2 Implementazione di servizi specialistici attraverso la riorganizzazione del personale e incrementando il numero di prestazioni/accessi delle figure professionali carenti (es. ambulatori specialistici in continuità con i fondi a destinazione vincolata anno 2012-3 e CDCD in relazione alle indicazioni regionali)
 - 4.3 Potenziamento delle equipe UVI e UVBR per la valutazione multidimensionale e/o per la valutazione multidisciplinare ai fini della elaborazione del progetto personalizzato e del progetto riabilitativo:

Metodologia

E' opportuno garantire uniformità sul territorio nelle modalità, nelle procedure, univocità nei modelli organizzativi, tempestività nell'attivazione delle risposte, coerenza tra la programmazione regionale e gli atti aziendali.

Gli obiettivi individuati presuppongono un processo di condivisione/ attraverso la costruzione di un sistema di indicatori aziendali; è obbligo che le aziende sanitarie accanto agli indicatori lea di appropriatezza e presa in carico sviluppino specifici indicatori e target aziendali per misurare e monitorare il piano della performance in termini di organizzazione e di erogazione dei servizi e negli strumenti di valutazione multidimensionale, anche in riferimento alle diverse fasi del progetto di assistenza, e assicurare l'utilizzo del progetto di assistenza individualizzato/progetto riabilitativo.

In particolare per le cure domiciliari e per lo sviluppo dei percorsi riabilitativi, la Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del SSR della Regione Campania, intende valutare la costituzione di un gruppo di lavoro costituito dai referenti aziendali, già responsabili di u.o aziendali, per facilitare lo sviluppo del sistema di indicatori e la definizione di un sistema di monitoraggio regionale. Per gli altri aspetti e tipologie di servizi previsti in questa linea progettuale, si avvarrà dei gruppi di lavoro già istituiti, prevedendo eventuali integrazioni in relazione agli obiettivi qui definiti.

Destinatari

La rete dei servizi per la gestione della complessità è rivolta a tutti i soggetti in condizione di disabilità, fragilità, non autosufficienza con bisogno complesso:

- adulti/anziani minori fragili e non autosufficienti,
- soggetti disabili adulti e minori;
- soggetti affetti da demenze e disturbi cognitivi;
- gravi cerebrolesioni acquisite e danni midollari, compresi i soggetti in stato vegetativo e minima coscienza;
- i soggetti affetti da malattie cronico degenerative, neurodegenerative, neuromuscolari (Sla, Parkinson, sclerosi);
- soggetti affetti da disturbi mentali in età adulta ed evolutiva

Risultati attesi

Area. 1 sviluppo della domiciliarità

- Realizzare e monitorare i percorsi integrati di cura nei diversi setting assistenziali e riabilitativi (es. percorso SLA, Ictus, stato vegetativo, autismo, scompenso cardiaco, BPCO, frattura del femore, a sclerosi.....)
- Rafforzare le équipe dedicate all'assistenza domiciliare differenziata per tipologia di utenti, per intensità di cura (cure domiciliari prestazionali, cure domiciliari integrate di I, II, III livello, cure domiciliari riabilitative)

Area 2 Potenziamento della rete dei servizi residenziali e semiresidenziali

Incrementare il n. di posti letto pubblici dedicati alle varie forme e complessità delle cronicità;

migliorare l'offerta dei diversi setting assistenziali, incrementando così la capacità di risposta e la continuità tra ospedale-territorio-domicilio

Area 3 Consolidamento rete dei servizi di salute mentale compreso lo sviluppo del PDTA

