

REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute e politiche sanitarie

Proposta n. 153 del 20.07.2018

DECRETO DEL COMMISSARIO AD ACTA

(per l'attuazione del vigente Piano di rientro dai disavanzi del SSR calabrese, secondo i Programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, nominato con Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 12.3.2015)

DCA n. 155 del 26 LUG. 2018

OGGETTO: Obiettivi P.S.N. -Recepimento Accordo Stato/Regioni del 26 ottobre 2017 (Rep. Atti n.181/CSR) Approvazione linee progettuali anno 2017.

Il Dirigente del Settore
Dott.ssa Francesca Fratto

Il Dirigente Generale
Dott. Bruno Zito

Publicato sul Bollettino Ufficiale
della Regione Calabria n. _____ del _____



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DCA n. 155 del 26 LUG. 2018

OGGETTO: Obiettivi P.S.N. - Recepimento Accordo Stato/Regioni del 26 ottobre 2017 (Rep. Atti n.181/CSR) - Approvazione linee progettuali anno 2017

IL COMMISSARIO AD ACTA

(per l'attuazione del vigente Piano di rientro dai disavanzi del SSR calabrese, secondo i Programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, nominato con Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 12.3.2015)

VISTO l'articolo 120 della Costituzione;

VISTO l'articolo 8, comma 1, della legge 5 Giugno 2003, n.131;

VISTO l'articolo 4, commi 1 e 2, del D.L. 1° Ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla legge 29 Novembre 2007, n. 222;

VISTO l'Accordo sul Piano di rientro della Regione Calabria, firmato tra il Ministro della salute, il Ministro dell'Economia e delle finanze e il Presidente p.t. della Regione in data 17 dicembre 2009, poi recepito con DGR n. 97 del 12 febbraio 2010;

RICHIAMATA la Deliberazione del 30 Luglio 2010, con la quale, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute, sentito il Ministro per i rapporti con le regioni, il Presidente pro tempore della Giunta della Regione Calabria è stato nominato Commissario ad acta per la realizzazione del Piano di rientro dai disavanzi del Servizio sanitario di detta Regione e sono stati contestualmente indicati gli interventi prioritari da realizzare;

RILEVATO che il sopra citato articolo 4, comma 2, del D.L. n. 159/2007, al fine di assicurare la puntuale attuazione del Piano di rientro, attribuisce al Consiglio dei Ministri – su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, sentito il Ministro per i rapporti con le regioni - la facoltà di nominare, anche dopo l'inizio della gestione commissariale, uno o più sub commissari di qualificate e comprovate professionalità ed esperienza in materia di gestione sanitaria, con il compito di affiancare il Commissario *ad acta* nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale;

VISTO l'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, il quale dispone che per le regioni già sottoposte ai piani di rientro e già commissariate alla data di entrata in vigore della predetta legge restano fermi l'assetto della gestione commissariale previgente per la prosecuzione del piano di rientro, secondo programmi operativi, coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal Commissario ad acta, nonché le relative azioni di supporto contabile e gestionale.

VISTI gli esiti delle riunioni di verifica formulate dal Tavolo interministeriale nei verbali del 19 aprile 2016 e del 26 luglio 2016, con particolare riferimento al Programma Operativo 2016-2018;

VISTO il Patto per la salute 2014-2016 di cui all'Intesa Stato-Regioni del 10 luglio 2014 (Rep. n. 82/CSR) e, in particolare l'articolo 12 di detta Intesa;

VISTA la L. 23/12/2014, n. 190 recante "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato" (legge di stabilità 2015) e s.m.i.;

VISTA la nota prot. n.298/UCL397 del 20 marzo 2015 con la quale il Ministero dell'Economia e delle Finanze ha trasmesso alla Regione Calabria la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 12.3.2015 con la quale è stato nominato l'Ing. Massimo Scura quale Commissario *ad acta* per

l'attuazione del vigente Piano di rientro dai disavanzi del SSR calabrese, secondo i Programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, e successive modificazioni;

VISTA la medesima Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 12.3.2015 con la quale è stato nominato il Dott. Andrea Urbani *sub* Commissario unico per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi del SSR della Regione Calabria, con il compito di affiancare il Commissario *ad acta* nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale;

RILEVATO che con l'anzidetta Deliberazione è stato assegnato al Commissario *ad acta* per l'attuazione del Piano di rientro l'incarico prioritario di adottare e attuare i Programmi operativi 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, con particolare riferimento alle seguenti azioni ed interventi prioritari:

1. adozione del provvedimento di riassetto della rete ospedaliera, coerentemente con il Regolamento sugli *standard* ospedalieri di cui all'Intesa Stato-Regioni del 5 agosto 2014 e con i pareri resi dai Ministeri affiancanti, nonché con le indicazioni formulate dai Tavoli tecnici di verifica;
2. monitoraggio delle procedure per la realizzazione dei nuovi Ospedali secondo quanto previsto dalla normativa vigente e dalla programmazione sanitaria regionale;
3. adozione del provvedimento di riassetto della rete dell'emergenza urgenza secondo quanto previsto dalla normativa vigente;
4. adozione del provvedimento di riassetto della rete di assistenza territoriale, in coerenza con quanto specificatamente previsto dal Patto per la salute 2014-2016;
5. razionalizzazione e contenimento della spesa per il personale;
6. razionalizzazione e contenimento della spesa per l'acquisto di beni e servizi;
7. interventi sulla spesa farmaceutica convenzionata ed ospedaliera al fine di garantire il rispetto dei vigenti tetti di spesa previsti dalla normativa nazionale;
8. definizione dei contratti con gli erogatori privati accreditati e dei tetti di spesa delle relative prestazioni, con l'attivazione, in caso di mancata stipulazione del contratto, di quanto prescritto dall'articolo 8-*quinquies*, comma 2-*quinquies*, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e ridefinizione delle tariffe delle prestazioni sanitarie, nel rispetto di quanto disposto dall'art. 15, comma 17, del decreto-legge n. 95 del 2012, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 135 del 2012;
9. completamento del riassetto della rete laboratoristica e di assistenza specialistica ambulatoriale;
10. attuazione della normativa statale in materia di autorizzazioni e accreditamenti istituzionali, mediante adeguamento della vigente normativa regionale;
11. interventi sulla spesa relativa alla medicina di base;
12. adozione dei provvedimenti necessari alla regolarizzazione degli interventi di sanità pubblica veterinaria e di sicurezza degli alimenti;
13. rimozione, ai sensi di quanto previsto dall'art. 2, comma 80, della L. n. 191 del 2009, dei provvedimenti, anche legislativi, adottati dagli organi regionali e i provvedimenti aziendali che siano di ostacolo alla piena attuazione del piano di rientro e dei successivi Programmi operativi, nonché in contrasto con la normativa vigente e con i pareri e le valutazioni espressi dai Tavoli tecnici di verifica e dai Ministeri affiancanti;
14. tempestivo trasferimento delle risorse destinate al SSR da parte del bilancio regionale;
15. conclusione della procedura di regolarizzazione delle poste debitorie relative all'ASP di Reggio Calabria;
16. puntuale riconduzione dei tempi di pagamento dei fornitori ai tempi della direttiva europea 2011/7/UE del 2011, recepita con Decreto Legislativo n. 192/2012;

VISTA la nota 0008485-01/08/2017-GAB-GAB-A con la quale il Dott. Andrea Urbani, Direttore generale della programmazione sanitaria del Ministero della Salute, ha rassegnato le proprie dimissioni dall'incarico da *sub* Commissario *ad acta* per l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi sanitari per la Regione Calabria;

PREMESSO che:

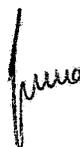
- l'art. 1, comma 34, della legge 662/1996 prevede l'individuazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, al cui perseguimento sono vincolate apposite risorse, ai sensi dell'art. 1, comma 34 bis, della stessa legge;
- l'Accordo tra Stato Regioni e Province Autonome, del 26 ottobre 2017 (Rep. Atti n.181/CSR), definisce le linee progettuali con cui perseguire gli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale di cui sopra;
- le linee progettuali per l'utilizzo, da parte delle Regioni e Province Autonome, delle risorse vincolate, ai sensi dell'art. 1, comma 34 e 34 bis, della legge 662/1996, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2017, sono quelle definite nell'Allegato A) dell' Accordo n.181/2017, di seguito elencate:
 1. *Attività di assistenza primaria*
 2. *Sviluppo dei processi di umanizzazione all'interno dei percorsi assistenziali*
 3. *Cure palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica*
 4. *Piano Nazionale Prevenzione*
 5. *Gestione della cronicità*
 6. *Reti oncologiche*
- l'Intesa Stato/Regioni del 26 ottobre 2017 (Rep. Atti n. 182/CSR) ha sancito l'assegnazione delle risorse vincolate alle Regioni, ai sensi dell'art. 1, comma 34 e 34 bis, della legge 662/1996, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2017, quantificandole per la Regione Calabria in complessivi € 45.031.633,00;
- le risorse assegnate alle Regioni, con la su citata Intesa, vengono trasferite alle stesse nella misura del 70%, subordinando tale quota di finanziamento alla presentazione di specifici progetti per ciascuna linea progettuale e, solo a seguito dell'approvazione degli stessi, da parte della Conferenza Stato Regioni e Province Autonome, potrà essere erogato il restante 30%;
- la mancata presentazione ed approvazione dei progetti, di cui al citato Accordo, comporta, nell'anno di riferimento, la mancata erogazione del 30% del finanziamento ed il recupero dell'anticipazione del 70% già erogato, a carico delle somme a qualsiasi titolo spettanti nell'anno successivo;

CONSIDERATO che:

- la precedente Intesa Stato Regioni del 3 dicembre 2009 (rep. N.243/CSR), concernente il nuovo Patto per la salute 2010/2012, all'art. 1, comma 7, ha stabilito che *"le risorse di cui all'art. 1, comma 34 della legge 662/1996 non sono da considerarsi contabilmente vincolate, bensì programmabili al fine di consentire specifiche verifiche circa il raggiungimento degli obiettivi fissati nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza. Per le regioni interessate ai piani di rientro la fissazione degli obiettivi va integrata con quella dei medesimi piani"*;
- l'Intesa Stato Regioni del 10 luglio 2014 (rep. N.82/CSR), concernente il nuovo Patto per la salute 2014/2016, all'art. 1, comma 5, in continuità con il precedente Patto, stabilisce, tra l'altro, che: *"Le Regioni impegnate nei Piani di rientro individuano le linee progettuali da realizzare, in coerenza con gli obiettivi dei Programmi operativi approvati. Resta comunque inteso che dette quote, così come il finanziamento di cui al comma 1, non possono essere destinate a finalità extrasanitarie. Si conviene che le risorse vincolate assegnate alle Regioni siano utilizzate non solo per gli obiettivi di piano, ma anche per gli obiettivi prioritari definiti nell'ambito del presente Patto per la salute, purché dedicati e finalizzati al miglioramento dell'erogazione dei LEA"*;

DATO ATTO che:

- con decreto dirigenziale n. 15851, del 29.12.2017, è stata accertata ed impegnata sul capitolo pertinente del bilancio regionale 2017 la somma di € 45.031.633,00, destinata alle aziende sanitarie ed ospedaliere per la realizzazione delle attività relative alle linee progettuali di cui all'allegato 1) del presente atto;
- con DCA n. 60 del 20.2.2018, avente per oggetto: *Riparto provvisorio del Fondo Sanitario Regionale a destinazione indistinta e delle quote a destinazione vincolata anno 2017, ai sensi dell'art. 2 comma 2-sexies lett. d), del D.Lgs.502/92 e successive modificazioni ed integrazioni*, è stata approvata, all'Allegato 2, la *"Tabella di equivalenza e riparto somme assegnate alle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere"*, nella quale l'importo complessivo di €



45.031.633,00 viene ripartito tra le diverse Linee progettuali e assegnato alle Aziende Sanitarie Provinciali e Aziende Ospedaliere della regione;

- le schede di cui all'allegato 1) rispondono alle linee progettuali di cui all'Accordo del 26 ottobre 2017 (Rep. Atti n.181/CSR) e risultano essere in stretta coerenza con gli obiettivi previsti nel Programma Operativo 2016-2018, approvato con DCA n. 63 del 5.7.2016, integrato e modificato con DCA n. 119 del 4.11.2016;

RITENUTO necessario

- recepire l'Accordo tra lo Stato le Regioni e le Province Autonome del 26 ottobre 2017 (Rep. Atti n.181/CSR) che definisce, nell'allegato A) le linee progettuali con cui perseguire gli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2017;
- approvare i progetti di cui all'allegato 1), parte integrante e sostanziale del presente atto, redatti in coerenza con le linee progettuali indicate nell'allegato A) del citato Accordo;

PRESO ATTO che:

- le linee progettuali dell'anno 2017 sono in continuità con le attività avviate nel 2013, proseguite fino al 2016 in quanto compatibili, la cui verifica di attuazione è annuale e contestuale con la valutazione dello stato di attuazione del P.O. 2016-2018;
- nella relazione sugli obiettivi raggiunti del programma operativo 2016-2018, sono integrati i risultati delle linee progettuali relative al 2016, come riportato nell'allegato 2) parte integrante e sostanziale del presente atto;

RITENUTO:

- di stabilire che il trasferimento delle risorse assegnate avverrà nella misura del 70% dell'importo previsto nei singoli progetti, per come indicato nel DCA n. 156 del 16 novembre 2017 e che il restante 30% sarà assegnato a seguito della rendicontazione finale, facendo obbligo alle Aziende di garantire la continuità delle attività, pena recupero dell'anticipazione del 70% già erogato, anche a carico delle somme a qualsiasi titolo spettanti nell'anno successivo alle stesse;
- di ribadire l'obbligo di rendicontazione delle risorse assegnate alle linee progettuali, da parte degli organi preposti alle Direzioni delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere;

VISTO il D.Lgs. 502/1992 e s.m. e i.;

VISTA la legge 23 dicembre 1996, n. 662;

sulla scorta dell'istruttoria effettuata dalla struttura competente

DECRETA

Per le motivazioni di cui in premessa, che qui s'intendono riportate quale parte integrante e sostanziale:

DI RECEPIRE l'Accordo tra lo Stato le Regioni e le Province Autonome del 26 ottobre 2017 (Rep. Atti n.181/CSR) che definisce, nell'allegato A) le linee progettuali con cui proseguire gli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2017;

DI APPROVARE i progetti di cui all'allegato 1), parte integrante e sostanziale del presente atto;

DI DARE ATTO che:

- con decreto dirigenziale n. 15851, del 29.12.2017, è stata accertata ed impegnata sul capitolo pertinente del bilancio regionale 2017 la somma di € 45.031.633,00, destinata alle aziende sanitarie ed ospedaliere per la realizzazione delle attività relative alle linee progettuali di cui allegato 1) del presente atto;
- con DCA n. 60 del 20.2.2018, avente per oggetto: *Riparto provvisorio del Fondo Sanitario Regionale a destinazione indistinta e delle quote a destinazione vincolata anno 2017, ai sensi dell'art. 2 comma 2-sexies lett. d), del D.Lgs.502/92 e successive modificazioni ed integrazioni*, è stata approvata, all'Allegato 2, la "Tabella di equivalenza e riparto somme assegnate alle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere", nella quale l'importo complessivo di € 45.031.633,00 viene ripartito tra le diverse Linee progettuali e assegnato alle Aziende Sanitarie Provinciali e Aziende Ospedaliere della regione;
- le linee progettuali dell'anno 2017 sono in continuità con le attività avviate nel 2013, proseguite fino al 2016 in quanto compatibili, la cui verifica di attuazione è annuale e contestuale con la valutazione dello stato di attuazione del P.O. 2016-2018;

- nella relazione sugli obiettivi raggiunti nel programma operativo 2016–2018, sono integrati i risultati delle linee progettuali relative al 2016, come riportato nell'allegato 2) parte integrante e sostanziale del presente atto;

DI STABILIRE che il trasferimento delle risorse assegnate avverrà nella misura del 70% dell'importo previsto dai singoli progetti, per come indicato nel DCA n. 156 del 16 novembre 2017, ed il restante 30% a rendicontazione finale, previa approvazione degli stessi da parte della Conferenza tra Stato Regioni e Province Autonome con modalità espresse in premessa;

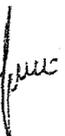
DI TRASMETTERE il presente atto al Ministero della Salute, per i successivi adempimenti previsti dall'Accordo Stato-Regioni del 26 ottobre 2017 (Rep. Atti n.181/CSR);

DI TRASMETTERE il presente decreto, ai sensi dell'art. 3 comma 1 dell' Accordo del Piano di rientro, ai Ministeri competenti;

DI DARE MANDATO alla Struttura Commissariale per la trasmissione del presente decreto al Dirigente Generale del Dipartimento Tutela della Salute ed agli interessati;

DI DARE MANDATO al Dirigente Generale per la pubblicazione sul BURC telematico e sul sito web del Dipartimento Tutela della Salute della Regione Calabria.

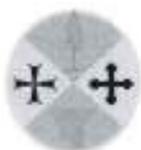
Il Commissario ad acta
Ing. Massimo Scura



Obiettivi P.S.N. 2017 - Accordo Stato-Regioni del 26 ottobre 2017 (Rep. Atti n.181/CSR)

Linee progettuali e Progetti anno 2017

Linea progettuale	Titolo progetto	Importo 2017
1. Attività di assistenza primaria	Riequilibrio Ospedale – Territorio: consolidamento della rete territoriale	13.622.041,00
2. Sviluppo dei processi di umanizzazione all'interno dei percorsi assistenziali	Umanizzazione delle cure nella Regione Calabria	3.000.000,00
3. Cure palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica.	Riorganizzazione della rete regionale di cure palliative e terapia del dolore	3.649.880,00
4. Piano Nazionale Prevenzione	Piano Regionale della Prevenzione	8.759.712,00
	Azioni di supporto al piano nazionale della prevenzione	
5. Gestione della cronicità	Riorganizzazione del lavoro in rete per la gestione della cronicità, dell'assistenza e riabilitazione alle persone in condizioni di fragilità e non autosufficienza	8.000.000,00
6. Reti oncologiche	Implementazione della rete oncologica regionale integrata con la Rete Calabrese del Tumori Rari (ReCaTuR)	8.000.000,00
	TOTALE	45.031.633,00



Regione Calabria

OBIETTIVI DI PIANO 2017 - Accordo Stato-Regioni del 26 ottobre 2017 (Rep. Atti n.181/CSR)

LINEA PROGETTUALE: 1. Attività di assistenza primaria

TITOLO PROGETTO: Riequilibrio Ospedale – Territorio: consolidamento della rete territoriale

DURATA: 12 mesi

REFERENTE: Settore n. 9 "Servizi territoriali Governance delle fragilità e delle dipendenze"

IMPORTO ASSEGNATO: vedi tabella in calce

PREMESSA

Le cure primarie sono il primo punto di contatto tra il cittadino e il SSN, pertanto, diventa necessario promuovere e sviluppare un approccio di rete, tra Ospedale e territorio, che consenta una presa in carico di tutti i bisogni del cittadino (integrazione socio-sanitaria).

Con il Decreto Legge n. 158 del 13 settembre 2012, convertito in legge n. 189, del 8 novembre 2012, si è stabilito che le Regioni organizzino l'assistenza primaria secondo modalità operative monoprofessionali, denominate aggregazioni funzionali territoriali (AFT), e forme organizzative multiprofessionali, denominate Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP), che erogano prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei medici, delle altre professionalità convenzionate con il SSN, degli infermieri, delle ostetriche, dei tecnici della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria.