- Riorganizzare e potenziare i servizi pubblici ambulatoriali, residenziali e semiresidenziali per la salute mentale, per la prevenzione della cronicizzazione dei disturbi e per la gestione delle cronicità.
- Definire i Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA) ed Piani di Assistenza Individuale (PAI) integrati per rafforzare la collaborazione tra strutture e servizi sanitari di salute mentale dell'età evolutiva e dell'età adulta nonché per definire i percorsi di transizione
- Formare il personale interno delle aziende per la diagnosi e il trattamento dei disturbi mentali in età evolutiva e adulta, in particolare per la fase di transizione verso l'età adulta
- promozione di modelli organizzativi e di intervento per interventi specialistici tematici (p.es. gravi psicosi, disturbi del comportamento alimentare, disturbi dell'apprendimento).
- Rafforzare la capacità di intervento dei servizi territoriali nelle emergenze e nelle fasi acute dei disturbi neuropsichici nell'età evolutiva
- Potenziamento dell'offerta di prestazioni psicoterapeutiche entro i servizi pubblici di salute mentale (neuropsichiatria infantile e psichiatria) per il trattamento e il contrasto alla cronicizzazione e favorire il pieno recupero funzionale della persona, valorizzando gli interventi di riabilitazione psicosociale e di recovery.

Area 4 Sviluppo dei servizi specialistici attivazione di servizi pubblici ambulatoriali, in ambito ospedaliero ed extraospedaliero, per garantire continuità della presa in carico multiprofessionale e multidisciplinare della persona con bisogno complesso nell'ambito del percorso terapeutico riabilitativo,

- attivazione di servizi specialistici pubblici per la riabilitazione ambulatoriale di tipo cognitivo per i soggetti affetti da disturbi cognitivi e demenze
- rafforzamento della rete pubblica dei centri disturbi cognitivi e demenze-CDCD
- potenziare e migliorare il servizio di assistenza domiciliare integrata
- utilizzo del progetto di assistenza individualizzato-pai e del progetto riabilitativo quei strumenti di attuazione del percorso integrato di presa in carico

Durata degli interventi:

12 mesi dall'avvio

INDICATORI:

Indicatore di risultato	
	incremento percentuale di utenti non autosufficienti assistiti in ass.domiciliare (target regionale almeno il 4% di anziani in adi)

	incremento numerico di valutazioni e rivalutazioni multidimensionali per sogg. Non autosufficienti su numero di valutazioni multidimensionali
	Copertura per il sistema informativo regionale da parte delle Aziende Sanitarie (decreti ministeriali 1 e 2 del 17/12/2008, rispetto indicatore di coerenza e qualità questionario lea lettera S, griglia E punto 8-9-10)
	Incremento numerico di pazienti presi in carico con valutazione del bisogno ed elaborazione del progetto PAI/PRI
	n. unità di personale interno delle Aziende formato per la diagnosi e il trattamento dei disturbi mentali in età evolutiva e adulta, in particolare per la fase di transizione verso l'età adulta
	n. di servizi di NNPIA, di nuova attivazione
	n. di soggetti psichiatrici inseriti in percorsi di riabilitazione e recovery
	atti di istituzione della funzioni di raccordo tra i servizi per garantire la continuità assistenziale e ridurre i ricoveri ed accessi impropri in SPDC e in ospedale
	Adozione di atti deliberativi dedicati alla messa a regime del sistema di cure territoriali per soggetti non autosufficienti e fragili
Indicatore di processo	n. di servizi di NNPIA attivi
	n. atti/procedure avviate o concluse per il reclutamento o riallocazione del personale
	Numero di procedure per la realizzazione/riconversione di posti letto pubblici di offerta residenziale e semiresidenziale extraospedaliera come da Piano territoriale e da P.O. 2016-2018
	Numero di procedure per la realizzazione/attivazione dei servizi distrettuali riabilitativi pubblici attivati
	Numero di procedure per la realizzazione/attivazione de ambulatori pubblici di riabilitazione cognitiva per i soggetti affetti da disturbi cognitivi e demenze
	% di progetti personalizzati e/o pri sul numero di utenti non autosufficienti in carico al sistema territoriale valutati in U.V.I/UVBR
	Adozione di atti deliberativi per la formalizzazione dei percorsi integrati di continuità ospedale -territorio
	Applicazione del protocollo di dimissione programmata/protetta per la totalità degli utenti in dimissione da strutture residenziali /strutture ospedaliere
	Copertura del 100% dei coordinamenti aziendali (CAD) per le cure domiciliari.
	Incremento numerico di Unità di valutazione del bisogno riabilitativo con tutte le figure professionali previste dalla DGRC 482/2004
	Funzionamento di una UVI e di una PUA per ogni distretto sanitario
	implementazione della rete pubblica dei centri disturbi cognitivi e demenze-CDGD