Le UCCP sono costituite in reti di poliambulatori territoriali dotati di strumentazione di base, aperti al pubblico per tutto l'arco della giornata, nonché nei giorni prefestivi e festivi con idonea turnazione; operano in coordinamento e in collegamento telematico con le strutture ospedaliere, con i distretti, con le organizzazioni socio-assistenziali.

Le Regioni, attraverso sistemi informatici, assicurano l'adesione obbligatoria dei medici all'assetto organizzativo e al sistema informativo nazionale, compresi gli aspetti relativi al sistema della tessera sanitaria nonché la partecipazione attiva all'implementazione della ricetta elettronica.

Il processo di riorganizzazione delle cure primarie in Calabria è stato delineato con l'adozione nel Piano regionale per la salute 2004/2006, approvato con la legge regionale 19 marzo 2004, n. 11.

Successivamente, con la DGR del 5.5.2009, n. 250, sono state approvate le linee progettuali relative agli obiettivi di PSN anno 2009, Accordo Stato/Regioni del 25 marzo 2009 (repertorio atti n. 57/CSR), tra le quali nella linea 1.Cure Primarie insistevano i progetti: 1.1. Le cure primarie: il nuovo modello organizzativo regionale (Unità di Cure Primarie – UCP) ed il miglioramento della rete assistenziale; 1.1 bis Percorsi diagnostico-terapeutici ospedale – territorio per la gestione delle ulcere cutanee croniche e 1.1 ter Progetto sperimentale per la realizzazione dell' Assistenza Territoriale Integrata "ATI" di durata biennale.

Con il DPGR n. 18 del 22.10. 2010 è stato approvato, il riordino delle reti : ospedaliera, emergenza/urgenza e della rete territoriale che prevede in ogni azienda la creazione di un Dipartimento di Cure Primarie.

Con il DPGR 31.01.2011, n. 12 sono state emanate le Linee guida sul sistema di cure domiciliari e l'accesso ai servizi territoriali.

Con il DPGR 28.6.2012, n. 94 si è provveduto all' approvazione della proposta programmata: Riordino, Riorganizzazione e Reingegnerizzazione della rete Urgenza/emergenza Regione Calabria, nel rispetto dei dettami del DPGR 18/2010.

Il consolidamento e l'adeguamento alle nuove normative, successivamente intervenute, si sono verificati con l'attuazione degli Accordi Nazionali dei medici di Medicina Generale, di cui alla DGR dell'8.8.2006 n. 580, dei Pediatri di Libera Scelta con la DGR dell' 1.6.2007 n. 327 e degli specialisti ambulatoriali con la DGR del 15.4.2008 n. 300, che hanno favorito:

- l'avvio della sperimentazione in alcune Aziende Sanitarie della Calabria delle Unità di Assistenza Primaria;
- lo sviluppo di forme associative, tramite la Medicina di associazione in rete e di gruppo, al fine di fornire una risposta adeguata ai bisogni del cittadino;

- l'istituzione di equipe territoriale a livello distrettuale tesa a favorire la concreta integrazione con i servizi distrettuali per l'erogazione dei LEA e per la realizzazione di specifici programmi e progetti assistenziali.

Il vigente ACN per la medicina generale lascia spazio a differenti soluzioni nel merito dell'organizzazione delle UCCP ed in particolare agli aspetti più propriamente strutturali:

- attivazione dell'UCCP presso strutture delle aziende sanitarie;
- attivazione dell'UCCP presso strutture messe a disposizione dalle forme associative dei MMG.

CONTESTO

Con DCA n. 14, del 2 aprile 2015, è stato approvato il Programma Operativo 2013-2015 che prevede, tra l'altro, il Programma 14 - Riequilibrio ospedale-territorio - a sua volta articolato in diverse fasi operative, in cui sono inserite le specifiche Azioni riferibili al riordino della rete territoriale.

La Regione ha inoltre intrapreso una sperimentazione delle Unità delle Cure Complesse Primarie (UCCP) che si configura in una integrazione tra Medici di Medicina Generale, che realizzano una struttura sanitaria attrezzata, informatizzata, che si avvale anche della presenza e del supporto di specialisti ambulatoriali e svolge una funzione di follow-up dei pazienti cronici e che infine intercetta gli accessi inappropriati al Pronto Soccorso della Regione (codici bianchi). Le UCCP attivate e operative dal 2013 sono nelle ASP di Cosenza e di Catanzaro (2 a Cosenza, 1 Paola, 1 Corigliano, 1 Montalto, 1 Rende, 1 a Iamezia Terme, 1 a Soverato, 1 a Reventino e 3 a Catanzaro).

Con DCA n. 76, del 6 luglio 2015, è stato emanato il documento di Riorganizzazione della Rete Territoriale, per come previsto nel P.O. 2013-2015 al Programma 14.8 - Riequilibrio Ospedale territorio.

Con DCA n. 63, del 5.7.2016, è stato approvato il P.O. 2016-2018, integrato e modificato con DCA n. 119 del 4.11.2016.

Nel 2016 dalle riunioni interministeriali per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza, è emerso il ritardo nell'attuazione della riorganizzazione della Rete Territoriale. Successivamente, è stato approvato il DCA n. 113/2016 "P.O. 2013-2015 Programma 14.8 - Riequilibrio Ospedale Territorio- Approvazione documento di riorganizzazione della Rete Territoriale" che aggiorna, e in parte sostituisce, il DCA n. 76/15.

La Regione ha definito l'assetto organizzativo delle cure primarie, con particolare riferimento al modello organizzativo delle UCCP e AFT, in accordo con quanto previsto dal Patto della Salute 2014-2016 ed ha avviato incontri con le rappresentanze dei MMG e i PLS, al fine di arrivare ad un accordo per la riorganizzazione della medicina di base. Tali incontri sono stati anche finalizzati alla rilevazione di quali siano le modalità più opportune di revisione dell'Accordo Regionale.

Tutte le Aziende Sanitarie Provinciali della Calabria sono state coinvolte nella realizzazione del Progetto per il triennio 2016-2018, come da verifica effettuata in occasione della valutazione dello stato di attuazione del P.O. 2016-2018, di cui al DCA n. 119 del 4.11.2016.

Alcune Aziende Sanitarie Provinciali hanno provveduto a definire i documenti specifici, relativi all'articolazione delle cure primarie, nell'ambito della riorganizzazione della Rete di Assistenza Territoriale.

Nel dettaglio:

- con Deliberazione n. 357, del 12 ottobre 2016, il Commissario Straordinario dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Crotona ha definito la Rete Assistenziale Territoriale Aziendale. Successivamente, con DCA n. 114 del 03/11/2016, il Commissario ad acta ha approvato la "Rete assistenziale Territoriale - Azienda Sanitaria Provinciale di Crotona";
- con Deliberazione n. 722, del 3 novembre 2016, il Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro ha approvato la Rete Assistenziale Territoriale. Con DCA n. 118, del 4/11/2016, il Commissario ad acta ha approvato -la "Rete Assistenziale Territoriale - Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro -Documento di Riorganizzazione della Rete Territoriale - DCA 76/2015".

Nel P.O. 2013-2015, al Programma 10, è stato previsto l'intervento P 10.2.8, "Ridefinizione atti aziendali - stato su emanazione linee guida regionali". Con DCA 130, del 16.12.2015, sono state approvate le linee guida per l'adozione degli atti aziendali delle Aziende del Servizio Sanitario della Regione Calabria, in coerenza con i documenti di riorganizzazione della rete ospedaliera, della rete dell'Emergenza-Urgenza e della rete territoriale, finalizzati a ridisegnare l'assetto organizzativo delle Aziende con l'obiettivo di:

- migliorare la qualità dei servizi erogati in modo uniforme su tutto il territorio regionale, garantendo i livelli essenziali di assistenza;
- ricostruire un'efficiente organizzazione amministrativa, regionale e aziendale;
- ripianare il debito pregresso e garantire la sostenibilità del sistema nel tempo.

La riorganizzazione è stata avviata, con l'approvazione degli atti aziendali, delle Aziende Sanitarie Provinciali di Crotona (DCA 83/2016), Catanzaro (DCA 86/2016) e Vibo Valentia (DCA 90/2016) dove l'assistenza primaria viene realizzata nei distretti ridisegnati. Sono in corso di approvazione gli atti aziendali delle ASP di Cosenza e Reggio Calabria.

Il medico di medicina generale e il pediatra di libera scelta rivestono un ruolo centrale infatti, attraverso l'integrazione con le altre professionalità del territorio (Medici di continuità assistenziale, Specialisti Ambulatoriali), determinano lo sviluppo di forme di assistenza primaria in grado di rispondere ai nuovi bisogni di salute dei cittadini, per 24 ore e 7 giorni alla settimana.

Il radicale cambiamento dello stato generale di salute, caratterizzato dall'incremento delle patologie croniche e della non autosufficienza, comporta l'esigenza di nuovi percorsi assistenziali, basati su un approccio multidisciplinare alla cura del paziente, volto a promuovere meccanismi di integrazione delle prestazioni sanitarie e sociali al fine di garantire l'efficacia delle cure.

È noto che un cospicuo numero di cittadini che si rivolgono al Pronto Soccorso presenta quadri clinici che potrebbero essere affrontati e risolti adeguatamente dal Medico di Medicina Generale. La crescita esponenziale della domanda verso le strutture di Pronto soccorso impone l'adozione di una riorganizzazione dell'assistenza sanitaria territoriale, attraverso nuovi modelli organizzativi che consentano al MMG di assumere il ruolo di principale riferimento sul territorio per il cittadino.

La Regione ha intrapreso la sperimentazione delle UCCP, quali aggregazioni integrate tra Medici di Medicina Generale che realizzano una struttura sanitaria attrezzata, informatizzata, che si avvale della presenza e del supporto di specialisti ambulatoriali, svolge una funzione di follow-up dei pazienti cronici e intende contribuire a ridurre gli accessi inappropriati ai Pronti Soccorso della Regione (codici bianchi).

Ad oggi le UCCP sono state attivate e sono operative nelle ASP di Cosenza e di Catanzaro.

OBIETTIVI

Il presente progetto si prefigge di far fronte alla grave frammentazione del sistema delle cure primarie che di fatto impedisce un'adeguata presa in carico dei bisogni assistenziali, soprattutto di quelli complessi che attengono alle condizioni di cronicità e quindi di fragilità dei cittadini.

Gli obiettivi specifici sono:

- accelerare la diffusione, su tutto il territorio regionale, del modello già realizzato e sperimentato, tenendo presente i necessari aggiustamenti da apportare in base ai bisogni del territorio, riallineando quantità e qualità delle risorse;
- costituire un sistema unitario ed omogeneo delle cure primarie;
- conferire continuità ai processi di cura, ossia avviare percorsi in grado di garantire continuità ai più complessivi processi di cura e colmare gli ambiti di contiguità con l'ospedale, con l'assistenza residenziale e con il sistema di protezione sociale garantito dai comuni (in forma singola o associata);
- consolidare il sistema delle Cure Primarie, confermando e sviluppando le scelte strategiche individuate con gli atti di indirizzo regionali e costituire un riferimento comune per l'implementazione della nuova organizzazione della Medicina convenzionata, così come individuata nella Legge di riforma 8 novembre 2012, n. 189 (Balduzzi/2012);
- integrare il sistema di emergenza territoriale con il servizio di Continuità assistenziale.

TEMPI DI ATTUAZIONE

Tutte le Aziende Sanitarie Provinciali della Calabria sono coinvolte nella realizzazione delle attività. La verifica viene effettuata annualmente e coincide con la valutazione dello stato di attuazione del P.O. 2016-2018, di cui al DCA n. 63 del 5.7.2016 e al DCA n. 119 del 4.11.2016, e con la valutazione dei risultati raggiunti anche sotto il profilo del rapporto costo/benefici.

AZIONI

Accelerare il percorso di attivazione delle Unità Complesse di Cure primarie e lo sviluppo del Distretto attraverso una piena integrazione con la Medicina Generale.

Velocizzare il passaggio dal modello del MMG "single point" al modello "Unità di Cure Primarie".

Assumere, da parte del Distretto, la responsabilità della presa in carico del paziente cronico e complesso.

Sollecitare il processo di riorganizzazione ospedale/territorio con lo sviluppo delle cure primarie che deve rispondere alle esigenze degli assistiti.

INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato):

di struttura

- istituzione dipartimento delle cure primarie
- istituzione delle UCCP
- n° di assistiti in h24/totale degli assistiti
- n° di assistiti in h12/totale degli assistiti

di processo

- definizione procedure dimissioni protette con tutti i PP. OO.
- condivisione nuovo regolamento di funzionamento del servizio ADI
- definizione dei PDTA
- rete riabilitazione e lungodegenza

di risultato

- riduzione degli accessi in Pronto Soccorso del 20%
- riduzione dei ricoveri per patologie cronico – degenerative/tot ricoveri
- n° di assistiti ultra65enni in ADI pari al 4% del totale

RISULTATI ATTESI

L'approccio di riformulazione del complessivo sistema delle cure primarie, passa attraverso l'istituzione del Dipartimento delle Cure Primarie ed una rifondazione del ruolo della Medicina generale (ed in particolare attraverso una valorizzazione della funzione di gate keeping), comunque inserita in un contesto che tiene conto degli altri attori coinvolti nei processi di cura, senza esclusione delle attività socio tutelari in capo ai comuni.

Univocità dell'accesso al sistema curante (PUA), valutazione multidimensionale dei bisogni assistenziali, continuità delle cure (integrazione professionale – organizzativa ed istituzionale), rappresentano gli elementi necessari per garantire, attraverso il perseguimento dell'appropriatezza, un razionale ed efficace utilizzo delle risorse disponibili, oltre che equità di accesso e di erogazione.

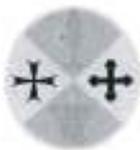
TRASFERIBILITÀ DEI RISULTATI E DEI PRODOTTI

Ai fini della trasferibilità dei risultati e dei prodotti alle altre realtà territoriali, è necessario provvedere a:

- utilizzare la scheda sanitaria informatica finalizzata alla raccolta dati quale presupposto per la creazione di un osservatorio sugli indicatori di qualità nei servizi di assistenza per le malattie croniche e per gli anziani fragili;
- realizzare una banca dati finalizzata a garantire informazioni utili alla definizione di:
- un profilo di intervento medico e paramedico,
- una gestione integrata del paziente sul territorio,
- una ottimizzazione dell'assistenza,
- un profilo farmaco-epidemiologico del bacino di utenza.

RIPARTO DELLE RISORSE E CRITERI DI DISTRIBUZIONE

Azienda	2017
ASP Cosenza	4.933.692,79
ASP Crotone	1.217.003,29
ASP Catanzaro	2.511.719,95
ASP Vibo Valentia	1.120.324,30
ASP Reggio Calabria	3.839.300,67
Totali	13.622.041,00
Criterio di distribuzione	Assegnazione delle risorse a quota capitaria su popolazione residente al 1 gennaio 2017



Regione Calabria

OBIETTIVI DI PIANO 2017 - Accordo Stato-Regioni del 26 ottobre 2017 (Rep. Atti n.181/CSR)

LINEA PROGETTUALE: 2. Sviluppo dei processi di umanizzazione all'interno dei percorsi assistenziali

TITOLO PROGETTO: Umanizzazione delle cure nella Regione Calabria

DURATA: 12 mesi

REFERENTE: Settore n. 2 "Prevenzione e promozione della salute – Pianificazione sanitaria – Qualità Governo clinico e Risk Management"

IMPORTO ASSEGNATO: vedi tabella in calce

PREMESSA

Il concetto di Umanizzazione delle cure va inteso come attenzione posta alla persona nella sua totalità, ai suoi bisogni organici, psicologici, sociali e relazionali si da consentire una centralizzazione del paziente.

Umanizzare significa riorganizzare strutture e servizi, formulare nuove forme di conoscenza/competenza e prospettare diverse modalità di accoglienza e di ospitalità del paziente e dei suoi bisogni.

I processi di umanizzazione sono sempre più diffusi e strutturati sia nelle procedure operative, sia nei programmi di governance; per questo motivo è necessario rendere i luoghi di assistenza e le pratiche sanitarie assistenziali vicine al paziente, conciliando assistenza e bisogno di informazione, garantendo percorsi di cura vicini alla persona, sicuri, accoglienti.

Gli elementi su cui si fonda l'umanizzazione delle cure sono:

- la salute come diritto del singolo cittadino e dovere della collettività, in una costante interrelazione tra individuo, sistema di cure e Comunità;
- la persona come totalità e sintesi dei vari aspetti fisici, mentali, emotivi e spirituali;
- il benessere inteso come condizione soggettiva di consapevolezza da realizzare nell'equilibrio tra le diverse componenti della persona;
- il rispetto *della dignità personale* a fondamento di qualunque rapporto tra operatori e pazienti.

La programmazione regionale si realizza coniugando le politiche di accoglienza, informazione e condivisione dei percorsi assistenziali con l'assistito, attraverso tre aspetti:

- l'umanizzazione delle organizzazioni
- l'umanizzazione della conoscenza/competenza
- l'umanizzazione dell'accoglienza/ospitalità.

CONTESTO

L'esigenza di umanizzare le cure si sviluppa a partire dall'art. 14 del Decreto legislativo 502/92 e s.m. e i. e si potenzia con il Patto per la Salute 2014-2016 che, all'art. 4, ha stabilito che le Regioni predispongano un programma annuale di umanizzazione delle cure, che comprenda almeno un'attività progettuale in tema di formazione del personale ed una in tema di cambiamento organizzativo, indirizzato alle aree assistenziali: Area critica, Pediatria, Comunicazione, Oncologia e Assistenza domiciliare.

In Calabria, la realizzazione, nel periodo 2011-2014, di due progetti di ricerca AGENAS sulla qualità delle strutture ospedaliere, l'empowerment organizzativo e la valutazione partecipata del cittadino, ha posto basi importanti per il miglioramento del processo di umanizzazione delle cure, peraltro previsto nel Programma Operativo Triennale 2016-2018.

Per rispondere adeguatamente ai bisogni è fondamentale, innanzitutto, la definizione di regole che determinino anche funzioni organizzative ed esplicitino i ruoli.

OBIETTIVI

- Attivare percorsi mirati per:
 - a. valutare i bisogni del malato e la qualità della vita di ciascun paziente
 - b. valutare il grado di umanizzazione delle strutture di ricovero pubbliche
- Personalizzare per quanto possibile il processo di cura e di assistenza

- Mettere a regime uno specifico flusso informativo dedicato al tema dell'umanizzazione, favorendo l'interazione tra istituzioni sociali, sanitarie e cittadini;
- Attivare una rete regionale per la rilevazione periodica del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero per acuti;
- Formare gli operatori sanitari e sociali alla complessità della relazione di aiuto e di cura, ma anche ad un approccio narrativo alla storia del malato.

TEMPI DI ATTUAZIONE

La durata del progetto è annuale.

AZIONI

Realizzazione di almeno una attività progettuale in tema di formazione del personale e in tema di cambiamento organizzativo, orientate al rispetto e alla specificità della persona, all'accessibilità fisica, vivibilità e comfort dei luoghi di cura, all'accesso alle informazioni, semplificazione e trasparenza, cura della relazione con il paziente e con il cittadino, indirizzate prioritariamente nelle seguenti aree assistenziali:

Area critica: formazione adeguata degli operatori impegnati nel primo livello di accoglienza e adozione di modelli di accoglienza degli assistiti e dei familiari nei luoghi di pronto soccorso;

Pediatria: modifica della prassi di accoglienza dei bambini e dei loro familiari, approfondendo aspetti relazionali, tecnico-diagnostici e terapeutici;

Comunicazione:

formazione degli operatori in merito ai problemi delle relazioni e della comunicazione

miglioramento dell'informazione ai cittadini sui servizi che si erogano nelle strutture socio-sanitarie, attraverso gli strumenti di comunicazione dell'Azienda (carta dei servizi, siti web, bollettini periodici);

realizzazione di un coordinamento a livello regionale per le informazioni al cittadino, coinvolgendo la rete delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere, le società scientifiche, le farmacie territoriali, le diverse competenze professionali, al fine di garantire validità delle informazioni ed uniformità contenutistica;

diffondere la cultura dell'empowerment, quale strumento per compiere in modo responsabile le scelte che riguardano il proprio stato di salute;

Oncologia: adozione di indirizzi volti a favorire la relazione e la comunicazione nel rapporto medico-paziente per gli aspetti verbali e non verbali e per quelli emozionali e comportamentali, favorendo un utilizzo appropriato delle terapie a maggiore efficacia analgica;

Assistenza domiciliare: adozione di linee guida sulle modalità di coinvolgimento e di informazione del paziente che possano favorire la comunicazione tra professionisti socio-sanitari e assistiti,

Realizzazione della valutazione periodica partecipata e delle azioni di miglioramento del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero

Diffusione dei risultati al livello di Comunità locali e promozione piani di miglioramento, ecc).

INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)

Numero di strutture coinvolte

Numero di questionari somministrati sulla qualità percepita

Adozione del programma regionale di umanizzazione delle cure

Monitoraggio del grado di umanizzazione attraverso la costruzione di specifiche checklist

Numero Corsi di formazione /informazione degli operatori.

Numero eventi informativi rivolti alla popolazione.

Attivazione flusso informativo

RISULTATI ATTESI

Miglioramento della umanizzazione delle cure nelle aree assistenziali: Area critica, Pediatria, Comunicazione, Oncologia, Assistenza domiciliare attraverso:

- l'implementazione e la diffusione delle buone pratiche;
- l'implementazione di PDTA con specifici presupposti di umanizzazione;
- la riduzione del contenzioso medico-legale per difetto di consenso, di informazione e di riservatezza;
- Il miglioramento degli aspetti relazionali;
- l'implementazione del livello di comunicazione con gli assistiti e con le relative famiglie;
- l'incremento dell'accessibilità, della vivibilità e del comfort dei luoghi di cura e assistenza;
- la riduzione dei reclami;
- la garanzia dell'accesso alle informazioni con la disponibilità di materiale informativo/educativo.

TRASFERIBILITÀ DEI RISULTATI E DEI PRODOTTI

Tutte le azioni messe in campo, a livello regionale, basate, peraltro, sulla valorizzazione delle diverse realtà aziendali, garantiranno la trasferibilità dei risultati, favorendo una buona ed efficace comunicazione ed un appropriato sostegno psico-assistenziale e minimizzando ogni forma di barriera, da quella logistica a quella funzionale, da quella culturale a quella linguistica, da quella sociale a quella etica.

RIPARTO DELLE RISORSE E CRITERI DI DISTRIBUZIONE

Azienda	2017
ASP Cosenza	333.333,33
ASP Crotone	333.333,33
ASP Catanzaro	333.333,33
ASP Vibo Valentia	333.333,33
ASP Reggio Calabria	333.333,33
AO Pugliese-Ciaccio Catanzaro	333.333,34
AO Annunziata Cosenza	333.333,34
AO Bianchi-Melacrino-Morelli Reggio Calabria	333.333,34
AOU Mater Domini Catanzaro	333.333,33
Totali	3.000.000,00
Criterio di distribuzione	Assegnazione delle risorse in parti uguali



Regione Calabria

OBIETTIVI DI PIANO 2017 - Accordo Stato-Regioni del 26 ottobre 2017 (Rep. Atti n.181/CSR)

LINEA PROGETTUALE: 3. Cure palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica

TITOLO PROGETTO: Riorganizzazione della rete regionale di cure palliative e terapia del dolore.

DURATA: 12 mesi

REFERENTE: Settore n. 9 "Servizi territoriali Governance delle fragilità e delle dipendenze"

IMPORTO ASSEGNATO: vedi tabella in calce

PREMESSA

La Legge 38 del 15 marzo 2010 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore", garantisce l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore da parte del malato, nell'ambito dei LEA, al fine di assicurare il rispetto della dignità e dell'autonomia della persona umana, il bisogno di salute, l'equità nell'accesso all'assistenza, la qualità delle cure e la loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze

Tuttavia, malgrado la successiva approvazione di decreti attuativi, di Accordi e Intese Stato -Regioni, non si è ancora realizzata la piena e uniforme applicazione della norma.

L'esigenza di riconoscere la dignità e l'autonomia del paziente, secondo standard di qualità e appropriatezza, ha portato a costituire due reti nazionali specifiche (come definite dall'art. 2 comma 1 della legge 38/2010) volte a garantire la continuità assistenziale al malato, dalla struttura ospedaliera al suo domicilio, e costituite dall'insieme delle strutture sanitarie, ospedaliere e territoriali, e assistenziali, delle figure professionali e degli interventi diagnostici e terapeutici.

Nel Programma Operativo 2016/2018 della Regione Calabria, è prevista la Riorganizzazione ed implementazione delle Reti (dolore/palliazione) al punto 3.5.9 *Programma nazionale per la realizzazione di strutture per cure palliative (l. 39/1999) e della terapia del dolore (l.38/2010).*

CONTESTO

La Regione Calabria, con la DGR n. 320 del 2 maggio 2006, già disponeva l'attivazione di una rete dei servizi per i malati terminali per consolidare il sistema di assistenza integrato ed articolato tra ospedali, hospice ed assistenza domiciliare, al fine di aumentare la speranza e la qualità di vita dei malati terminali. Tale modello è stato riconfermato ed adeguato alla Legge 38/2010 e con i DDG n° 11162 e 11163 del 6 settembre 2011.

Con il DPGR n. 168 dell'8 ottobre 2012, è stata recepita l'Intesa Stato Regioni del 25.07.2012, relativa alla definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative necessarie per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore.

Le stesse Linee guida per la realizzazione delle Reti regionali di cure palliative e di terapia del dolore sono state implementate e decretate con i DCA 36/2015 , 77/2015,

Con riferimento alla realizzazione degli hospice in base alla Legge 39/99, la Regione ha approvato la DGR 466 del 7 agosto 2000, "Programma regionale per la realizzazione di Centri residenziali di cure palliative (Hospice) all'interno della rete di assistenza ai malati terminali" definendo contestualmente i "requisiti specifici strutturali, tecnologici ed organizzativi". Successivamente, con il DCA 77/2015, è stata definita una riprogrammazione degli Hospice.

In base alla Legge 39/99, i posti complessivi per gli Hospice programmati in Calabria erano 84, diventati 94 con la programmazione di un Hospice a Crotone.

Nella Regione Calabria, nel 2016, risultano operativi n. 5 Hospice, per un totale di 50 posti letto. Uno è pubblico (Hospice San Giuseppe Moscati di Cassano Jonio - ASP di CS), mentre gli altri sono privati accreditati: Hospice "Via delle Stelle" ASP di Reggio Calabria; Hospice "S. Andrea Apostolo" ASP Catanzaro; Hospice "San Vitaliano" ASP Catanzaro; Hospice "Villa Gioiosa" ASP Cosenza.

Le cure palliative in Calabria debbono svilupparsi secondo la peculiarità essenziale del modello organizzativo e gestionale definito "a rete", il solo in grado di integrare in modo funzionale, strutture e servizi sanitari e socio assistenziali per accompagnare la persona ammalata e la sua famiglia, durante tutto il decorso della malattia sino al decesso e alla fase del lutto.

La Rete di Terapia del Dolore è composta da un Centro Hub sito nell'AO di Cosenza, dove sono allocati n° 10 posti letto e gestisce processi ad alta complessità. Sono, altresì, programmate Strutture Spoke di tipo ospedaliero e territoriale in tutte le Province con l'integrazione delle AFT.

In particolare, risultano attivi gli Spoke ospedalieri presso: ASP di Catanzaro (Ospedale di Lamezia Terme), ASP di Crotona (Ospedale), ASP di Vibo Valentia (Ospedale), AO di Reggio Calabria (Ospedale Morelli), AO Pugliese-Ciaccio (Ospedale Ciaccio).

Risultano, inoltre, attivi gli Spoke territoriali di I livello presso: ASP di Cosenza (Poliambulatorio di Serra Spiga), ASP di Catanzaro (Poliambulatorio di Catanzaro Lido), ASP di Reggio Calabria (Poliambulatorio di Cinquefrondi). Completano la Rete di Terapia del dolore i Nuclei di Cure Primarie istituiti sul territorio regionale. È da includere, come subarticolazione della Rete di terapia del dolore, la Rete per lo Studio delle Cefalee, già attiva, costituita dal Centro di riferimento regionale dell'AO "Pugliese Ciaccio" di Catanzaro e da ambulatori situati nelle altre Province (DCA n. 9 del 14.1.2016).

Con il presente progetto si intende completare e potenziare, offrendo uniformità nei percorsi di cura, anche domiciliare, la rete regionale di cure palliative/ hospice e terapia del dolore.

OBIETTIVI

Dare piena attuazione all'Intesa Stato-Regioni 151/CSR del 25/07/2012

Garantire l'uniformità di offerta ed i relativi percorsi di cura, anche domiciliare, su tutto il territorio regionale.

TEMPI DI ATTUAZIONE

La durata del progetto è annuale, la verifica coincide con la valutazione dello stato di attuazione del P.O. 2016-2018 al termine del quale sarà effettuata l'analisi dei risultati raggiunti anche sotto il profilo del rapporto costo/benefici.

AZIONI

Riorganizzazione ed implementazione delle Reti (dolore/palliazione);

definizione di un programma di formazione regionale per tutti gli operatori delle Reti;

implementazione dei sistemi di comunicazione/ informazione al fine di migliorare le relazioni tra il paziente e gli operatori;

definizione di protocolli per ottimizzare l'integrazione tra le Reti di cure palliative e di terapia del dolore e le Oncologie regionali, garantendo l'effettiva disponibilità/accessibilità alle cure palliative per i malati anche nelle fasi iniziali ed alla Rete di terapia del dolore anche per i pazienti con cronicità e disabilità correlate al dolore;

adeguamento del numero di equipe per l'assistenza domiciliare per le cure palliative;

implementazione dell'informazione da parte delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere ai cittadini (Carta dei servizi, poster, ecc.), anche attraverso i social network e iniziative pubbliche (Giornata del sollievo, ecc.);

programmazione DI di audit periodici con le Aziende Sanitarie per il monitoraggio degli obiettivi.

INDICATORI

Approvazione del documento di programmazione per la Riorganizzazione ed implementazione delle Reti (dolore/palliazione/hospice)

Approvazione di protocolli di integrazione tra le Reti di cure palliative e terapia del dolore e le Oncologie regionali

Iniziative di informazione/comunicazione realizzate

Differenza percentuale di pazienti assistiti al domicilio rispetto agli anni precedenti

Percentuale del personale dedicato che ha partecipato ad eventi di formazione

RISULTATI ATTESI

- Riorganizzazione sul territorio regionale delle reti di cure palliative e terapia del dolore e integrazione con altre discipline (oncologie);
- piena operatività di ogni rete aziendale di cure palliative e di terapia del dolore in tutte le sue articolazioni assistenziali;
- coordinamento e sviluppo dei servizi ospedalieri e territoriali, pubblici e privati, e adeguata comunicazione, per il supporto alle famiglie dei malati.
- miglioramento dell'accessibilità, erogazione, conoscenza e diffusione dei servizi di Terapia del dolore e delle Cure palliative e della soddisfazione di chi ne usufruisce (inclusi i familiari del malato), secondo una logica di integrazione tra la rete sanitaria e quella socio-assistenziale, incluse le Associazioni di volontariato.

TRASFERIBILITÀ DEI RISULTATI E DEI PRODOTTI

Il modello organizzativo del lavoro in rete delle cure palliative e della terapia del dolore dovrà essere trasferibile in tutte le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere della Calabria, per garantire l'uniformità delle prestazioni e la piena fruizione.

RIPARTO DELLE RISORSE E CRITERI DI DISTRIBUZIONE

Azienda	2017
ASP Cosenza	832.981,00
ASP Crotone	205.472,99
ASP Catanzaro	424.066,74
ASP Vibo Valentia	189.150,18
ASP Reggio Calabria	648.209,09
AO Pugliese-Ciaccio Catanzaro	450.000,00
AO Annunziata Cosenza	450.000,00
AO Bianchi-Melacrino-Morelli Reggio Calabria	450.000,00
Totali	3.649.880,00
Criterio di distribuzione	Assegnazione delle risorse alle ASP in quota capitaria e alle AO in parti uguali



Regione Calabria

OBIETTIVI DI PIANO 2017 - Accordo Stato-Regioni del 26 ottobre 2017 (Rep. Atti n.181/CSR)

LINEA PROGETTUALE: 4 . Piano Nazionale Prevenzione e supporto al PNP

TITOLO PROGETTO: Piano Regionale della Prevenzione 2014 - 2019

DURATA: 36 mesi

REFERENTE: Settore n. 2 "Prevenzione e promozione della salute – Pianificazione sanitaria – Qualità Governo clinico e Risk Management"

IMPORTO ASSEGNATO: vedi tabella in calce

PREMESSA

L'Intesa Stato-Regioni del 13/11/2014 (rep. Atti n.156/CSR) ha previsto che le Regioni e le PP.AA. dovessero predisporre i propri Piani per la Prevenzione 2014-2018.

L'Accordo del 25 marzo 2015 (rep. Atti n.56/CSR) ha definito il documento di valutazione di tali Piani, prevedendo la verifica Ministeriale della rispondenza dei PRP ai criteri definiti nel documento stesso.

L'Intesa Stato/Regioni del 21dicembre 2017 (Rep. Atti n. 247/CSR) ha sancito la proroga del PNP a tutto il 31.12.2019, dando la possibilità di rimodulazione dei PRP, nel contesto della stessa struttura del PNP e confermando il documento di valutazione, la certificazione e gli standard, traslando al 2019 la valutazione di risultato.

CONTESTO

Con DCA n. 103 del 30 settembre 2015, nella Regione Calabria sono stati recepiti:

l'Intesa Stato-Regioni del 13 novembre 2014 (rep. Atti n.156/CSR);

l'Accordo Stato/ Regioni del 25 marzo 2015 (rep. Atti n. 56/CSR)

Inoltre con lo stesso DCA sono stati approvati:

- il documento "Profilo di salute della popolazione calabrese",
- il documento "Individuazione dei programmi preliminari del Piano Regionale di Prevenzione 2014/2018",
- il coordinatore del PRP 2014/2018.

Con DCA n.32 dell'8 marzo 2016, è stato approvato il documento "Piano Regionale Prevenzione (PRP) 2014-2018", che si articola in 8 programmi regionali, tre dei quali rappresentano obiettivi prioritari anche del Programma Operativo 2016-2018, approvato con DCA n.119 del 4/11/2016, (area riorganizzazione dell'attività di prevenzione: SANITÀ VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE; SCREENING, COPERTURA VACCINALE)

A seguito dell'interlocuzione tecnica tra Ministero della Salute e Regione Calabria, prevista nell' Accordo n.56/CSR, sono state definite talune integrazioni al PRP, consentendo la conclusione positiva con la formale adozione da parte della Regione, avvenuta con DCA n. 49 dell'8 giugno 2016, del documento di Piano definitivo, che si articola nei seguenti programmi regionali:

- Programma 1. Guadagnare salute in Calabria: la salute in tutte le politiche
- Programma 2. Screening oncologici
- Programma 3. Promozione della salute della donna e del bambino
- Programma 4. La prevenzione delle malattie professionali e degli infortuni
- Programma 5. Ambiente e salute
- Programma 6. Malattie infettive e vaccinazioni
- Programma 7. La sicurezza alimentare e sanità veterinaria nel territorio regionale
- Programma 8. Governance, organizzazione e monitoraggio del Piano di prevenzione.

Inoltre con DDG n°10176 del 17 agosto 2016, è stato formalizzato il gruppo regionale di coordinamento, cui è stato affidato il compito di monitoraggio e indirizzo del PRP.

OBIETTIVI

Per l'anno 2017, si è ritenuto di porre i seguenti obiettivi:

- dare attuazione ai 10 macro obiettivi e a tutti gli obiettivi centrali del PNP, attraverso la messa in atto delle attività annuali, previste nei progetti, interventi, azioni del PRP;
- perseguire il raggiungimento dei valori fissati per gli indicatori sentinella dei singoli progetti, interventi, azioni del PRP;
- realizzare le azioni di monitoraggio, di rendicontazione dello stato di avanzamento, di rimodulazione, alimentando l'apposita piattaforma CNESPS;
- definire la rimodulazione e la pianificazione per gli anni 2018/2019 del PRP, tenendo conto delle interlocuzioni con il Ministero della Salute;
- prevedere le azioni di supporto al PNP attraverso network con ONS, NIEBP, AIRTUM.

TEMPI DI ATTUAZIONE

La Regione Calabria dovrà inviare, secondo la tempistica fissata dall'Accordo Stato Regioni n.56/csr del 25 marzo 2015, la rendicontazione dello stato di avanzamento del PRP (valore osservato degli indicatori sentinella al 31.12.2017) al Ministero della Salute, propedeutica alla certificazione del PRP in relazione agli adempimenti LEA: U) Prevenzione.

Dovrà, inoltre, trasmettere, secondo la tempistica fissata dall'Intesa Stato Regioni n. 247/csr del 21 dicembre 2017, la rimodulazione del PRP (rimodulazione 2018 e pianificazione 2019) al Ministero della Salute e l'atto formale adottato.

AZIONI

- Attuazione delle attività annuali previste nei progetti, interventi e azioni del PRP;
- attuazione degli indirizzi regionali;
- monitoraggio degli indicatori sentinella dei singoli progetti, interventi, azioni del PRP;
- rendicontazione dello stato di avanzamento del PRP da inserire nell'apposita piattaforma CNESPS;
- rimodulazione e pianificazione del PRP per il biennio 2018/2019;
- interlocuzione con il Ministero della Salute;
- adozione atto formale PRP rimodulato;
- approvazione progetto regionale per il funzionamento dei network ONS, NIEBP, AIRTUM, a supporto del PRP.

INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)

Indicatori sentinella delle singole linee progettuali (DCA n. 49/2016)

Indicatori fissati nelle singole disposizioni regionali

Indicatori centrali del PNP 2014-2019

RISULTATI ATTESI

Rendicontazione, rimodulazione e pianificazione PRP, effettuate con la tempistica prevista;

almeno il 70% di tutti gli indicatori sentinella, di tutti i progetti/interventi/azioni del PRP, presenta uno scostamento, tra valore osservato e standard, non superiore al 20%, nell'anno 2017;

messa a regime delle azioni previste nei piani regionali specifici e conseguimento obiettivi del Programma Operativo Triennale;

approvazione del PRP rimodulato;

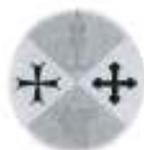
attuazione progetto regionale per il funzionamento dei network ONS, NIEBP, AIRTUM, a supporto del PRP.

TRASFERIBILITÀ DEI RISULTATI E DEI PRODOTTI

Messa a regime dei progetti/interventi/azioni con uniformità in tutti i territori ASP ed in forma sistematica, quale LEA da garantire.

RIPARTO DELLE RISORSE E CRITERI DI DISTRIBUZIONE

Azienda	2017
ASP Cosenza	3.172.632,35
ASP Crotona	782.599,20
ASP Catanzaro	1.615.172,31
ASP Vibo Valentia	720.429,35
ASP Reggio Calabria	2.468.878,79
Totali	8.759.712,00
Criterio di distribuzione	Assegnazione delle risorse a quota capitaria



Regione Calabria

OBIETTIVI DI PIANO 2017 - Accordo Stato-Regioni del 26 ottobre 2017 (Rep. Atti n.181/CSR)

LINEA PROGETTUALE: 4 . Piano Nazionale Prevenzione e supporto al PNP

TITOLO PROGETTO: Azioni di supporto al piano nazionale della prevenzione 2014 - 2019

DURATA: 36 mesi

REFERENTE: Settore n. 2 "Prevenzione e promozione della salute – Pianificazione sanitaria – Qualità Governo clinico e Risk Management"

IMPORTO ASSEGNATO: vedi tabella in calce

PREMESSA E CONTESTO

Il Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018 si inserisce in un processo già consolidato di definizione degli aspetti operativi connessi alla funzione di "supporto" al Piano medesimo, sia dal punto di vista del Ministero della Salute, che da quello della Regione. Con DM del 25 gennaio 2016 è stato approvato il documento di indirizzo per l'attuazione delle linee di supporto centrali al Piano Nazionale della Prevenzione.

Analogamente le azioni regionali centrali di supporto al Piano Regionale della Prevenzione si effettuano mediante il sostegno al funzionamento dei tre network: Osservatorio Nazionale Screening (ONS), Network Italiano Evidence-based Prevention (NIEBP), Associazione italiana dei registri tumori (AIRTUM), per la definizione di adeguate modalità operative, monitoraggio e valutazione dei programmi di screening, l'identificazione di interventi preventivi efficaci, la costituzione di banche dati omogenee e di qualità, utili ai fini epidemiologici per la programmazione sanitaria. Le reti consentono altresì interventi di quality assurance, promozione della ricerca, stesura di linee guida, diffusione dei risultati, formazione e miglioramento della comunicazione.

Con l'articolo 17, comma 2, del Patto per la salute 2014-2016, approvato il 10/7/2014, le Regioni e le Province autonome *"convengono che il 5 per mille della quota vincolata per il Piano nazionale di Prevenzione ... venga destinato alla linea progettuale per le attività di supporto al PNP medesimo da parte dei tre network"* sopra citati.

L'Osservatorio Nazionale Screening (ONS) opera quale network dei centri regionali di eccellenza nel campo degli screening oncologici, come strumento tecnico a supporto sia delle Regioni, per l'attuazione dei programmi di screening, che del Ministero della Salute, per la definizione delle modalità operative, il monitoraggio e la valutazione dei programmi.

L'Associazione Italiana Registri Tumori (AIRTUM) è l'Associazione che coordina i 49 RT generali di popolazione e i 7 RT specializzati, accreditati in AIRTUM.

In Calabria, il neo costituito Registro Tumori di popolazione della Regione Calabria (Legge Regionale 02/2016 del 08/02/2016) si articola nella rete dei Registri Tumori sub-regionali: Cosenza-Crotone, Catanzaro-Vibo Valentia e Reggio Calabria, al fine di assicurare la copertura di tutto il territorio regionale.

Il coordinamento di tali registri è affidato ad un Centro di coordinamento regionale composto dal Direttore Generale del Dipartimento tutela della Salute della Regione Calabria (o un suo delegato), dai Responsabili dei Registri di Cosenza, Catanzaro, Reggio Calabria, e delle sub articolazioni di Crotone e Vibo Valentia, Dal Direttore generale dell'ARPACAL (o un suo delegato), dall'Assessore Regionale alla tutela della salute e dal Presidente dell'AIRTUM (o un suo delegato).

I dati prodotti dai RT servono per l'epidemiologia descrittiva (costituzione di banche dati e divulgazione dati), valutazione di impatto degli screening oncologici, programmazione sanitaria (pianificazione di interventi), supporto della ricerca e valutazione del rischio.

Il Network per l'Evidence-based Prevention (NIEBP) è costituito da una rete di ricercatori e collaboratori dell'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, dell'Università del Piemonte Orientale e dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, che sviluppa metodologie per promuovere l'identificazione degli interventi preventivi efficaci a supporto della pianificazione regionale per la prevenzione.

OBIETTIVI

Gli obiettivi di questa linea progettuale, specifici per i tre Network, sono i seguenti:

Osservatorio Nazionale Screening:

- miglioramento della survey regionale per l'empowerment dei programmi di screening e strategie per il recupero delle "No Responders".
- realizzazione di attività formative e di aggiornamento di livello regionale e nazionale
- attività di quality assurance
- miglioramento della qualità dei servizi offerti e della capacità di socializzare i risultati;

Associazione Italiana Registri Tumori:

- progressiva standardizzazione delle metodiche di rilevazione
- accreditamento dei Registri Tumori
- formazione e aggiornamento continuo del personale addetto
- analisi dei dati presenti nelle banche dati AIRTUM
- produzione di materiale informativo e di materiale scientifico per gli utenti e la comunità sanitaria

Network per l'Evidence Based Prevention:

- supportare la Regione nella pianificazione e valutazione di interventi di provata efficacia nell'ambito del PRP
- realizzare attività di ricerca per interventi e programmi innovativi connessi alla realtà regionale
Sviluppare una rete regionale di "attori NIEBP" con formazione e disseminazione delle evidenze

AZIONI

Gli obiettivi del progetto verranno perseguiti attraverso le seguenti attività:

L'Osservatorio Nazionale Screening (ONS), nell'ambito delle attività a supporto della programmazione regionale e al miglioramento della qualità dei programmi di screening, mediante il monitoraggio e la valutazione dei programmi attivati a livello territoriale, svolgerà le seguenti azioni:

- realizzazione della Survey annuale per il supporto ed il monitoraggio dell'attività di screening oncologico (valutazione LEA), inclusa l'adozione di strategie per il recupero delle "No responders";
- elaborazione degli indicatori e produzione di rapporti regionali per la valutazione approfondita dei risultati
- realizzazione di attività di formazione e di aggiornamento di livello regionale e nazionale (relativa sia a tutti i mezzi in grado di migliorare la qualità tecnico professionale dei professionisti coinvolti nello screening, che la qualità organizzativa/gestionale dei singoli programmi);
- produzione di indirizzi contenenti metodiche standardizzate per la valutazione della Quality Assurance (QA);
- produzione di linee guida/procedure in ambito di screening per ottimizzare la qualità dei servizi offerti, l'informazione, la comunicazione e la socializzazione dei risultati.

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

- supporto alla Regione per garantire un ampliamento della copertura territoriale ed il relativo accreditamento
- realizzazione di attività di formazione e aggiornamento, attraverso corsi a livello frontale, corsi di base e avanzato Integrazione tra i vari Registri Tumori (RT) italiani
- diffusione delle procedure per la raccolta e l'analisi dei dati, per garantire uniformità e qualità della registrazione
- supporto per la produzione di materiale scientifico, informativo e divulgativo, sulla base dei report annuali dei dati regionali

L'Evidence-Based Prevention (NIEBP), nell'ambito delle attività di supporto alla Regione nella pianificazione e valutazione di interventi di provata efficacia correlati al PRP e per la messa a disposizione

dei decisori delle politiche della prevenzione e degli operatori del settore, degli interventi di prevenzione efficaci, svolgerà le seguenti azioni:

- supporto al Piano Regionale della Prevenzione (PRP), con la messa a disposizione di documenti di efficacia e di interventi efficaci e trasferibili, su tutti i fattori di rischio identificati dal PNP e utilizzo della matrice NIEBP
- realizzazione di attività di ricerca per interventi e programmi innovativi che abbiano specificità regionale
- individuazione di "attori NIEBP" con formazione e disseminazione delle evidenze

INDICATORI

Gli indicatori specifici per Network sono i seguenti:

Osservatorio Nazionale Screening

- avvenuta predisposizione delle schede per la raccolta dei dati per la survey nazionale delle attività di screening regionali del 2017
- avvenuta predisposizione del Rapporto annuale per la Regione
- attuazione delle strategie per il recupero delle "No responders"
- avvenuta pubblicazione dei risultati

Associazione Italiana Registri Tumori

- percorso di accreditamento e valutazione qualità dei dati per i registri tumori.
- corsi di formazione e aggiornamento per operatori di registri tumori.
- aggiornamento della Banca Dati AIRTUM con analisi dei dati
- avvenuta produzione di materiale informativo e di materiale scientifico

Network Per L'evidence Based Prevention

- avvenuto supporto nella pianificazione e valutazione di interventi di provata efficacia nell'ambito del PRP
- avvenuta individuazione di interventi e programmi innovativi connessi alla realtà regionale formazione degli "attori NIEBP" con disseminazione delle evidenze

RISULTATI ATTESI

Garantire il pieno supporto alle attività di Prevenzione e di organizzazione del "sistema Prevenzione", attraverso la proficua collaborazione ed il supporto dei network specialistici per materia.

Azienda	Quota PRP anno 2017	5x 1000 della quota 2017 impegnata dalle ASP x il progetto
ASP Cosenza	3.178.945,76	15.894,73
ASP Crotone	777.143,94	3.885,72
ASP Catanzaro	1.615.226,57	8.076,13
ASP Vibo Valentia	723.051,85	3.615,26
ASP Reggio Calabria	2.474.333,88	12.371,67
Totali	8.768.702,00	43.843,51
criterio di distribuzione	Assegnazione delle risorse a quota capitaria	



Regione Calabria

OBIETTIVI DI PIANO 2017 - Accordo Stato-Regioni del 26 ottobre 2017 (Rep. Atti n.181/CSR)

LINEA PROGETTUALE: 5. Gestione della cronicità

TITOLO PROGETTO: Riorganizzazione del lavoro in rete per la gestione della cronicità, dell'assistenza e riabilitazione alle persone in condizioni di fragilità e non autosufficienza

DURATA: 12 mesi

REFERENTE: Settore n. 9 "Servizi territoriali Governance delle fragilità e delle dipendenze"

IMPORTO ASSEGNATO: vedi tabella in calce

PREMESSA

Le malattie croniche nel nostro Paese sono in costante crescita e comportano un notevole impegno di risorse, richiedendo continuità di assistenza per periodi di lunga durata, una forte integrazione dei servizi sanitari con quelli sociali e necessitando di servizi diversificati, domiciliari e residenziali.

Circa due milioni e seicentomila persone in Italia vivono in condizione di disabilità, pari al 4,8 % della popolazione. Una percentuale che raggiunge il 44,5 % nella fascia di età con più di 80 anni.

Questi dati testimoniano una trasformazione radicale dello stato di salute della popolazione, che impone un nuovo approccio assistenziale basato sulla necessità di garantire terapie e assistenza personalizzate e di lunga durata per milioni di cittadini. Tali necessità tenderanno ad aumentare, in quanto l'Italia, per l'elevata longevità della sua popolazione, ha la più alta proporzione al mondo di popolazione ultrasessantacinquenne (circa il 20%) e, notoriamente, la frequenza della cronicità è strettamente correlata all'invecchiamento.

Le Regioni che nel 2011 hanno avuto una maggiore incidenza di patologie croniche sono: Liguria (42,5%), Sardegna (42,3%), Friuli Venezia Giulia (42%), Umbria (41,3%), Emilia Romagna (41%), Toscana (40,6%), Calabria (40,3%), seguono, Abruzzo (39,9%), Lombardia (39,5%), Molise (39,4%), Veneto (39,2%).

La popolazione italiana affetta da una patologia cronica è pari al 37,9%, mentre il 20% ha almeno due patologie croniche. Il 58,7% degli ultrasessantacinquenni ha più di due malattie croniche.

Le malattie croniche causano nel mondo il 60% (circa 35 milioni) di tutti i decessi. Tale situazione epidemiologica ha evidentemente pesanti ricadute in termini di quantità e di qualità della vita e comporta un notevole esborso economico per i singoli individui, le loro famiglie, i sistemi sanitari.

In questo scenario, la lotta alle malattie croniche rappresenta una priorità di salute pubblica, da qui la necessità di investire nella prevenzione e nel controllo di queste malattie, da una parte riducendo i fattori di rischio a livello individuale, dall'altra agendo in maniera interdisciplinare e integrata per rimuoverne le cause.

I modelli di cura si basano su un approccio "proattivo", improntato al paradigma preventivo, mirato ad evitare o rinviare nel tempo la progressione della malattia; a promuovere l'empowerment del paziente (e della comunità) e la qualificazione del team assistenziale (sanitario e sociale).

Gli strumenti di "governo clinico" individuati per tali obiettivi sono:

- Il Disease Management: approccio sistemico e integrato che implica un'azione coordinata tra tutte le componenti e tra tutti gli attori del sistema assistenziale che, seppur con responsabilità diverse, sono chiamati a sviluppare interventi mirati verso comuni obiettivi;
- Il Chronic Care Model: individua in modo puntuale le variabili fondamentali che rendono possibile un approccio "sistemico" alle malattie croniche, in quanto muove tutte le leve organizzative ed operative per promuovere un corretto approccio da parte degli operatori. Pone, in un unico quadro d'insieme, tutti quei fattori organizzativi ed operativi del sistema sanitario e della comunità che risultano predisponenti per l'azione efficace delle "persone" (gli operatori ed i pazienti) dalle cui attività scaturiscono i risultati attesi.

Il Chronic Care Model, collocato nella rete assistenziale, riconosce nel setting delle Cure Primarie (Medicina Generale, Pediatria di libera scelta, Medici di Continuità Assistenziale) una delle componenti fondamentali nella erogazione dei servizi sul territorio.

Gli strumenti di traduzione organizzativa ed operativa del Chronic Care Model e del Disease Management sono i Percorsi Assistenziali (PA) e la gestione Integrata della malattia.

I nuovi modelli assistenziali per la gestione delle malattie croniche prevedono la centralità del paziente attraverso l'attivazione di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) condivisi e codificati per vari stadi di patologia.

Il Piano Nazionale Cronicità, Accordo Stato/Regioni del 15 settembre 2016, Rep. Atti n. 160/CSR, nasce dall'esigenza di armonizzare a livello nazionale le attività in questo campo, proponendo un documento, condiviso con le Regioni, che, compatibilmente con la disponibilità delle risorse economiche, umane e strutturali, individui un disegno strategico comune, inteso a promuovere interventi basati sulla unitarietà di approccio, centrati sulla persona ed orientati su una migliore organizzazione dei servizi e una piena responsabilizzazione di tutti gli attori dell'assistenza.

Il Piano di Indirizzo per la Riabilitazione, approvato in Conferenza Stato-Regioni il 10 febbraio 2011, ha vagliato i grandi progressi della riabilitazione in campo scientifico, clinico, organizzativo e dell'operatività interdisciplinare, facendo tesoro della crescita delle competenze del medico specialista, di tutte le figure professionali coinvolte, da quelle indicate nelle Linee guida del 1998 e nella recente normativa a quelle divenute progressivamente più importanti, come l'assistente sociale e lo psicologo. Il fine ultimo risiede nel voler rendere questi progressi applicabili e funzionali al sistema sanitario e assistenziale del nostro Paese, nell'interesse delle persone che presentano ogni genere di disabilità e limitazione. Lo scopo dell'intervento riabilitativo è "guadagnare salute" in un'ottica che vede la Persona con disabilità e limitazione della partecipazione non più come "malato", ma come "persona avente diritti". Quindi compito dell'intervento riabilitativo è valutare la Persona, per realizzare tutti gli interventi sanitari necessari al fine di raggiungere il più alto livello possibile di funzionamento e di partecipazione, in relazione alla propria volontà e al contesto, nell'ottica di un reale empowerment.

E' ormai ben noto che la sfida dei sistemi sanitari sia essenzialmente correlata alla transizione demografica ed all'affermarsi delle condizioni di cronicità e di disabilità. Nello specifico è necessario porre in essere azioni che consentano di agire su più livelli, in ragione della stratificazione del rischio:

- prevenzione
- diagnosi precoce
- disease management

Non si può trascurare di rammentare come due siano i paradigmi che definiscono la fragilità:

- quello biomedico, secondo il quale la fragilità è una sindrome fisiologica, caratterizzata dalla riduzione delle riserve funzionali e dalla diminuita resistenza agli stressor, risultante dal declino cumulativo di sistemi fisiologici multipli che causa vulnerabilità (Fried);
- quello bio-psico-sociale, secondo il quale la fragilità è uno stato dinamico che colpisce un individuo che sperimenta perdite in uno o più domini (fisico, psichico, sociale), causate dall'influenza di più variabili che aumentano il rischio di risultati avversi per la salute (Gobbens).

Nel Programma Operativo 2016-2018, approvato con DCA n. 119 del 4.11.2016, al punto 2.1 area riorganizzazione delle reti assistenziali sono definite le azioni da intraprendere per la riorganizzazione della presa in carico del paziente cronico e dell'assistenza e riabilitazione delle persone in condizioni di fragilità e di non autosufficienza.

CONTESTO

La persona in condizione di cronicità/disabilità è caratterizzata da persistenti limitazioni del funzionamento. Tali limitazioni possono essere stabili, ingravescenti o ad andamento remittente e necessitano di monitoraggio e/o di interventi riabilitativi protratti nel tempo o permanenti.

Il presupposto del modello Chronic Care Model è che, per essere efficaci, efficienti e attenti ai bisogni globali dei pazienti, è necessario l'impegno di tutto il sistema organizzativo.

Le Cure Primarie hanno in affidamento in modo peculiare la cura delle cronicità, perché esse rappresentano il segmento del SSR più vicino al paziente e perché ad esse, in maniera prioritaria, è affidata la continuità della cura tra i diversi livelli di assistenza.

Con DCA n. 130, del 16.12.2015, sono state approvate le linee guida per l'adozione degli atti aziendali delle Aziende del Servizio Sanitario della Regione Calabria, al fine di fornire criteri condivisi per l'adozione dei singoli atti aziendali, nell'ambito dei quali potrà esplicarsi l'autonomia organizzativa di ciascuna Azienda.

Con i DCA n. 76/2015 e n.113/2016, relativi alla "Riorganizzazione della Rete Territoriale", è stato previsto un nuovo assetto della rete di offerta di servizi territoriali, dell'integrazione tra ospedale e territorio e la nuova organizzazione territoriale dei distretti e delle UCCP e AFT.

Nel dettaglio sono state definite le seguenti reti:

- assistenza residenziale e semiresidenziale per anziani;
- assistenza territoriale residenziale e semiresidenziale per disabili;
- riabilitazione estensiva extraospedaliera;
- residenzialità e semiresidenzialità per le dipendenze patologiche;
- assistenza territoriale per pazienti psichiatrici.