TEMPI DI ATTUAZIONE
(CRONOPROGRAMMA in mesi)

Il cronogramma è sviluppato per le principali azioni realizzate dalle aassll

1. rafforzare le equipe per assistenza domiciliare, in particolare per figure professionali carenti
2. istituire la funzione di coordinamento delle cure domiciliari
3. definire/attuare protocolli e procedure di continuità assistenziale
4. Potenziamento delle equipe UVI e UVBR per la valutazione multidimensionale e/o per la valutazione multidisciplinare ai fini della elaborazione del progetto personalizzato e/o progetto riabilitativo
5. Potenziamento della rete dei servizi residenziali e semiresidenziali pubblici
6. Formare il personale interno delle Aziende per le diverse aree tematiche(la diagnosi e il trattamento dei disturbi mentali in età evolutiva e adulta, demenze, interventi specialistici quali psicosi, disturbi comportamento alimentare, disturbi neurodegenerativi etc etc) in particolare per la fase di transizione verso l'età adulta
7. Promuovere modelli organizzativi e di intervento per interventi specialistici tematici (p.es. demenze, gravi psicosi, disturbi del comportamento alimentare, disturbi dell'apprendimento)
8. Costituzione e rafforzamento dei servizi di NNPIA, coerentemente con le indicazioni del dca 99/2016
9. Attivare ed implementare funzioni di raccordo tra i servizi di salute mentale per garantire la continuità assistenziale e ridurre i ricoveri ed accessi impropri in SPDC e in ospedale
10. Definire PDTA di salute mentale e Neuropsichiatria Infantile

Azioni	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												

Obiettivi di Piano

Linea 6 “RETI ONCOLOGICHE”

PROGETTO: Sviluppo della Rete Oncologica Campana

ATTUATORI: Aziende Sanitarie Locali, Aziende Ospedaliere ed Universitarie

Totale risorse assegnate anno 2014 per linea progettuale: € 43.229.868,00

Indice

1. Coerenza con le priorità regionali: allineamento con gli adempimenti LEA
2. Background del progetto:
 - 2.1 Il contesto epidemiologico regionale in oncologia
 - 2.2 Le principali criticità del sistema sanitario regionale in oncologia
 - 2.3 La rete oncologica campana: Passaggi normativi
3. Obiettivi del progetto
 - 3.1 Macro-Obiettivi
 - 3.2 Micro-Obiettivi
4. Metodologia
5. Modelli
6. Risultati attesi
7. Tempistica
8. Costi
9. Indicatori

1. Coerenza con le priorità regionali: allineamento con gli adempimenti LEA.

Con l'ultima valutazione al tavolo interministeriale è stata dichiarata inadempiente per i LEA per molti indicatori di attività.

A livello generale la programmazione attuale, nell'intento di garantire all'utenza della Regione Campania un livello di assistenza che sia garante del soddisfacimento dei LEA, ha proposto l'adozione di nuovi modelli organizzativi, che prevedano:

- equità di accesso;
- appropriatezza di setting di cure, appropriatezza clinica ed organizzativa per una gestione efficace ed efficiente delle strutture
- integrazione ospedale-territorio per il completamento dei percorsi di cura, sia in accesso che in dimissione dalla struttura ospedaliera
- procedure interne di verifica di qualità, nel rispetto dei criteri di efficienza ed economicità.

Nel contesto specifico dell'assistenza oncologica questi modelli sono stati proposti ed applicati già in diverse regioni italiane. In particolare negli ultimi anni, coerentemente con quanto premesso, i modelli assunti a riferimento della riorganizzazione dell'offerta sanitaria a livello regionale si sono basati sulla centralità del concetto di rete assistenziale, operante secondo percorsi diagnostico-terapeutici predefiniti a livello regionale, in grado di garantire ampia copertura territoriale e tempestività di accesso alle cure, oltre che disponibilità di setting assistenziali più specializzati, al crescere della complessità della domanda.

In questa ottica nel documento d'intesa della conferenza Stato-Regioni n.144 del 30/10/2014, al fine di ottimizzare l'impiego delle risorse regionali nella lotta contro il cancro, si è recepito il documento di "guida per la costituzione delle reti oncologiche regionali" come riferimento nella programmazione sanitaria. In considerazione della necessità di mettere insieme le non sempre elevate quantità di risorse disponibili e di far fronte alle esigenze di un largo bacino d'utenza, nonché di ridurre lo squilibrio sociale, la Regione Campania ha deciso di istituire l'infrastruttura Rete Oncologica Campana, risultato delle attività di Network dei Centri deputati per i propri ambiti di competenza ad intervenire nella prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione del cancro.

Il presente progetto riguarda la applicazione pratica di questi principi che deve portare alla implementazione e piena operatività della rete oncologica regionale

2. Background del progetto

2.1 Il contesto epidemiologico regionale in oncologia

In Campania, sulla base dei dati epidemiologici forniti dalla banca dati “I tumori in Italia”, portale dell’epidemiologia oncologica nato dalla collaborazione tra Istituto Nazionale Tumori e Istituto Superiore di Sanità, si stima una elevata incidenza annuale di neoplasie maligne. Riferendosi all’anno 2010 (dato più recente) la stima è di 398/100.000 nuovi casi per il sesso maschile, a fronte di una media nazionale di 336/100.000 e 265/100.000 per il sesso femminile, dato in linea con la media nazionale.

La maggiore mortalità in Campania

Il tasso di mortalità in Campania si discosta decisamente dalla media nazionale di 173/100.000 per gli uomini e 94/100.000 per le donne, attestandosi su 231/100.000 per i primi e 103/100.000 per le seconde. La maggiore mortalità si osserva per la maggior parte delle neoplasie, a parità di stadio.

Anche per i tumori maligni di mammella, colon-retto e cervice uterina, che ad oggi, rappresentano le uniche patologie neoplastiche che possono beneficiare di prevenzione secondaria mediante screening validati a livello nazionale ed internazionale i dati mostrano una sopravvivenza minore. La maggiore mortalità non è esclusivamente da imputare alla scarsa performance dei programmi di screening, che ne è comunque causa importante, in quanto è presente anche a parità di stadio di malattia

La migrazione sanitaria per i pazienti oncologici della Campania

La scarsa organizzazione del percorso diagnostico per la maggior parte delle neoplasie oncologiche, e la mancata sistematizzazione della domanda e dell’offerta, sono la principale causa del fenomeno della migrazione sanitaria che, con valori oscillanti per patologia e per provincia, oscilla in un range tra il 5 ed il 20% se si considera la sola mobilità extraregionale. La tabella di sotto riportata mostra a titolo esemplificativo il dato della migrazione sanitaria per il tumore della mammella.

La mobilità extra regionale ha un costo economico e sociale per i pazienti e le loro famiglie

2.2 Le principali criticità del sistema sanitario regionale in oncologia

L'analisi dell'offerta oncologica nella Regione Campania, che è conseguita alla disponibilità dei dati di maggiore mortalità oncologica nella Regione, mette in luce una serie di problemi strutturali e di ritardi che ancora oggi non consente di rispondere completamente ed efficientemente alla domanda di Salute che di garantire un efficiente ed efficace utilizzo delle risorse economiche a disposizione.

Ciò si riflette nel deficit di sopravvivenza rispetto al dato medio nazionale e sull'elevato tasso di migrazione sanitaria extraregionale.

Tra le principali criticità si evidenziano:

1. Bassa compliance agli screening per tumori di cervice, mammella e solo recente avvio per tumori del colon-retto;
2. Difficoltà d'accesso alle strutture sanitarie per diagnosi e cura per le fasce più deboli ed a rischio della popolazione e elevato tasso di migrazione sanitaria
3. Enorme frazionamento dei percorsi sanitari ed assenza di uno standard regionale di riferimento.