Nel Programma Operativo 2016-2018, approvato con DCA n. 119 del 4.11.2016, al fine di migliorare la gestione delle cronicità/ disabilità e fragilità, al punto 2.1 area della riorganizzazione delle reti assistenziali, sono state definite le azioni da intraprendere:

- 2.1.1 Riorganizzazione delle Reti Assistenziali
- 2.1.2 Rete Ospedaliera
- 2.1.3 Reti Tempo Dipendenti
- 2.1.4 Altre Reti Assistenziali
- 2.1.5 Percorso Nascita
- 2.1.6 Rete dell'emergenza -urgenza
- 2.1.7 La Rete Assistenza Territoriale
- 2.1.8 Rete Laboratoristica
- 2.1.9 Health Technology Assessment.

In ogni Azienda sono stati riorganizzati i dipartimenti e, a livello territoriale, i Distretti che, da una parte garantiscono continuità nei processi di cura con l'ambito ospedaliero (continuità assistenziale,) dall'altra concretizzano l'integrazione con la componente sociale, al fine di completare un adeguato sistema delle cure primarie.

Con DCA 64/2016, è stata effettuata la modifica ed integrazione della riorganizzazione delle reti assistenziali (Sindrome coronarica acuta- SCA-, Stroke, Politrauma e trasporto neonatale) Intervento 2.1.1 del P.O. 2016-2018, approvate con i DCA 9/15 e 30/16.

I primi PDTA definiti riguardano le seguenti patologie: BPCO (DCA n. 11 del 2 aprile 2015), ictus ischemico (DCA n. 12 del 02/04/2015) e Diabete (DCA n. 13 del 2 aprile 2015).

Successivamente con DCA n. 75 del 06/07/2015 è stato approvato il PDTA per la Sindrome Coronarica Acuta (SCA).

Con DCA n. 9 del 14/01/2016, Rete delle cefalee - percorso diagnostico-terapeutico per il soggetto con cefalea.

La scelta organizzativa rispecchia quanto delineato con il DPGR n.12/2011, che ha formalizzato il complessivo processo assistenziale di accesso al sistema curante PUA (Punto Unico di Accesso), la valutazione multidimensionale dei bisogni assistenziali con l'introduzione delle schede S.Va.M.A. e SVAMDI, la definizione dei piani assistenziali individualizzati (PAI) con peculiare riferimento all'assistenza domiciliare. A supporto di tale logica assistenziale, nella Regione è attiva una piattaforma informativa S.I.GE.Mo.N.A.(Sistema Integrato per la Gestione ed il Monitoraggio delle persone Non Autosufficienti), dedicata all'assistenza territoriale, che garantisce l'informatizzazione dei PUA, delle UVM (Unità di Valutazione Multidimensionale), dei servizi di assistenza domiciliare, della residenzialità, della salute mentale, dei consultori, della neuropsichiatria infantile, delle cure palliative. La piattaforma S.I.GE.Mo.N.A fornisce un quadro in tempo reale di tutte le prestazioni erogate alle persone non autosufficienti, assicura il coordinamento per la programmazione degli interventi e fornisce una mappatura dei bisogni espressi dal territorio. Attraverso i moduli di gestione dei servizi, che garantiscono i differenti livelli assistenziali, vengono generati i flussi SIAD, FAR e SISM.

Con il presente progetto, si intende favorire una maggiore omogeneità delle risposte riabilitative e una chiara articolazione del percorso di cura nei diversi setting assistenziali, dal ricovero in acuto alla dimissione e alla presa in carico territoriale (domiciliare o residenziale), al fine di dare completa attuazione, sull'intero

territorio regionale, del Piano di indirizzo per la riabilitazione, recepito con DPGR n. 163 del 18/09/2012, per come previsto dal P.O. 2016-2018 al punto 2.1 area della riorganizzazione delle reti assistenziali, 2.1.3 reti tempo dipendenti e 2.1.4 altre reti assistenziali nel quale è prevista, tra 'altro, la realizzazione della rete riabilitazione e lungodegenza.

OBIETTIVI

L'obiettivo principale è l'accompagnamento del paziente nel suo percorso di cura e di vita, attraverso i diversi setting con interventi preventivi e di gestione delle complicanze, di sostegno materiale, ma anche psicologico e sociale.

Obiettivi specifici:

- creazione, nell'ambito della realizzazione della nuova rete territoriale e della rimodulazione organizzativa della medicina generale, dei presupposti volti alla prevenzione - diagnosi precoce - case management delle condizioni di cronicità, al fine di prevenire e ridurre l'impatto assistenziale delle condizioni di fragilità e di cronicità, (approvazione delle reti territoriali aziendali delle ASP calabresi);
- creazione ed approvazione delle altre reti per intensità di cura;
- definizione modello di offerta delle prestazioni riabilitative e istituzione rete riabilitativa;
- utilizzo del Modello Bio-Psico-Sociale (ICF) che pone al centro del sistema il cittadino disabile e il suo contesto familiare, nella loro interazione con l'ambiente sociale e con le istituzioni;
- approvazione e diffusione di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA),relativi a Sclerosi Multipla, Politrauma e piede diabetico.
- sperimentazione modelli ICT (Information and Communication Thecnology) quali teleconsulto,telemonitoredaggio ecc..
- attuazione di iniziative di comunicazione, formazione e condivisione con gli operatori e i caregivers.

TEMPI DI ATTUAZIONE

La durata del progetto è annuale, la verifica coincide con la valutazione dello stato di attuazione del P.O. 2016-2018.

AZIONI

Di seguito vengono elencate le strategie complessive che saranno attuate:

- consolidamento dei modelli di ammissione e dimissione protetta, supportati da protocolli per la presa in carico coordinata del paziente, anche tramite sistemi codificati di corresponsabilità e "figure di riferimento" (case manager);
- potenziamento degli strumenti di scambio informativo, nella fattispecie dei sistemi informativi integrati, a supporto dell'integrazione professionale, evitando la frammentazione degli interventi, garantendo la continuità del processo assistenziale e, dunque, migliorando l'assistenza erogata;
- avvio di prassi aziendali atte a definire obiettivi trasversali per il budget dell'Ospedale e per il budget del Distretto (e quindi di UCCP e AFT).
- costituzione, per ogni rete, di un gruppo tecnico, ove già non esistente;
- approvazione, su proposta di ogni gruppo tecnico, del "documento costitutivo" o di aggiornamento di ogni rete, con l'indicazione dei criteri di qualità da soddisfare nei centri hub e nei centri spoke, e l'esplicitazione di indicatori di struttura (minimo 3-5) e processo indicatori di esito (minimo 1-2);
- realizzazione da parte delle singole Aziende Sanitarie di quanto previsto da ciascun documento costitutivo delle reti;
- definizione, da parte dei gruppi tecnici di ogni rete, del livello soglia target (= standard) per ciascun indicatore e attivazione di un flusso informativo per ogni rete, contenente i dati di misurazione degli indicatori previsti;
- aggiornamento, su proposta di ogni gruppo tecnico, del documento di ciascuna rete, includendo lo standard per ogni indicatore (attività annuale).

INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)

Approvazione del provvedimento regionale che costituisce per ogni rete il gruppo tecnico, ove non presente
Approvazione del decreto costitutivo /di aggiornamento di ciascuna rete;

Attivazione del flusso informativo per ogni rete, contenente almeno i dati per misurare gli indicatori previsti;

Approvazione dei provvedimenti regionali che aggiornano il documento di ciascuna rete, includendo il valore target per ogni indicatore;

N. eventi formativi iniziative di comunicazione, formazione e condivisione con gli operatori e i caregivers effettuati nelle Aziende

RISULTATI ATTESI

Creazione delle Reti per percorsi di cura a forte integrazione ospedale-territorio.

Linee guida regionali della riabilitazione.

TRASFERIBILITÀ DEI RISULTATI E DEI PRODOTTI

Il modello organizzativo del lavoro in rete per le patologie croniche e per l'assistenza e riabilitazione alle persone in condizioni di fragilità e non autosufficienza è trasferibile in tutte le Aziende sanitarie Calabresi.

RIPARTO DELLE RISORSE E CRITERI DI DISTRIBUZIONE

Azienda	2017
ASP Cosenza	2.245.544,21
ASP Crotona	553.912,62
ASP Catanzaro	1.143.196,07
ASP Vibo Valentia	509.909,68
ASP Reggio Calabria	1.747.437,42
AO Pugliese-Ciaccio Catanzaro	450.000,00
AO Annunziata Cosenza	450.000,00
AO Bianchi-Melacrino-Morelli Reggio Calabria	450.000,00
AO Mater Domini Catanzaro	450.000,00
Totali	8.000.000,00
Criterio di distribuzione	Assegnazione delle risorse a quota capitaria alle ASP e in parti uguali alle AO



Regione Calabria

OBIETTIVI DI PIANO 2017 - Accordo Stato-Regioni del 26 ottobre 2017 (Rep. Atti n.181/CSR)

LINEA PROGETTUALE: 6.Reti oncologiche

TITOLO PROGETTO: Implementazione della rete oncologica regionale integrata con la Rete Calabrese dei Tumori Rari (ReCaTuR)

DURATA: 12 mesi

REFERENTE: Dirigente Settore 11 Servizi Ospedalieri-Specialistica Ambulatoriale Diagnostica e Laboratoristica Pubblica e Privata

IMPORTO ASSEGNATO: vedi tabella in calce

PREMESSA

Uno dei requisiti indispensabili per il funzionamento di una Rete Oncologica è rappresentato dall'attivazione di un modello organizzativo, in grado di prevedere una integrazione interdisciplinare, tra l'assistenza primaria, quella specialistica e la ricerca.

Un modello organizzativo di Rete Oncologica è stato definito nell'Intesa Stato-Regioni 144/csr del 30.10.2014, nel quale, tra l'altro, è stata approvata la "guida per la costituzione di reti oncologiche regionali", che ne ha definito obiettivi nel contesto del SSN, criteri di qualità e raccomandazioni finalizzate all'operatività. Tale modello rappresenta l'output già individuato nell'Intesa Stato-Regioni 29/csr del 10.02.2011 ed è finalizzato a garantire, nell'ottica dell'ottimizzazione delle risorse disponibili, l'equità di accesso alle cure, la riduzione delle disuguaglianze, nonché un livello organizzativo tecnologico altamente specializzato ed efficiente.

Nell'ambito della rete oncologica vengono considerati anche i tumori rari. Il criterio internazionalmente accettato per definire una malattia oncologica "rara" è epidemiologico e di incidenza, essendo inferiore o uguale a 5/100.000, cui va aggiunta la quota di pazienti prevalenti che sono inferiore a 50/100.000. Trattasi quindi di tumori 'rari' singolarmente presi ma 'frequent' nella loro totalità a tal punto che costituiscono circa il 20% dei casi totali di neoplasia maligna: in pratica la somma di 2 "big killer", cioè di tumori più frequenti per incidenza e mortalità. Trattasi quindi di un problema sociale rilevante sia in termini quantitativi che etici, dal momento che si espongono tali pazienti a possibili discriminazioni in termini di opportunità di cura rispetto ad altri pazienti oncologici.

CONTESTO

Il Programma Operativo 2013-2015 ha previsto, al programma 13, la costituzione della Rete Oncologica Regionale. Con DPGR-CA n. 40/2014 del 21.03.2014 è stato istituito il Gruppo Tecnico "Rete Oncologica" nell'ambito delle Reti ospedaliere *hub-spoke*. L'attività svolta dal predetto gruppo di lavoro ha prodotto il documento "Rete Oncologica Calabrese Hub e Spoke ed integrazione territoriale" che, a seguito del parere dei Ministeri affiancanti n. 297-P del 6 novembre 2014, è stato approvato con DCA n. 10 del 02.04.2015.

Nel documento era prevista la razionalizzazione dell'offerta ospedaliera per il paziente oncologico finalizzata a:

- rimodulare l'offerta ospedaliera con riduzione dell'uso del ricovero ordinario e qualificazione dell'offerta assistenziale con l'identificazione di percorsi diagnostico terapeutici. Ciò implica di ridurre il numero di posti letto in degenza ordinaria in oncologia e di privilegiare modalità di assistenza differenti: day hospital e prestazioni ambulatoriali, sulla base delle indicazioni già fornite con il DPGR 5/2014;
- favorire l'accesso all'assistenza appropriata in strutture che si identificano come nodi della rete oncologica;
- definire le modalità di integrazione tra l'offerta ospedaliera (rete oncologica propriamente detta) e le risorse assistenziali di livello territoriale.

Con diversi atti commissariali (DPGR n. 26 del 21.3.2012, DPGR n.106 del 5.7.2012, DCA n. 36 del 21.3.2014 e del DCA n. 9 del 2 Aprile 2015) è stato approvato, modificato ed integrato il documento di riorganizzazione della rete ospedaliera, della rete dell'emergenza-urgenza e delle reti tempo dipendenti.

Con DCA n. 30 del 3 marzo 2016 è stata approvata la - Riorganizzazione delle reti assistenziali: Provvedimento generale di programmazione di adeguamento della dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati (pubblici e privati) ed effettivamente a carico del Servizio sanitario regionale a quanto previsto dall'articolo 1, comma 2, del Decreto 2 aprile 2015, n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" - modifiche e integrazioni al DCA n. 9 del 2 Aprile 2015 e s.m.i.

Con DCA n. 64 del 5. 7. 2016 si è approvata la modifica ed integrazione alla riorganizzazione delle reti assistenziali di cui al DCA n. 30 del 3/03/2016.

Nel Programma Operativo 2016-2018 approvato, da ultimo, con DCA n. 119 del 04.11.2016, si dava atto della necessità di integrazione e modifica della Rete oncologica, approvata con DCA n. 10/15, in coerenza con il DM n. 70/15 e le osservazioni dei Ministeri vigilanti, nonché degli obiettivi da raggiungere, identificati nell'attivazione completa della rete oncologica sull'intero territorio regionale e nell'approvazione dei relativi PDTA.

In tale contesto, la realizzazione della Rete Calabrese dei Tumori Rari (ReCaTuR), approvata nell'ambito delle linee progettuali degli Obiettivi di Piano Sanitario Nazionale degli anni dal 2012 al 2016, ha rappresentato un ulteriore tassello per l'offerta sanitaria oncologica regionale.

La Rete Calabrese dei Tumori Rari (ReCaTuR) è un professional online network, con piattaforma web, strutturato e permanente, collaborativo tra le strutture oncologiche del territorio regionale, che si inserisce nella Rete Tumori Rari nazionale, la quale mira ad abbattere ogni possibile barriera culturale, logistica e organizzativa tali da impedire al paziente portatore di tumore raro il diritto a ricevere cure di alta qualità nell'ambito della propria Regione.

L'elemento fondamentale per una corretta diagnosi e gestione di tali tumori rari risiede nella condivisione dei vari momenti di cura e di ricerca: in tal senso la telematica costituisce oggi la vera e unica modalità di abbattimento dello spazio, di gestione integrata e di studio di tali pazienti con tumori rari. La sede della Centrale Operativa di ReCaTuR è nell'Unità Operativa Complessa di Oncologia Medica dell'Azienda Ospedaliera di Cosenza, che già aderisce alla Rete Tumori Rari nazionale, mentre le Strutture Oncologiche di afferenza sono tutte le UU. OO.CC. di Oncologia Medica e di Anatomia Patologica delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere e Universitarie regionali, così da assicurare l'inserimento di ogni possibile nuovo caso clinico. La Centrale tecnologica di ReCaTuR, per indagini clinico-molecolari per l'inquadramento dei tumori rari nell'ambito di sindromi eredi-familiari (Counselling e Testing Genetico) e per la identificazione di target molecolari ai fini della pianificazione terapeutica è nel Centro di Riferimento Regionale per il Counselling Genetico e le Terapie Innovative in Oncologia Medica dell'Università Magna Grecia di Catanzaro. La gestione affidata all' Azienda Ospedaliera di Cosenza.

OBIETTIVI

Obiettivo del presente progetto è l'implementazione della Rete Oncologica Regionale, che integra il ReCaTuR, secondo il modello Hub & Spoke, che prevede una serie di strutture di primo livello (Spoke) collegate manageralmente a centri sovraordinati, di maggiore specializzazione diagnostica o terapeutica (Hub), identificati in tre aree del territorio calabrese (Nord, Centro e Sud) sulla base di specifiche caratteristiche e competenze. La Commissione Oncologica Regionale dovrà predisporre il documento organizzativo aggiornato, sulla base di quanto fissato nell'Accordo Stato-Regioni 144/csr del 30.10.2014, garantendo adeguati livelli di efficacia e di efficienza, mirate alla riduzione dei soggetti ammalati in fase avanzata.

Gli obiettivi specifici sono:

- favorire una maggiore capacità di intercettare i bisogni e la domanda nel territorio di riferimento, con la presa in carico in forma multidisciplinare del paziente;
- potenziare e promuovere rapporti strutturati tra istituzioni oncologiche, nell'ottica sia della continuità di cura che della definizione di percorsi condivisi per casistiche complesse o che richiedano particolari dotazioni;
- ottimizzare gli investimenti in alta specializzazione;
- aumentare la capacità del sistema di modularsi in base alla variabilità della domanda;

- aumentare e rendere più capillare l'informazione sia sui temi di prevenzione che sulle opportunità di cura;
- perseguire la sostenibilità istituzionale delle reti (flessibilità);
- perseguire la sostenibilità economica delle reti.

TEMPI DI ATTUAZIONE

La durata del progetto è annuale e la verifica viene effettuata in coincidenza della valutazione dello stato di attuazione del P.O. 2016-2018.

AZIONI

- Creazione e formalizzazione dei gruppi tecnici per la redazione del documento "rete oncologica regionale" integrata con la rete ReCaTuR;
- aggiornamento del modello organizzativo della rete oncologica regionale, con modifica ed integrazioni al DCA n. 10/2015;
- identificazione dei criteri caratterizzanti una rete di qualità, seguendo le indicazioni fissate nell'Intesa Stato Regioni del 30.10.2014;
- censimento delle strutture, delle prestazioni da esse garantite e delle apparecchiature tecnologiche disponibili;
- predisposizione dei PDTA per le principali patologie oncologiche;
- attuare la rivalutazione dell'attività oncologica dei nodi della rete in coerenza con i requisiti di cui al DM n. 70/15 con cadenza annuale.

INDICATORI

Atto di approvazione della rete oncologica regionale aggiornato e integrato con la rete dei tumori rari n. PDTA redatti e approvati/n. PDTA programmati.

RISULTATI ATTESI

Il progetto mira ad aggiornare ed implementare nel territorio regionale, la rete oncologica integrata con la rete dei tumori rari ed approvare i PDTA per le principali patologie oncologiche.

TRASFERIBILITÀ DEI RISULTATI E DEI PRODOTTI

L'implementazione del modello organizzativo pone le basi per la sistematica gestione integrata e multidisciplinare del paziente oncologico, che consentirà l'accesso tempestivo ed adeguato alle cure in maniera uniforme nell'intero territorio regionale.

RIPARTO DELLE RISORSE E CRITERI DI DISTRIBUZIONE

Azienda	2017
ASP Cosenza	888.888,89
ASP Crotona	888.888,89
ASP Catanzaro	888.888,89
ASP Vibo Valentia	888.888,89
ASP Reggio Calabria	888.888,89
AO Pugliese-Ciaccio Catanzaro	888.888,89
AO Annunziata Cosenza	888.888,89
AO Bianchi-Melacrino-Morelli Reggio Calabria	888.888,89
AOU Mater Domini Catanzaro	888.888,88
Totali	8.000.000,00
criterio di distribuzione	Assegnazione delle risorse in parti uguali



REGIONE CALABRIA
Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie

OGGETTO: Relazione attività svolte dalle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere - Obiettivi di PSN anno 2016 in attuazione degli obiettivi di cui al Programma Operativo 2016-2018

L'Accordo Stato/Regioni e Province Autonome del 14 aprile 2016 (repertorio atti n. 65/CSR) stabilisce che debba essere garantita, **per l'anno 2016**, una sostanziale continuità rispetto alle linee progettuali definite negli anni precedenti.

Nell'allegato A), del su citato Accordo, vengono individuate le linee progettuali per l'utilizzo, da parte delle Regioni e Province Autonome, delle risorse vincolate ai sensi all'art. 1, comma 34 e 34 bis, della legge 662/1996, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2016, così come di seguito elencate:

1. *Attività di assistenza primaria*
2. *Sviluppo dei processi di umanizzazione all'interno dei percorsi assistenziali*
3. *Cure palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica*
4. *Piano Nazionale Prevenzione*
5. *Gestione della cronicità*
6. *Reti oncologiche*

L'Intesa del 14 aprile 2016 (Rep. Atti n. 65/CSR) ha sancito l'assegnazione delle risorse vincolate alle Regioni, ai sensi all'art. 1, comma 34 e 34 bis, della Legge 662/1996, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale **per l'anno 2016**, quantificandole, per la Regione Calabria, in complessivi **€ 34.048.670,00**;

Si ricorda che, precedentemente, l'Intesa Stato Regioni del 10 luglio 2014 (rep. n.82/CSR), concernente il nuovo patto per la salute 2014/2016, all'art. 1, comma 5, in continuità con il precedente Patto, ha stabilito, tra l'altro, che: *"Le Regioni impegnate nei Piani di rientro individuano le linee progettuali da realizzare, in coerenza con gli obiettivi dei Programmi operativi approvati. Resta comunque inteso che dette quote, così come il finanziamento di cui al comma 1, non possono essere destinate a finalità extrasanitarie. Si conviene che le risorse vincolate assegnate alle Regioni siano utilizzate non solo per gli obiettivi di piano ma anche per gli obiettivi prioritari definiti nell'ambito del presente Patto per la salute, purché dedicati e finalizzati al miglioramento dell'erogazione dei LEA"*.

Le risorse assegnate alle Regioni sono trasferite alle stesse nella misura del 70%, subordinando tale erogazione alla presentazione di specifici progetti per ciascuna linea stabilita. Solo a seguito dell'approvazione degli stessi, da parte della Conferenza tra Stato/ Regioni e Province Autonome, potrà essere erogato il saldo pari al 30%.

Le risorse pervenute sono state assegnate alle aziende sanitarie ed ospedaliere in coerenza con i vincoli definiti dall'Accordo Stato/Regioni del 14 aprile 2016 (repertorio atti n. 65/CSR), nonché dell'assetto organizzativo del SSR determinato dal Programma Operativo (P.O.) 2016-2018, approvato con DCA n. 119 del 4 novembre 2016.

La presente relazione illustra complessivamente le attività svolte nel 2016 dalle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere della Calabria, in continuità con le attività avviate nel 2013 e proseguite nel 2014/2015, utilizzando le risorse assegnate con gli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per il 2016, in coerenza con gli obiettivi del programma operativo 2016/2018, (DCA n. 119 del 4 novembre 2016).

Linea progettuale 1. Attività di assistenza primaria - Riequilibrio Ospedale – Territorio: consolidamento della rete dell'assistenza primaria.

Progetto “Riequilibrio Ospedale - Territorio: consolidamento della rete dell'assistenza primaria”

Con il presente progetto si è cercato di superare la grave frammentazione del sistema delle cure primarie, che di fatto impedisce un'adeguata presa in carico dei bisogni assistenziali, soprattutto di quelli complessi che attengono alle condizioni di cronicità e quindi di fragilità dei cittadini.

Le azioni attivate nelle Aziende Sanitarie sono state finalizzate a :

- accelerare l'espansione del modello di AFT e UCCP realizzato e sperimentato in tutto il territorio regionale, con i necessari aggiustamenti;
- costituire un sistema unitario ed omogeneo delle cure primarie a livello provinciale;
- conferire continuità ai processi di cura in alcune realtà, mentre in altre gli stessi processi sono ancora in itinere;
- consolidare il sistema della Cure Primarie, confermando e sviluppando le scelte strategiche individuate con gli atti di indirizzo regionali e costituire un riferimento comune per l'implementazione della nuova organizzazione della Medicina convenzionata, così come individuata nella Legge di riforma 8 novembre 2012, n. 189 (Balduzzi/2012);
- integrare il sistema di emergenza territoriale con il servizio di Continuità assistenziale;
- assicurare gratuitamente la consegna a domicilio delle specialità medicinali, solo a fronte della presentazione di ricetta medica da parte del cittadino richiedente il servizio.

Con DCA n. 130, del 16.12.2015, sono state approvate le linee guida per l'adozione degli atti aziendali delle Aziende del Servizio Sanitario della Regione Calabria, al fine di fornire alle Aziende criteri condivisi per l'adozione dei singoli atti aziendali, nell'ambito dei quali potrà esplicarsi l'autonomia organizzativa di ciascuna Azienda.

Le aziende Sanitarie Provinciali di Crotona, Catanzaro e Vibo Valentia hanno predisposto il proprio atto aziendale approvato rispettivamente con i DCA n. 83/2016 , 86/16 e 90/16. Sono in corso di approvazione gli atti aziendali delle Aziende Sanitarie Provinciali di Cosenza e di Reggio Calabria.

Con il DCA n. 113 del 3.11.2016, avente oggetto: “P.O. 2013-2015 Programma 14.8 - Riequilibrio Ospedale Territorio- Approvazione documento di riorganizzazione della Rete Territoriale ”, è stato aggiornato e in parte sostituito quanto approvato con il DCA n. 76/15.

Il DCA n. 113/2016 prevede il riequilibrio dell'assistenza territoriale attraverso il ridisegno della rete di offerta, l'integrazione tra ospedale e territorio e la nuova organizzazione territoriale dei distretti e delle UCCP e AFT.

La Regione ha definito l'assetto organizzativo delle cure primarie, in accordo con quanto previsto dal Patto della Salute 2014-2016, ed ha avviato incontri con le rappresentanze dei MMG e i PLS, al fine di arrivare ad un accordo per la riorganizzazione della medicina di base.

Tali incontri sono stati anche finalizzati alla rilevazione di quali siano le modalità più opportune di revisione dell'Accordo Regionale.

Tutte le Aziende Sanitarie Provinciali della Calabria sono state coinvolte nella realizzazione del Progetto, come da verifica effettuata in occasione della valutazione dello stato di attuazione del P.O. 2016-2018, di cui al DCA n. 119 del 4.11.2016.

Alcune Aziende Sanitarie Provinciali hanno provveduto a definire i documenti specifici relativi all'articolazione delle cure primarie, nell'ambito della riorganizzazione della Rete di Assistenza Territoriale.

Nel dettaglio:

- con Deliberazione n. 357, del 12 ottobre 2016, il Commissario Straordinario dell' Azienda Sanitaria Provinciale di Crotona ha definito la Rete Assistenziale Territoriale Aziendale. Successivamente, con DCA n.114 del 03/11/2016, il Commissario *ad acta* ha approvato la “Rete assistenziale Territoriale -Azienda Sanitaria Provinciale di Crotona;

- con deliberazione n. 722 del 03/11/2016, il Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria provinciale di Catanzaro ha approvato la rete assistenziale territoriale aziendale. Con DCA 118 del 4/11/2016, il *Commissario ad acta* ha approvato la "Rete assistenziale Territoriale" della Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro.

Sono in corso di definizione i documenti specifici relativi all'articolazione delle cure primarie per le altre ASP.

Linea progettuale 2. Sviluppo dei processi di umanizzazione all'interno dei percorsi assistenziali

Progetto Umanizzazione delle cure nella Regione Calabria

La riorganizzazione dei servizi ha l'obiettivo di "umanizzare" le diverse modalità di accoglienza e di ospitalità del paziente e del suo bisogno. Ma per rispondere adeguatamente ai bisogni è fondamentale, innanzitutto, la definizione di regole che determinano anche funzioni organizzative ed esplicitano i ruoli.

Uno strumento fondamentale è rappresentato dalla definizione dei Percorsi Terapeutici Diagnostico-Assistenziali (PDTA), previsti sia al punto 2.1.1 "Riorganizzazione delle Reti Assistenziali per intensità di cure" che al punto 2.1.4 "Altre reti assistenziali" del PO 2016/2018 e che prevedono l'integrazione ospedale-territorio.

L'obiettivo principale è rappresentato dalla capacità del SSR di assicurare una presa in carico organizzata e coordinata, garantendo la continuità dell'assistenza.

Sono state pianificate le azioni previste dal progetto con l'avvio di una attività di formazione del personale sul cambiamento organizzativo, orientato al rispetto e alla specificità della persona, sull'accessibilità fisica, vivibilità e comfort dei luoghi di cura, sull'accesso alle informazioni, indirizzate prioritariamente alle seguenti aree assistenziali:

Area critica: preparazione degli operatori impegnati nel primo livello di accoglienza degli assistiti e dei loro familiari e diffusione di modelli comportamentali adeguati nei luoghi di pronto soccorso.

Pediatria: approfondimento degli aspetti relazionali finalizzato a modificare la prassi di tecnico-diagnostici e terapeutici finalizzato a modificare la prassi di accoglimento dei bambini e dei loro familiari, nonché le modalità di approccio agli aspetti tecnico-diagnostici e terapeutici.

Comunicazione: sono stati avviati percorsi finalizzati a fornire a tutti gli operatori una preparazione professionale sui problemi delle relazioni e della comunicazione, con l'obiettivo di promuovere una capillare e trasparente informazione ai cittadini sui servizi che si erogano nelle strutture socio-sanitarie, con l'utilizzo degli strumenti di comunicazione dell'Azienda (carta dei servizi, siti web, bollettini periodici), favorendo anche la condivisione delle regole di funzionamento del SSR e diffondendo la cultura dell'empowerment, quale strumento per compiere in modo responsabile le scelte che riguardano il proprio stato di salute.

Oncologia: le azioni avviate sono state finalizzate al miglioramento della relazione e della comunicazione, quale fondamento del rapporto medico-paziente per gli aspetti verbali e non verbali, per quelli emozionali e comportamentali, che incidono significativamente sulla efficacia della terapia.

Assistenza domiciliare: sono in corso di elaborazione linee guida in grado di orientare la modalità di organizzazione del servizio, di trasmettere le informazioni al paziente e di coinvolgerlo nelle scelte.

Si stanno predisponendo strumenti idonei per la valutazione periodica sul grado di soddisfazione dell'utente in merito all'assistenza ed ai servizi di cui ha fruito, al fine di far emergere e di rimediare ad eventuali lacune o omissioni.

Nel corso del 2016 è stato predisposto un Piano di comunicazione interprofessionale, medico-paziente e con i rappresentanti dei cittadini, "Linee di indirizzo per la buona comunicazione e l'umanizzazione delle cure. P.O. 2016-2018", che prevede l'elaborazione di procedure per la realizzazione di progetti formativi e il coinvolgimento dei pazienti.

Nello sviluppo dei processi di umanizzazione delle cure, all'interno dei percorsi assistenziali, sono state coinvolte le Aziende Sanitarie Provinciali e le Aziende Ospedaliere della Calabria.

Progetto: Riorganizzazione del percorso nascita: integrazione ospedale - territorio

Le Aziende Sanitarie Provinciali ed Ospedaliere della Calabria hanno continuato, nel 2016, quanto intrapreso negli anni precedenti; è stata portata avanti la riorganizzazione del percorso nascita, attraverso il Coordinamento dei Consulenti e dei Dipartimenti Materno Infantile, in alcuni casi inter-aziendali.

L'Accordo Stato-Regioni, del 16 Dicembre 2010, definisce specifiche linee di azione al fine di promuovere e migliorare la qualità, la sicurezza, l'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e ridurre l'incidenza dei tagli cesarei.

La Regione Calabria, in seguito al recepimento del succitato Accordo, ha istituito il coordinamento Regionale per il Percorso Nascita, con DPGR n. 97/11.

Con DPGR n. 28 del 21 marzo 2012, sono state emanate le "Linee guida per la riorganizzazione del percorso nascita", prevedendo l'utilizzo del "Diario della gravidanza", strumento di accompagnamento della donna durante tutto il percorso nascita.

Di conseguenza si è avviata la riorganizzazione del percorso nascita prevedendo che il controllo della gravidanza fisiologica sia affidato al territorio, con opportune articolazioni di ore di attività della struttura consultoriale, demandando al punto nascita dell'Ospedale la gestione della gravidanza a termine (ambulatorio della gravidanza a termine) e della gravidanza a rischio (ambulatorio della gravidanza a rischio ed eventuale ospedalizzazione).

In alcune ASP sono state attivate azioni volte a ridurre il verificarsi della rosolia in gravidanza, in linea con il piano nazionale dei vaccini. È stato realizzato il progetto "Future mamme senza rosolia", con l'obiettivo di sensibilizzare le future mamme e ridurre i rischi di contrarre la malattia e le conseguenti possibili malformazioni congenite.

In seguito alla chiusura di alcuni Punti Nascita, al fine di tutelare le esigenze delle donne, dando seguito a quanto previsto nel DPGR 28/12 "potenziare i Consulenti Familiari afferenti ai Distretti nei quali sono stati disattivati i punti nascita", si è sperimentato in tre Consulenti Familiari (Trebisacce, Rossano e Melito Porto Salvo) un modello operativo, che ha previsto l'apertura dei Consulenti h 12, dalle 08 alle 20 compreso il sabato, con personale e attrezzature adeguati.

Con DCA n. 48 del 3 Giugno 2015 sono stati integrati i componenti del "Coordinamento permanente del percorso nascita".

Le funzioni del Coordinamento permanente del percorso nascita sono:

- coordinamento e monitoraggio delle attività previste dalle linee di indirizzo di cui all' Accordo della Conferenza Unificata del 16 dicembre 2010;
- verifica del recepimento dell'Accordo da parte di tutte le strutture interessate delle Aziende Sanitarie Provinciali, Ospedaliere e Case di Cura accreditate. L'attività finora svolta si integra con quanto previsto nel Piano operativo 2013-2015 nell'attuazione di reti assistenziali per intensità di cura.

Particolare impegno è stato profuso, da tale Coordinamento, nel monitorare quanto realizzato da parte delle diverse Aziende per:

- istituire, presso ogni azienda, il Comitato di Coordinamento per il Percorso Nascita;
- istituire il servizio di parto analgesia;
- attivare gli ambulatori per la gestione della gravidanza fisiologica, gestiti dall'ostetrica presso i Consulenti Familiari;
- attivare gli ambulatori per la gestione della gravidanza a termine presso i punti nascita;
- attivare gli ambulatori per la gestione della gravidanza a rischio presso i punti nascita;
- attivare gli ambulatori per la gestione del puerperio, gestiti dall'ostetrica, presso i punti nascita di secondo livello;
- attivare l'assistenza domiciliare in puerperio da parte dei consulenti familiari;
- stampare e consegnare il diario della gravidanza.

Il coordinamento ha valutato i seguenti documenti, per la loro approvazione tecnica e successiva trasmissione alle competenti strutture, dipartimentale e commissariale, per l'adozione definitiva:

- linee guida regionali sull'organizzazione dello STAM e dello STEN;
- regolamento del dipartimento Materno-Infantile interaziendale;
- raccomandazioni per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato di peso >2500 non correlata a malattia congenita.

Con DCA n.9/15 e n. 30/16, successivamente integrati con DCA 64/2016, è stata approvata, tra l'altro, la Rete del Trasporto Neonatale.

Con DCA n. 48 del 25 maggio 2016 sono state approvate le linee di indirizzo sulla organizzazione del sistema di trasporto Materno Assistito (STAM) e del Sistema in emergenza del neonato (STEN).

Con DCA n. 30/16, successivamente integrato dal DCA 64/2016, è stata definita la rete dei punti nascita.

Con DCA n.64 del 5 luglio 2016 "P.O. 2016-2018 - Intervento 2.1.1.-Riorganizzazione delle reti assistenziali - Modifica ed integrazione DCA n. 30 del 3/03/2016" si è proceduto alla riorganizzazione della rete ospedaliera, rete dell'emergenza urgenza e reti tempo-dipendenti, sia attraverso la progressiva riduzione dei punti nascita con numero di parti inferiori a 500, sia attraverso una maggiore integrazione ospedale-territorio con la valorizzazione dei Distretti, dei Consultori Familiari, dei Dipartimenti Materno-Infantile, della rete di trasporto neonatale, al fine di favorire la demedicalizzazione delle gravidanze a basso rischio.

Progetto: Sicurezza e rischio clinico

La gestione del rischio clinico indica un insieme di attività volte ad identificare, valutare ed eliminare i rischi attuali e potenziali all'interno delle strutture sanitarie, al fine di assicurare elevata qualità delle prestazioni assistenziali e garantire la sicurezza di pazienti ed operatori.

L'attuazione di politiche di governo clinico rappresenta un obiettivo strategico finalizzato a creare maggiore coerenza e trasparenza, a migliorare la qualità dei servizi erogati, a garantire alle istituzioni coinvolte un supporto per definire priorità ed operare scelte di allocazione delle risorse limitate, in modo sistematico, ad operare le cure mediche in piena sicurezza.

La Regione Calabria ha avviato una serie di iniziative finalizzate alla riduzione dei rischi correlati all'assistenza e al miglioramento continuo della sicurezza dei cittadini e degli operatori.

Con DGR n.279/2008, è stato istituito il Centro Regionale per la Gestione del Rischio Clinico e la sicurezza del paziente, definendone organizzazione, obiettivi e compiti, e prevedendo, presso ogni Azienda Sanitaria e Ospedaliera l'istituzione, di un Nucleo Aziendale per la gestione del Rischio Clinico (NARC) con un proprio Risk Manager, nominato dal Direttore Generale.

La successiva DGR n.369/2009 ha definito procedure e azioni per la gestione del rischio clinico.

Nell'anno 2013, per come previsto dai DPGR nn. 96 e 158 del 2012, il Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie ha avviato un'attività di monitoraggio volta alla verifica dell'adozione della checklist di sala operatoria, da parte delle unità operative chirurgiche delle strutture sanitarie pubbliche e private accreditate del Servizio sanitario regionale.

Con DPGR n. 78 del giugno 2013 è stata recepita la raccomandazione n. 12 del Ministero della salute per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci Look-alike Sound-alike (LASA) e approvati indirizzi sulla modalità della loro gestione.

Con DPGR n. 94 del luglio 2013 è stata recepita la raccomandazione ministeriale n.14 per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci antitumorali e centralizzazione della loro preparazione.

Con DCA n.70/2015 è stato approvato il Regolamento Regionale di Gestione del Rischio Clinico.