Si evince come sia oggi quanto mai fondamentale attuare azioni specifiche volte a riorganizzare e razionalizzare l'offerta al fine di garantire una più efficiente ed efficace gestione della domanda anche non espressa, oltre ad un'ottimale allocazione delle risorse economiche disponibili. Finalità, quelle sopra descritte, che trovano risposta nella creazione di una Rete Oncologica a livello regionale, come dimostrano esperienze di altre regioni italiane, quali, a titolo esemplificativo Toscana, Veneto e Piemonte-Valle d'Aosta.

3 Obiettivi del progetto

La rete si propone di analizzare e gestire il fenomeno cancro in Campania, gestire la domanda e l'offerta, e di verificare la performance del sistema

In dettaglio il progetto attuativo proposto dalla struttura di Coordinamento prevede:

- Adozione di un provvedimento di definizione della Rete Oncologica Campana.
- Creazione di un Coordinamento della Rete Oncologica Campana che, considerata l'elevata complessità clinico-organizzative dell'assistenza oncologica, favorisca l'integrazione interaziendale necessaria per la gestione della domanda e dell'offerta oncologica.

- Individuazione dei Centri Oncologici di Riferimento Polispecialistici (CORP) con funzioni diagnostico-stadiative, terapeutiche, riabilitative e di follow-up oncologico
- Individuazione dei Centri Oncologici di Riferimento Regionali con attività specifica in campo oncologico (CORPUS);
- Definizione dei Gruppi oncologici Multidisciplinari (GOM)
- Macro-Obiettivi (ricognizione PDTA adottati , Armonizzazione dei PDTA e produzione dei PDTA regionali, contestuale attivazione dei GOM per ogni PDTA, creazione di una piattaforma informatica per la gestione della domanda e dell'offerta)
- Micro.Obiettivi (progetti che saranno ritenuti utili dai componendi del network al fine di migliorare la qualità dell'assistenza; il primo progetto in atto riguarda la refertazione anatomo-patologica)

Alcune di queste progettualità sono in corso, altre verranno messe in essere durante lo svolgimento del progetto.

3.1 Macro-Obiettivi

a. PDTA

Il primo obiettivo del coordinamento è la ricognizione di tutti i PDTA elaborati dalle aziende ospedaliere allo scopo di renderli omogenei. Il progetto prevede la rielaborazione dei PDTA in condivisione con gli oncologi dei CORP, dei CORPUS in modo di giungere alla produzione di PDTA regionali condivisi. A tal fine saranno creati dei gruppi di lavoro che includano i principali esperti regionali dei tumori in esame. L'obiettivo è quello di finalizzare i PDTA regionali entro fine anno e di strutturare i relativi GOM. Per ciascun PDTA saranno identificati una serie di indicatori legati ai tempi di presa in carico del paziente. Una volta ultimati i PDTA ed i relativi GOM, questi potranno essere adottati dalla Regione Campania e dei CORP/CORPUS e divenire pienamente operativi. L'ausilio dei dati epidemiologici regionali provenienti dai registri tumori e dalle SDO sarà di fondamentale utilità per la pianificazione delle azioni successive.

b. Piattaforma informatica

Al fine di regolare e gestire i flussi della rete oncologica campana (ROC) si svilupperà una piattaforma web secondo il modello operativo del Comprehensive Cancer Center Network (CCCN). Tale piattaforma tende ad includere tutte le strutture presenti sul territorio ed a vario titolo competenti per la prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione del cancro. In tal modo, la piattaforma si occuperà della gestione delle patologie neoplastiche, garantirà a tutti i Centri che vi faranno parte per i loro ambiti di competenza di contribuire alla piena attuazione di un percorso assistenziale organizzato ed efficiente, non dispersivo per il cittadino,

ed in grado di rispondere al bisogno di Salute, assicurando una gestione multidisciplinare integrata, aderente alle linee guida e best practice, secondo i principi di appropriatezza ed equità di accesso alle cure.