Con DCA n. 98 del 30 settembre 2015 è stata approvata la procedura di prevenzione e gestione delle cadute di pazienti e visitatori in area sanitaria.

Relativamente agli obiettivi previsti nel P.O. 2016-2018 sono state effettuate le attività di mappatura degli eventi/sinistri verificatesi in azienda negli ultimi anni con elaborazione ed interpretazione dei relativi dati

Particolare attenzione è stata posta al monitoraggio della qualità della documentazione sanitaria al fine di contenere gli eventi avversi e di gestire adeguatamente il contenzioso.

Tutte le Aziende Sanitarie e Ospedaliere della Calabria hanno attivato un sistema di miglioramento della qualità della documentazione sanitaria, basato su programmi di formazione rivolti agli operatori sanitari delle Unità Operative ospedaliere e di monitoraggio e controllo attraverso appositi strumenti di valutazione.

L'attenzione rivolta alla cartella clinica e al consenso informato ha consentito non solo di lavorare sull'analisi, la gestione, la prevenzione e la riduzione dell'errore in ambito sanitario, ma anche di migliorare l'interazione multi professionale degli operatori.

Le Aziende hanno redatto un report sulle azioni intraprese, inviandolo al Settore regionale competente.

La Regione ha provveduto a monitorare l'implementazione delle Raccomandazioni del Ministero della Salute nelle Aziende Sanitarie, raggiungendo il 100% sulle 15 raccomandazioni recepite a livello regionale.

Il monitoraggio, di cui sopra, avviene da parte dei risk manager aziendali attraverso degli appositi questionari i cui esiti vengono trasmessi al Dipartimento Tutela della Salute.

Particolare attenzione è stata posta da parte del Dipartimento in merito alla raccomandazione per la sicurezza in sala operatoria e a quella relativa alla sicurezza nella terapia oncologica.

Nello specifico, relativamente alla prima, sono state avviate procedure di verifica per monitorare il numero delle Unità Operative chirurgiche che utilizzano la Check list in Sala operatoria, rispetto al totale delle UO chirurgiche. Per quanto riguarda la seconda, è stata verificata la centralizzazione della preparazione dei Farmaci antineoplastici. È stata effettuata una rilevazione sul numero delle Strutture sanitarie che erogano prestazioni oncologiche che si avvalgono di Unità Farmaci Antitumorali (UFA) interne al Presidio o esterne al Presidio in Service Aziendale o Interaziendale. Relativamente alla formazione, il dipartimento acquisisce annualmente la documentazione degli eventi formativi effettuati dalle Aziende sulle tematiche relative alla sicurezza dei pazienti.

Le varie aziende sanitarie hanno promosso, soprattutto nei settori della gestione di fragilità e vulnerabilità, un approccio più narrativo alla storia della malattia e del paziente. Nel contempo, al fine di favorire una maggiore trasparenza e anche limitare la conflittualità interna, sono stati attivati audit interdisciplinari e discussione di *case report* oltre che gestionali (dei ricoveri e del contenzioso) e data base per facilitare la condivisione di informazioni inerenti la sicurezza clinica. Rispettando l'autonomia del risk manager ed il contesto clinico da esaminare, sono state fornite indicazioni per facilitare, anche nei processi istruttori, il coinvolgimento dei cittadini e soprattutto dei pazienti per ridurre le distanze tra ospedale, operatori e pazienti ma di più assicurare ogni fonte informativa per elaborare i necessari correttivi.

Progetto: Implementazione della "carta etica" degli operatori sanitari

Con DPGR n.2 del 13 gennaio 2014 si è provveduto alla "Riorganizzazione dei Comitati Etici" al fine di garantire i requisiti minimi fissati con D.M. sanità del 12 maggio 2006, così come modificato dal D.M. sanità del 7 novembre 2008, "Requisiti minimi per l'istituzione, l'organizzazione e il funzionamento dei Comitati etici per le sperimentazioni cliniche dei medicinali" e dal D. M. 8 febbraio 2013 "Criteri per la composizione e il funzionamento dei Comitati etici".

Con DDG del 4.3.2015 n.1574 è stato approvato il regolamento del Comitato Etico Regionale, che è un organo di consultazione e di riferimento per qualsiasi problema di natura etica relativamente alla pratica clinica e alla ricerca biomedica. L'attività consiste nella emissione di pareri vincolanti nel merito delle sperimentazioni cliniche o rispetto a studi osservazionali. Tra le finalità principali del CE viene posta la tutela dei diritti e la sicurezza e il benessere dei soggetti che partecipano a sperimentazioni cliniche.

Il Comitato Etico Regionale articolato nelle seguenti 3 Sezioni :

Comitato Etico Regionale - Sezione Area Nord, con ubicazione presso l'Azienda Ospedaliera "Annunziata" di Cosenza con competenza per:

- Azienda Ospedaliera "Annunziata" di Cosenza;
- Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza;
- INRCA di Cosenza.

Comitato Etico Regionale - Sezione Area Centro, con ubicazione presso l'Azienda Ospedaliero Universitaria "Mater Domini" di Catanzaro e competenza per:

- Azienda Ospedaliera Universitaria "Mater Domini" di Catanzaro;
- Azienda Ospedaliera "Pugliese-Ciaccio" di Catanzaro;
- Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro;
- Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone;
- Azienda Sanitaria Provinciale di Vibo Valentia.

Comitato Etico Regionale - Sezione Area Sud, con ubicazione presso l'Azienda Ospedaliera "Bianchi-Melacrino-Morelli" di Reggio Calabria e competenza per:

- Azienda Ospedaliera "Bianchi-Melacrino-Morelli" di Reggio Calabria;
- Azienda Sanitaria Provinciale di Reggio Calabria.

La predisposizione del Codice Etico ha, come presupposto, l'introduzione di modelli organizzativi comportamentali atti a perseguire fundamentalmente due finalità:

- impedire/ostacolare condotte contrarie alle prescrizioni di legge;
- incentivare la migliore qualità delle attività svolte dalle Aziende, tramite i propri collaboratori.

Le Aziende hanno identificato i principali valori etici aziendali e, in seguito, hanno sviluppato ed adottato la "carta etica" quale strumento per garantire la coerenza tra valori individuati e condivisi e scelte professionali effettuate, dando vita al Codice di comportamento, che definisce e determina la politica di governo dell'Azienda e riunisce i principali valori e le regole comportamentali in cui l'intera Organizzazione si rispecchia, definendo la disciplina generale cui sono soggetti tutti coloro i quali operano direttamente e/o indirettamente, a qualunque titolo, nel contesto aziendale.

Tale codice ha tenuto conto delle regole professionali, concordate con gli operatori per unità organizzativa coinvolta, nel rispetto dei diversi codici deontologici, delle Leggi e dei contratti, valorizzando la formazione e l'esperienza degli operatori al fine di attuare l'umanizzazione delle cure con conseguente aumento del gradimento da parte dei cittadini.

Il codice etico, redatto tra diverse professionalità, tiene conto di una cultura orientata al "cliente" in tutti i processi assistenziali e ha l'obiettivo di migliorare i rapporti tra il personale ed il cittadino. Sono stati effettuati eventi informativi sul codice etico, rivolti sia agli operatori sia alla cittadinanza.

Linea progettuale 3. Cure palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica.

Progetto : Riorganizzazione della rete regionale di cure palliative e terapia del dolore.

La Regione Calabria ha ottemperato alle attività preliminari alla realizzazione del Progetto istituendo, così come previsto nell'Accordo Stato/Regioni del 16 Dicembre 2010 e dal cronoprogramma del progetto stesso, un gruppo di Coordinamento e due sottogruppi (uno per le Cure Palliative e uno per la Terapia del Dolore).

Questi organismi hanno provveduto a contestualizzare quanto già esistente nelle varie province della Regione, nel tentativo di omogeneizzare le reti locali sia per le Cure Palliative sia per la Terapia del Dolore. A tal fine hanno implementato le linee guida regionali e hanno riprogrammato la rete di Hospice.

Con i Decreti Dirigenziali n.11162 e n.11163, del 6 settembre 2011, sono state approvate le Linee Guida per l'attuazione delle Reti di Cure Palliative e di Terapia del dolore, ai sensi della legge 38/2010.

Le reti per la terapia del dolore e delle cure palliative, comprese le cure palliative domiciliari, sono state attuate sulla base della programmazione regionale, tenuto conto delle indicazioni contenute nell'Intesa Stato Regioni del 25 luglio 2012.

Con il DPGR n. 168 dell'8 ottobre 2012 è stata recepita l'intesa Stato Regioni del 25.07.2012, relativa alla definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative necessarie per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore.



Per attivare la Rete di terapia del dolore e delle cure palliative, è stata necessaria una forte azione di integrazione della componente di governo clinico/organizzativo, che risentiva delle differenti esperienze professionali da cui sono originate le singole esperienze ospedaliere e distrettuali.

Con DCA n.30, del 7 maggio 2015, si è recepito l'Accordo Stato/Regioni del 10 luglio 2014 (Rep. Atti n. 87/CSR) con il quale erano state individuate le figure professionali competenti nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore, nonché le strutture sanitarie, ospedaliere e territoriali, e assistenziali coinvolte nelle reti delle cure palliative e della terapia del dolore.

Con D.C.A n.36 del 14/05/2015 è stata approvata la Rete Regionale di Terapia del dolore.

Con DCA n.77 del 06 Luglio 2015 è stata approvata la Rete regionale di cure palliative ed Hospice, e la riprogrammazione dei pl hospice.

Con DCA n. 9 del 14 gennaio 2016 è stata approvata la Rete per le Cefalee, come sub articolazione della Rete di terapia del dolore.

Con DCA n.15 del 04/02/2016 sono state definite le tariffe regionali per le prestazioni in cure palliative.

Con DCA n.81 del 22 luglio 2016, sono stati definiti i requisiti specifici e di personale delle strutture extraospedaliere sanitarie e socio-sanitarie.

Con D.C.A. n. 106 dell'11 ottobre 2016, è stato rettificato il D.C.A. n.77/2015, nella riprogrammazione dei pl degli Hospice.

Con il suddetto decreto, inoltre, si è stabilito di:

- delineare la rete territoriale di Servizi residenziali di Cure Palliative e approvare gli studi di fattibilità degli Hospice di Rogliano, Tropea e Siderno;
- prevedere le risorse finalizzate alla realizzazione di nuove strutture e alla valorizzazione di strutture private già presenti sul territorio, con l'attivazione di 84 posti letto diffusi in tutto il territorio regionale ;
- definire la copertura finanziaria della nuova rete Hospice.

Nell'ambito della formazione ed informazione le Aziende hanno organizzato dei corsi con i propri operatori.

Linea progettuale 4. Piano Nazionale Prevenzione

Piano Regionale della Prevenzione

Con il DCA n.103 del 30 settembre 2015, sono stati recepiti l'Intesa Stato-Regioni (rep. Atti n. 156/csr del 13/11/2014) e l'Accordo Stato-Regioni del 25 marzo 2015 (rep. Atti n. 56/CSR), concernenti il Piano Nazionale per la Prevenzione (PNP) 2014-2018, approvando i documenti:

- allegato 1) Profilo di salute della popolazione calabrese;
- allegato 2) Preliminare individuazione dei programmi regionali del PRP 2014-2018.

Con il DCA n.32 dell'8 marzo 2016, è stato approvato il documento "Piano Regionale Prevenzione (PRP) 2014-2018", che si articola nei seguenti programmi regionali:

Programma 1. Guadagnare salute in Calabria: la salute in tutte le politiche

Programma 2. Screening oncologici

Programma 3. Promozione della salute della donna e del bambino

Programma 4. La prevenzione delle malattie professionali e degli infortuni

Programma 5. Ambiente e salute

Programma 6. Malattie infettive e vaccinazioni

Programma 7. La sicurezza alimentare e sanità veterinaria nel territorio regionale

Programma 8. Governance, organizzazione e monitoraggio del Piano di prevenzione;

A seguito dell'interlocuzione tecnica tra Ministero della Salute e Regione, prevista nell'Accordo Stato-Regioni del 25 marzo 2015 (rep. Atti n.56/CSR), sono state apportate delle modifiche ed integrazioni al documento PRP 2014-2018.

Con DCA n. 49 dell'8 giugno 2016, a seguito di positiva conclusione, è stato approvato documento definitivo PRP 2014-2018.

In ciascun progetto/intervento/azione del PRP è presente una scheda degli indicatori di processo/sentinella, con quantificazione del valore di partenza (baseline), ove disponibile, e dei valori attesi per ciascun anno, nonché un cronogramma riportante la tempistica generale delle attività principali.

Nella stesura del PRP, la definizione di "progetto", "intervento", "azione" non è intesa come un'attività che estrinseca la propria efficacia nell'arco di un tempo definito per poi cessare, bensì come un supporto ad azioni che sono effettuate, a regime, in forma sistematica e quale Livello Essenziale di Assistenza, ai fini della capacità di tutela della salute della popolazione e di prevenzione dalle malattie.

Il raggiungimento degli obiettivi fissati, misurando il valore osservato degli indicatori di processo e di risultato, mira a standardizzare, a livello di ciascuna ASP, le attività previste nei diversi programmi.

Analogamente le alleanze e le reti multidisciplinari, finalizzate alle attività trasversali, rimangono stabilmente nell'organizzazione delle Aziende Sanitarie e dei relativi Servizi/Uffici, per consentire la continuità dell'approccio complessivo alla salute in tutte le politiche.

Con l'approvazione del DDG n°10176 del 17 agosto 2016, si è definita la costituzione di un "gruppo regionale di coordinamento" del quale fanno parte anche i Direttori dei Dipartimenti di Prevenzione delle AA.SS.PP. Si è data, così, attuazione allo "strumento di governance" utile allo sviluppo di linee di indirizzo per le singole tematiche e/o per gli specifici obiettivi, per le attività di coordinamento, nonché per favorire l'uniformità degli interventi, le attività di monitoraggio continuo per la tenuta sotto controllo dei dati delle sorveglianze, degli indicatori di processo e di quelli sentinella.

Riguardo a quanto sopra descritto, con nota prot. 207923 del 23/06/2017 il Dipartimento ha trasmesso la documentazione relativa alla rendicontazione delle attività svolte dalle Aziende sanitarie nell'anno 2016, per come previsto dal documento per la valutazione del Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018 di cui all'Accordo Stato-Regioni del 25 marzo 2015, al punto 4.3 e al punto 5.3.

Con Nota 23362 del 28/7/2017 il Ministero della Salute, facendo seguito alla propria nota 0000927-12/01/2017-DGPRES-MDS-Pv del 12/01/2017 e valutata la documentazione trasmessa dalla Regione, eseguito il calcolo dello scostamento tra valori osservati e standard al 2016 degli indicatori "sentinella" individuati, ha comunicato che la Regione Calabria risulta certificata per l'anno 2016, in relazione al PRP, in quanto il 77% degli indicatori sentinella di tutti i programmi presenta uno scostamento, tra valore osservato e standard, non superiore al 20%.

L'avvio, da parte delle Aziende Sanitarie Provinciali, delle attività previste negli otto Programmi del PRP, ha contribuito anche al perseguimento degli obiettivi prioritari del Programma Operativo 2016-2018.

Per quanto attiene l'area "riorganizzazione dell'attività di prevenzione" del P.O. 2016-2018 e, precisamente, Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare, Screening oncologici e Coperture Vaccinali, sono state realizzate alcune azioni supplementari di seguito specificate:

1. nell'area della Sanità Veterinaria e Sicurezza alimentare, è stato approvato il DCA n. 133 del 19/12/2016 con il quale, sulla base dei riscontri effettuati presso i competenti Servizi AA.SS.PP. in sede di audit regionali e di verifica dell'efficacia dei controlli, sono state fornite disposizioni puntuali circa l'Organizzazione dei Controlli e delle Autorità Competenti;

2. nell'area degli screening, è stato ridefinito il Centro Regionale per gli Screening Oncologici, con DDG n. 10075 del 12 agosto 2016, con l'obiettivo di portare a pieno compimento quanto previsto dal DCA n. 50/2015 e DCA n. 126/2015;

3. nell'area delle vaccinazioni, al fine di completare il processo di razionalizzazione dei centri vaccinali, con nota n. 368302 del 7 dicembre 2016, è stato inviato alle Aziende uno specifico schema di report. Per la vaccinazione anti-influenzale 2016-2017 è stata attivata la campagna di comunicazione mediante manifesti e opuscoli informativi. Sono stati così stampati e consegnati alle AA.SS.PP. n. 6.000 manifesti e n. 20.000 brochure.

Azioni di "supporto al Piano Nazionale della Prevenzione"

Nel programma 8. *Governance, organizzazione e monitoraggio del Piano di Prevenzione*, insistono le Azioni di supporto al Piano Nazionale della Prevenzione, che si effettuano mediante il sostegno al funzionamento dei tre network: Osservatorio Nazionale Screening (ONS), Network Italiano Evidence-based Prevention (NIEBP), Associazione italiana dei registri tumori (AIRTum). Nella Regione Calabria, tutte le Aziende Sanitarie Provinciali hanno provveduto ad impegnare il 5 per mille, finalizzato alle azioni di supporto al PRP, della quota assegnata, a ciascuna ASP, annualmente per il PRP, dalle risorse dell'art. 1, comma 34 e 34 bis della legge 662/1996 per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale.

Con la Legge Regionale del 12 febbraio 2016, n. 2 è stato costituito il Registro Tumori di popolazione della Regione Calabria, che si articola nella rete dei Registri Tumori sub-regionali : Cosenza-Crotone, Catanzaro-Vibo Valentia e Reggio Calabria, al fine di assicurare la copertura di tutto il territorio regionale.

Con la legge regionale su richiamata è stato istituito il Centro di coordinamento regionale, presso l'Azienda sanitaria Provinciale di Catanzaro, composto dal Direttore Generale del Dipartimento Tutela della Salute della Regione Calabria (o un suo delegato), dai Responsabili dei Registri di Cosenza, Catanzaro, Reggio Calabria, e delle sub articolazioni di Crotone e Vibo Valentia, dal Direttore generale dell'Arpacal (o un suo delegato), dall'Assessore Regionale Tutela dell'ambiente e dal Presidente dell'AIRTum (o un suo delegato), con il compito di supportare la messa a regime dei registri e il miglioramento-mantenimento dello standard per i RT già accreditati o in corso di accreditamento.

Per quanto riguarda le iniziative di collaborazione con AIRTum, sono state realizzate, nel 2016, le azioni di supporto al PRP attraverso la messa a regime dei registri tumori della Calabria.

Sono stati accreditati AIRTum, in aggiunta a quello di Catanzaro, i registri tumori Provinciali di Cosenza-Crotone e di Reggio Calabria.

Sono state avviate le attività per l'accreditamento del registro tumori dell'Asp di Vibo Valentia e si è provveduto all'installazione ed assistenza del software CRTOOL, con la formazione degli operatori e l'implementazione delle attrezzature informatiche.

E' stato realizzato presso la sede dell'ASP di Crotone un corso di formazione finalizzato a standardizzare la metodologia della rilevazione oncologica su tutto il territorio regionale.

Sono state acquisite tecnologie avanzate per il raffronto dei dati con le altre realtà territoriali, per la produzione di dati accreditati in tempo reale e per valutare l'impatto ambientale di eventuali fattori di rischio sullo stato di salute della popolazione residente, in collaborazione con Arpacal e con il Dipartimento Ambiente della Regione Calabria.