Attraverso la piattaforma dovrà essere possibile effettuare la richiesta ai GOM compilando un modulo o “scheda digitale” differenziata per tipo di utente (Centro ospedaliero, Specialista territoriale, MMG, Utente Pubblico)

La scheda digitale inviata verrà processata automaticamente e assegnata ad una selezione di centri in base a criteri predefiniti.

La piattaforma HUB, gestirà l’assegnazione della richiesta al primo GOM della lista in grado di rispondere al meglio ai 3 requisiti di

- Competenza (verranno selezionati i centri che hanno le capacità per rispondere alle esigenze presenti nella richiesta di assistenza; centri che hanno il GOM competente per la domanda)
- Vicinanza al paziente (verranno identificati i GOM più vicini alla residenza del paziente)
- Tempo di evasione della richiesta di supporto (i GOM potranno prendere in carico il caso clinico se sono in grado di rispondere alla richiesta di assistenza nei tempi standard definiti all’interno dei PDTA; in caso contrario la domanda passerà in automatico agli altri GOM regionali)

I primi due parametri verranno gestiti automaticamente dal sistema che restituirà all’Hub una lista di possibili “candidati” potenzialmente in grado di rispondere alla richiesta di supporto.

Il sistema prevederà anche la gestione della domanda che dal GOM è diretta al territorio nell’ottica della continuità assistenziale al termine della gestione ospedaliera o da un GOM verso un altro GOM, per prestazioni non disponibili, nell’ottica dell’ottimizzazione delle risorse

La piattaforma sarà uno strumento al servizio dei GOM e del territorio, regolerà i flussi degli utenti e il percorso con il territorio. Inoltre sarà uno strumento di verifica degli indicatori definiti dai GOM.

La piattaforma verrà sviluppata in modalità modulare man mano che i PDTA ed i GOM saranno operativi. Conterrà anche contenuti educazionali, informativi per i pazienti e per i componenti del SSR.

c. La continuità territoriale di gruppi di lavoro con le ASL

Uno degli aspetti più critici dell’assistenza oncologica in Campania è la assenza di meccanismi chiari che definiscano il percorso per garantire la continuità assistenziale. In particolare questa parte del progetto intende definire le prestazioni e le strutture del territorio che devono essere incluse nel progetto di continuità assistenziale, e che opereranno in continuità rispetto alle strutture ospedaliere, nell’ambito della gestione da parte della piattaforma informatica. Saranno organizzate riunioni con le singole ASL per

analizzare le possibilità di interazione e saranno integrati i compiti dei MMG e dello specialista ambulatoriale

d. Il piano della comunicazione

La comunicazione degli obiettivi della rete sarà uno degli elementi essenziali del progetto. In particolare saranno destinatari di corsi formativi i MMG, gli specialisti ambulatoriali, i responsabili dei CUP di ASL e ospedali. Inoltre una campagna informativa rivolta alla cittadinanza sarà messa in essere appena sarà raggiunta l'operatività del sistema

3.2 Micro-Obiettivi

Per Micro-obiettivi si intendono qui specifiche attività volte al miglioramento della qualità dell'assistenza oncologica. Il numero di questi obiettivi specifici è destinato ad aumentare con il progredire della rete oncologica

e. Refertazione Anatomo patologica

Appare chiara l'esigenza di lavorare sulla corretta refertazione anatomopatologica. In Campania infatti esiste un numero molto elevato di laboratori di Anatomia Patologica che possono rappresentare un vulnus del sistema ove mai non rispondano a criteri di refertazione qualitativamente accettabili. Sarà stato costituito un gruppo di coordinamento, costituito dai referenti anatomo-patologi dei CORP/CORPUS per la realizzazione di una "scheda unica di refertazione" ovvero un documento che, per ogni patologia per la quale è previsto il PDTA indichi le informazioni necessarie per refertare una diagnosi secondo il criterio della qualità.

f. Rete delle unità Radioterapie della Regione Campania

Questa parte del progetto prevede la Identificazione di criteri qualitativi, criteri per la refertazione, e modelli di gestione in rete delle prestazioni attraverso lo strumento della piattaforma informatica. Sarà creato un gruppo di lavoro costituito dai responsabili delle UO di Radioterapia operanti in Campania

g. Valutazione e gestione del rischio oncogenetico

E' prevista, al fine di colmare una grave lacuna esistente nella Regione Campania, la definizione di un percorso regionale per la valutazione del rischio oncogenetico. Sarà costituito un gruppo di lavoro che comprenderà i centri di counseling esistenti sul territorio e i laboratori che effettuano determinazioni genetiche. In particolare anche in questo caso si procederà alla identificazione di criteri qualitativi, criteri per la refertazione genetica, e per la gestione in rete delle prestazioni

4. Metodologia

Gli organi costitutivi della Rete **sono** saranno i seguenti:

Centri Oncologici di Riferimento Polispecialistici (CORP) con funzioni diagnostico-stadiative, terapeutiche, riabilitative e di follow-up oncologico

- Centri Oncologici di Riferimento Regionali con attività specifica in campo oncologico (CORPUS);
- Centri per le cure di I livello.
- Hospice e reparti/ambulatori di Terapia del Dolore

La gestione integrata avverrà attraverso l'operatività dei Gruppi Oncologici Multidisciplinari (GOM) patologia-specifici, e attraverso la definizione di un percorso organizzato della gestione della domanda oncologica volto al concetto della totale presa in carico del paziente I centri per le cure di I livello appartenenti ad ASL che dovranno partecipare ad un GOM istituito da un CORP/CORPUS.

Si procederà alla implementazione della piattaforma dei primi PDTA; si riempiranno gli alberi per la gestione della domanda, per la gestione dell'offerta, e per la continuità di cura

Per ogni PDTA saranno forniti materiali informativi per i pazienti e per i medici di MMG o altri utenti.

Il progetto prevede riunioni mensili per la verifica dell'andamento dei macro-obiettivi ed un aggiuntivo incontro mensile per le specifiche necessità connesse ai micro-obiettivi

5. Modelli

In Italia sono disponibili modelli di progettazione, implementazione e valutazione della qualità di modelli gestionali di reti oncologiche e di percorsi clinico-assistenziali in oncologia. Tali attività sono condotte secondo una prospettiva caratterizzata da una particolare attenzione al coinvolgimento dei pazienti e dei professionisti e da un orientamento al Miglioramento Continuo della Qualità. In particolare l'esperienza della rete oncologica piemontese e quella veneta sono certamente le più evolute e maggiormente operative.

L'oncologia costituisce ormai da alcuni anni, in ragione dell'alta incidenza e della prevalenza, una delle priorità delle politiche sanitarie internazionali e nazionali, come mostrano tra gli altri le recenti pubblicazioni del Council of the European Union 2008, del Ministero della Salute, dell'OECD 2013.

Posto l'accento sulla complessità del paziente con neoplasia, il quale necessita di interventi caratterizzati da un intervento sistemico e interdisciplinare, realizzati in chiave biopsicosociale, molta attenzione è riservata al setting assistenziale, al fine di ottimizzare l'intero percorso di cura, garantendo qualità, continuità e appropriatezza è necessario calare le altre esperienze nazionali nel contesto del sistema regionale campano.

Un riferimento normativo specifico che prevede una analisi dettagliata è il documento tecnico del Ministero della Salute, prodotto in collaborazione con Agenas, per gli anni 2011-2013, dove viene fatta esplicita definizione dei modelli da seguire per l'implementazione delle reti oncologiche (<http://www.agenas.it/aree-tematiche/qualita/reti-e-percorsi-oncologici?jjj=1504085798658>)

6. Risultati attesi

Il progetto si propone di realizzare la piena operatività della rete oncologica campana con la creazione dei GOM, della continuità assistenziale e con la piena gestione della domanda e dell'offerta mediante la piattaforma informatica costruita ad hoc.

I risultati a lungo termine della riorganizzazione assistenziale oncologica sono la riduzione del divario in termini di outcome rispetto alle altre regioni italiane ed una riduzione del fenomeno della migrazione sanitaria.

Tutto ciò verrà attuato nel primario obiettivo di migliorare la qualità dell'assistenza oncologica, ridurre il carico sociale su pazienti e famiglie, determinato dalla diagnosi cancro, puntando al concetto della totale presa in carico del paziente.

7. Tempistica

Il progetto è strutturato su un ambito triennale sebbene la implementazione dei processi di rete debba essere considerato un percorso senza fine, che vede rinnovati su base triennali gli obiettivi e le determinazioni strategiche basate sugli indicatori raccolti

Di seguito è riportato il cronoprogramma delle principali attività previste dal progetto

CRONOPROGRAMMA	2016	
Creazione della rete	x	x
Scrittura del PDTA	x	x
Implementazione della piattaforma web	x	x
Aggiornamento della piattaforma web		
Produzione di materiale informativo		

Implementazione del percorso nelle ASL		x
Campagna di comunicazione all'utenza		
Campagna di comunicazione alla medicina territoriale		
Progetto refertazione patologica		x
Progetto radioterapia		x
Progetto Oncogenetica		x
Rivalutazione degli esiti		x

9. Indicatori del progetto

Ai fini del controllo della efficacia della rete è fondamentale garantire una costante azione di monitoraggio mediante indicatori adottati in tutti gli snodi della rete. La raccolta dei dati consentirà di adottare misure strategico-organizzative basate sulle informazioni del processo. Le informazioni dovranno riferirsi a tutti gli ambiti dell'oncologia, dalla prevenzione, alla diagnosi, cura e assistenza sul territorio.

Il presente progetto attuativo ha valenza triennale. L'obiettivo principale, riduzione della mortalità, non è raggiungibile nel triennio e pertanto tra gli indicatori messi in essere saranno considerati quelli che attestano il funzionamento del nuovo processo organizzativo

a. Tempi di presa in carico dei pazienti

Ciascun PDTA prodotto prevede chiarezza dei tempi di presa in carico e di attuazione delle principali attività diagnostiche e terapeutiche. La piattaforma con la raccolta delle date indice consentirà di elaborare un report sulla efficienza dei singoli Corpus/Corp, al fine di ottimizzare il percorso e mettere in essere i correttivi necessari e la programmazione degli investimenti in termini di risorse umane e tecnologiche.

Il report sarà prodotto annualmente e oggetto di riunioni di analisi ad hoc

Costituirà report a parte quello riferito alle patologie oggetto di screening, in modo da poter anche valutare l'efficienza degli screening regionali

b. Utilizzo della Piattaforma da parte del MMG e degli specialisti ambulatoriali

Con analisi a campione effettuata sui pazienti con SDO ospedaliera del mese di Novembre di ogni anno sarà valutata la percentuale di pazienti riferita ai GOM attraverso la piattaforma da parte del MMG o degli specialisti ambulatoriali. L'obiettivo del triennio è di incrementare del 20% ogni anno la quota di pazienti che afferiscono ai centri attraverso il nuovo percorso regionale

c. Attivazione della continuità territoriale

Con analisi a campione effettuata sui pazienti con SDO ospedaliera del mese di Novembre di ogni anno sarà valutata la percentuale di pazienti in trattamento presso i GOM che attraverso la piattaforma sono riferiti ai MMG, specialisti ambulatoriali, e servizi ASL. L'obiettivo del triennio è di incrementare del 20% ogni anno la quota di pazienti che afferiscono alla continuità territoriale attraverso il nuovo percorso regionale

d. Qualità della refertazione patologica

Al termine di ogni annualità del progetto sarà effettuata a campione una analisi della qualità della refertazione patologica, secondo i criteri stabiliti dal gruppo di lavoro regionale. Un campione rappresentativo delle varie patologie oncologiche verrà studiato sulla base delle SDO prodotte nel mese di Novembre di ogni anno nei vari CORP/CORPUS della Regione

e. Valutazione dei tassi di migrazione extraregionale

La riorganizzazione del sistema regionale prevede una gestione completa dei flussi che ha lo scopo di favorire la presa in carico nel rispetto di tempi di attesa ottimali. Sarà valutato annualmente il tasso di migrazione extraregionale per le patologie per le quali sono stati approvati i PDTA e attivati i GOM.