L'ASP di Catanzaro ha stipulato una convenzione con AIRTum per la individuazione di codificatori impegnati per la raccolta di variabili aggiuntive, utili per la partecipazione a studi nazionali ed internazionali.

L'ASP di Reggio Calabria nel 2016 ha condotto lo studio " Comunicazione, tumori e ambiente, Registro Tumori e Agenzia Regionale Protezione Ambiente: Il caso Africo", presentato a Catanzaro nella Riunione Scientifica Annuale dei Registri Tumori.

In riferimento alle attività da svolgere con ONS (Osservatorio Nazionale Screening) sono state avviate le azioni di collaborazione finalizzate ad estendere il numero dei pazienti che aderiscono alle campagne di screening.

L'ASP di Cosenza ha provveduto ad effettuare una campagna di promozione dello screening del cancro della mammella, nel 2016, con l'utilizzo dell'Unità Mobile di mammografia. Sono state convocate tutte le donne del territorio, in collaborazione con l'Ente Comune di San Nicola Arcella e nel 2017 sono state realizzate tre giornate di divulgazione e promozione delle attività di screening del cancro della mammella, in collaborazione con l'associazione "Sanità e vita".

Inoltre l'ASP di Cosenza ha provveduto ad effettuare un corso di formazione accreditato E.C.M in 3 edizioni "screening oncologici nell'ASP di Cosenza" ed 1 edizione: "riorganizzazione del servizio nell'ASP di Cosenza".

Il NIEBP (Network Italiano per la Evidence-Based Prevention) è stato contattato dalle Aziende Sanitarie calabresi allo scopo di ottenere il supporto a diffondere le attività di sviluppo metodologico e di messa a punto di strumenti (ad es. linee guida) finalizzati ad introdurre,

all'interno dei servizi e della comunità degli operatori sanitari, una cultura e una pratica basata sull'evidenza, tenendo conto degli aspetti peculiari della Regione Calabria.

Linea progettuale 5. Gestione della cronicità

Progetto: Modalità organizzative del lavoro in rete per la gestione delle patologie croniche

Le malattie croniche causano nel mondo il 60% di tutti i decessi (circa 35 milioni). Com'è noto, queste malattie hanno pesanti ricadute in termini di qualità della vita e comportano anche rilevanti disagi economici per i singoli individui, le loro famiglie e per i sistemi sanitari.

I modelli di cura si basano su un approccio "proattivo", mirato ad evitare o rinviare nel tempo la progressione della malattia; a promuovere l'empowerment del paziente (e della comunità) e la qualificazione del team assistenziale (sanitario e sociale).

Gli strumenti di "governo clinico" individuati per tali obiettivi sono:

il *Disease Management* approccio sistemico e integrato che implica un'azione coordinata tra tutte le componenti e tra tutti gli attori del sistema assistenziale, che, seppur con responsabilità diverse, sono chiamati a sviluppare interventi mirati verso comuni obiettivi;

il *Chronic Care Model* individua in modo puntuale le variabili fondamentali che rendono possibile un approccio "sistemico" alle malattie croniche, in quanto muove tutte le leve organizzative ed operative per promuovere un approccio appropriato da parte degli operatori. Pone in un unico quadro d'insieme tutti quei fattori organizzativi ed operativi, del sistema sanitario e della comunità, che risultano predisponenti all'azione efficace delle "persone" (gli operatori ed i pazienti), dalle cui attività scaturiscono i risultati attesi;

il *Chronic Care Model*, collocato nella rete assistenziale, riconosce nel setting delle Cure Primarie (Medicina Generale, Pediatria di libera scelta, Medici di Continuità Assistenziale) una delle componenti fondamentali nella erogazione dei servizi sul territorio.

Gli strumenti di traduzione organizzativa ed operativa del Chronic Care Model e del Disease Management sono: Percorsi Assistenziali (PA) e la Gestione Integrata della malattia.

Obiettivo prioritario del Sistema Sanitario Regionale è la gestione sul territorio delle patologie croniche, con particolare riferimento a quelle gravi e invalidanti al fine di evitare ricoveri inappropriati (intesi come ricoveri ospedalieri che non sono in grado di modificare in senso positivo il decorso clinico, anche quando effettuati per pazienti "gravi").

A tal fine è prioritaria la diffusione di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA), intesi come contestualizzazione di linee guida relative ad una patologia o problematica clinica, nella specifica realtà organizzativa, tenuto conto delle risorse ivi disponibili. I PDTA sono strumenti atti a descrivere obiettivi ed azioni condivisi tra le varie componenti coinvolte nella presa in carico (sia operanti nel Distretto, sia negli Ospedali), finalizzati a delineare il migliore percorso praticabile in termini di appropriatezza, privilegiando un'ottica di processo piuttosto che di singoli episodi di cura.

Le reti assistenziali per intensità di cure sono state definite nel documento di "riorganizzazione della rete ospedaliera, della rete dell'emergenza urgenza, delle reti tempo-dipendenti" (Reti SCA, Stroke, Trauma e Trasporto Neonatale), approvato con DCA n° 9 del 02/04/2015, successivamente integrato dal DCA n. 38 del 14/05/2015, in ottemperanza a quanto previsto dal Programma 13 – reti assistenziali per intensità di cure, P13.1) Individuazione dei presidi secondo il modello Hub & Spoke secondo la logica dell'intensità delle cure (es. rete trauma, oncologia, ictus, trapianti).

I primi PDTA definiti riguardano le seguenti patologie: BPCO (DCA n. 11 del 2 aprile 2015), ictus ischemico (DCA n. 12 del 02/04/2015) e Diabete (DCA n. 13 del 2 aprile 2015).

Successivamente, con DCA n. 75 del 06/07/2015, è stato approvato il PDTA per la Sindrome Coronarica Acuta (SCA).

Con DCA n. 9 del 14/01/2016, è stata approvata la "Rete delle cefalee - percorso diagnostico-terapeutico per il soggetto con cefalea".

Nel Programma Operativo 2016-2018, approvato con DCA n. 119 del 4.11.2016, al fine di migliorare la gestione delle cronicità, al punto 2.1.3 reti tempo dipendenti, sono state definite le azioni da intraprendere.

Con il DCA n. 30 del 3 marzo 2016, sono state approvate le reti : SCA Sindrome coronarica acuta, Stroke, Politrauma e trasporto neonatale.

Con DCA 64/2016 è stata effettuata la modifica ed integrazione della riorganizzazione delle reti assistenziali, Intervento 2.1.1 del P.O. 2016-2018, approvate con i DCA 9/15 e 30/16.

L'approvazione della nuova rete territoriale, DCA n. 113 del 3.11.2016, ha consentito di avviare un percorso di modulazione degli interventi, in ragione della stratificazione del rischio. Ciò ha permesso una più appropriata definizione dei processi di personalizzazione degli interventi di cura e, quindi di assicurare una più generale appropriatezza di livello. E' auspicabile che si concretizzi una marcata azione di prevenzione delle cronicità/fragilità.

I PDTA in corso di elaborazione riguardano: percorso cardiologico per patologie croniche (lo scompenso), la rete riabilitazione e lungodegenza.

Sono in corso di approvazione i PDTA riguardanti la Sclerosi Multipla, il Politrauma e il piede diabetico, elaborati dai gruppi tecnici.

Sono stati predisposti i documenti relativi alla rete assistenziale diabetologia e alla rete reumatologica integrata Ospedale-Territorio Hub/Spoke, in corso di approvazione.

Progetto : Definizione modello di offerta delle prestazioni riabilitative : Istituzione rete riabilitativa

In continuità con quanto sperimentato nell'ASP di Catanzaro con il progetto "Modello sperimentale di strutture integrate per la continuità delle cure riabilitative", approvato con DGR 582 del 6.9.2010 e DGR n. 255 17.6.2011, che ha prodotto alcuni interessanti ed importanti effetti sugli aspetti relativi all'integrazione delle strutture sanitarie nel percorso riabilitativo delle più frequenti condizioni che generano disabilità, con il presente progetto si è inteso favorire una maggiore omogeneità delle risposte riabilitative e una chiara articolazione del percorso di cura nei diversi setting assistenziali, dal ricovero in acuto alla dimissione e alla presa in carico territoriale (domiciliare o residenziale). Ciò al fine di dare completa attuazione, sull'intero territorio regionale, del Piano di indirizzo per la riabilitazione, del 10 febbraio 2011, recepito con DPGR n. 163 del 18/09/2012, per come previsto dal P.O. 2013-2015, al Programma 13. "Reti assistenziali per intensità di cura" che, al punto 3) Reti per percorsi di cura a forte integrazione ospedale-territorio, prevede la realizzazione della rete di riabilitazione e lungodegenza.

La Regione ha istituito un gruppo di lavoro con decreto dirigenziale del 28.12.2012, n. 16926, per le attività di riabilitazione che si è attivato a predisporre le linee guida regionali e specifici percorsi assistenziali.

L'avanzamento dei precedenti progetti ha evidenziato come tale lavoro vada trasformato e completato, tenendo presenti le indicazioni del Piano d'Indirizzo (PINDRIA), attraverso la sperimentazione di un più profondo e completo processo d'integrazione delle strutture che consenta di estendere i criteri adottati nei precedenti progetti a quante più possibili condizioni di disabilità, comprese quelle di tipo respiratorio, cardiologico e perineale, in ambito riabilitativo, coinvolgendo oltre gli aspetti sanitari e socio sanitari anche quelli socio assistenziali.

La sperimentazione si è realizzata nell' ambito territoriale dell'ASP di Catanzaro e ha coinvolto tutte le strutture della suddetta ASP e le Aziende Ospedaliere insistenti nella suddetta area geografica (A.O. Pugliese-Ciaccio, A.O.U. Mater Domini).

Il gruppo di lavoro iniziale è stato integrato con specialisti medici di varie discipline e professionisti della riabilitazione, ed ha provveduto a censire e stendere una prima mappa delle strutture esistenti, seguendo un criterio di distinzione delle strutture in relazione al loro possibile intervento nel percorso terapeutico, dal momento acuto o della diagnosi al ritorno del paziente al suo domicilio ed alla sua vita quotidiana.

Il gruppo ha predisposto le bozze di alcuni profili di cura, tenendo presente da un lato la letteratura scientifica dall'altra l'esperienza maturata sul campo dai vari professionisti presenti; nello specifico, il primo è relativo alla disabilità conseguente ad ictus cerebri, il secondo al percorso di recupero dopo protesizzazione elettiva dell'anca. E' stato perfezionato il Percorso Riabilitativo post-ictus attraverso la collaborazione tra neurologi e fisioterapisti e si è compiuta una prima

sperimentazione di utilizzo, in compartecipazione tra Università Magna Graecia, Azienda Sanitaria Provinciale e A.O. Pugliese-Ciaccio nel territorio di Catanzaro.

In prosecuzione con quanto già realizzato in precedenza, il gruppo di lavoro ha identificato la necessità d'individuare, all'interno della complessiva Rete delle strutture regionali di riabilitazione, sottoreti di strutture più specificatamente dedicate alla presa in carico delle persone con disabilità da malattie neurodegenerative del Sistema Nervoso, quali la Sclerosi Multipla ed il Morbo di Parkinson, per cui aveva elaborato bozze di percorsi riabilitativi. In maniera analoga ha predisposto la proposta anche del Post-Ictus.

Sono stati elaborati dei questionari, da inviare in primis alle strutture di riabilitazione territoriale, al fine di conoscere la loro situazione nei riguardi delle risorse logistiche, di personale, di competenze professionali e di strumentazione utile per una presa in carico e trattamento adeguati di questa tipologia di pazienti disabili.

Il questionario relativo alla Sclerosi Multipla ha visto la partecipazione attiva dell'AIMS Regionale e Nazionale.

Si è scelta la via dell'adesione volontaria a quest'ipotesi di rete, piuttosto che un'azione normativa diretta, nella convinzione che, per la realizzazione efficace della rete, vadano valorizzati gli elementi motivazionali e vocazionali di ciascuna struttura. Questi sosterranno la modificazione dei comportamenti e la necessità di completamento della formazione.

L'analisi delle risposte delineano i primi nodi efficaci della Rete per singole condizioni.

Le indicazioni sui percorsi già completate si sono inoltre concretizzate nel PDTA Ictus e nel PDTA per la SM in corso di approvazione.

Vanno, inoltre, considerati i progressi della struttura "Polo integrato Centro Protesi" che si sta concretizzando in stretta collaborazione INAIL-ASP di Catanzaro, che prevede una linea di continuità diretta tra momento acuto ospedaliero e ospedalizzazione post-acuta di riabilitazione, in una possibile integrazione tra Ospedale, ASP di CZ, A.O.U. Mater Domini e, successivamente, con l'attuale A.O. Pugliese - Ciaccio.

L'attività finora svolta si integra con quanto previsto sia nel Programma 13 del Piano operativo 2013-2015, sia con quanto previsti al punto 2.1.4.5 *Rete riabilitazione e lungodegenza* del P.O. 2016-2018, approvato con DCA n. 119 del 4.11.2016, nell'attuazione di reti per percorsi di cura a forte integrazione ospedale-territorio.

In riferimento all'obiettivo prioritario rappresentato dalla *Rete riabilitazione e lungodegenza* (punto 2.1.4.5 del P.O.2016-2018) si sta procedendo all'approvazione del documento di programmazione della rete riabilitativa e dei relativi PDTA.

Progetto : Messa a regime del servizio di assistenza domiciliare di pazienti in stato vegetativo (SV) e stato di minima coscienza (SMC)

Con il progetto "Modello per la gestione e l'assistenza integrata di pazienti cronici in stato vegetativo e stato di minima coscienza nella regione Calabria", denominato "OBERON", è stato definito, messo a punto e sperimentato un modello per la gestione e l'assistenza integrata di pazienti cronici in SV e SMC.

Le attività di sperimentazione delle procedure e i protocolli messi a punto con OBERON, in Lungodegenza Specializzata SUAP e per l'assistenza domiciliare, hanno fornito una serie di risultati che hanno richiesto una sperimentazione più estesa in termini di durata.

Il progetto "Prolungamento della sperimentazione del modello per la gestione e l'assistenza integrata di pazienti cronici in SV e SMC nella Regione Calabria", denominato OBERON 2.0, ha prolungato la sperimentazione del modello gestionale messo a punto con il progetto OBERON.

OBERON 2.0 rappresenta di fatto la naturale evoluzione dell'esperienza realizzata negli anni 2009-2011 in cui è stato definito, messo a punto e sperimentato un modello per la gestione e l'assistenza integrata di pazienti cronici in SV e SMC.

L'obiettivo del prolungamento della sperimentazione è stato quello di consolidare tali procedure e di dividerle, quanto più possibile, con il sistema pubblico con il fine ultimo di individuare un percorso per formalizzare, a livello regionale, le procedure e gli strumenti di supporto delle stesse

(modulistica, sistemi sw, etc), ed istituzionalizzare il servizio. E' stato, inoltre, possibile affinare lo studio sulla tariffa di ospedalizzazione domiciliare.

Nello specifico il progetto OBERON 2.0 ha:

- a) proseguito la sperimentazione nel reparto di Lungodegenza Specializzata SUAP attraverso la realizzazione delle seguenti attività:
- Ottimizzazione del Piano di Sperimentazione in SUAP
 - Sperimentazione in SUAP dei protocolli ottimizzati per l'assistenza medica e per la valutazione delle condizioni di coscienza
 - Sperimentazione in SUAP dei protocolli di monitoraggio automatizzato di parametri vitali
 - Sperimentazione in SUAP di protocolli innovativi per la valutazione dell'efficacia e dell'efficienza di fattori prognostici, legati ad ambiti di nutraceutica e di proteomica
 - Analisi della sperimentazione svolta in SUAP e formalizzazione in reparto delle procedure e dei protocolli sperimentati
- b) proseguito la sperimentazione del servizio di assistenza domiciliare, ottimizzando le procedure, i protocolli, la modulistica e le tecnologie a supporto del servizio di assistenza domiciliare, per il loro successivo utilizzo nella fase di messa a regime.

Le attività svolte sono state:

- Prolungamento della sperimentazione dei protocolli di monitoraggio automatizzato dei parametri vitali, di assistenza medica e di gestione delle ADISV
- Metodologia di classificazione dei pazienti per la definizione delle frequenze ottimali di visita
- Definizione del modello organizzativo ottimizzato, dei ruoli e delle funzioni degli attori coinvolti
- Aggiornamento delle Procedure e dei sistemi sperimentati nella A.2.1
- Sperimentazione delle procedure ottimizzate preliminare alla messa a regime del servizio
- Attività formative e di comunicazione
- Monitoraggio costi e definizione della tariffa per l'assistenza domiciliare
- Analisi della sperimentazione svolta a domicilio e formalizzazione della documentazione amministrativa per la messa a regime

Terminata la fase di prolungamento della sperimentazione, il progetto/servizio si trova ora in una fase di transizione, nell'attesa che lo stesso venga trasformato in servizio del SSR, attraverso l'integrazione tra Istituto S. Anna e le ADI delle 5 province calabresi, con il conseguente riconoscimento di una apposita tariffa.

Di seguito si rappresenta la situazione di arruolamento pazienti nelle diverse fasi progettuali, fino alla data del 31/12/2016:

	Pazienti arruolati	Pazienti deceduti	Pazienti in carico	Pazienti usciti dal progetto
Oberon	52	12	39	1*
Oberon 2.0	6	2	45	0
Oberon transizione	0	3	42	0
TOTALE	58	17	42 **	1

* Paziente trasferito con la famiglia in altra nazione

** Alla data del 31/12/2016 un paziente risulta formalmente arruolato, ma ricoverato presso ISA per esigenze cliniche/assistenziali

Di fatto si è attivato un processo per la elaborazione e formalizzazione di tutti gli atti necessari a trasformare il servizio da sperimentale a ordinario, attraverso l'applicazione delle procedure definite e formalizzate con OBERON 2.0 per l'erogazione del servizio a regime in tutte le Aziende sanitarie della Calabria.

Le attività di OBERON 2.0 si sono protratte fino al 31 maggio 2016; prima del termine, con nota prot. n. 126296/SIAR del 18 aprile 2016, la Regione Calabria ha comunicato all'Istituto S. Anna e alle ASP provinciali la prosecuzione delle attività di assistenza, fornite durante la fase sperimentale ai pazienti già in trattamento, in attesa di formalizzare gli atti necessari alla trasformazione del servizio da sperimentale a istituzionalizzato, con il riconoscimento della tariffa

e la messa a punto delle procedure per i rimborsi e nelle more della definizione dei requisiti di accreditamento dell'ADI.

Con proprio atto deliberativo, ciascuna ASP ha approvato e sottoscritto l'accordo da stipulare con l'Istituto S. Anna, per la prosecuzione delle attività di assistenza domiciliare assicurata ai pazienti coinvolti. Allo scopo di garantire continuità a tali attività, è stato stabilito che ogni accordo avesse validità a far data dal 1 giugno 2016, con durata di un anno dalla sua sottoscrizione, rinnovabile secondo la normativa vigente, fatto salvo la disdetta di una delle due parti da effettuarsi almeno tre mesi prima della scadenza e comunque dandone motivazione.

In base a quanto definito in fase sperimentale, il servizio OBERON si articola nella assistenza domiciliare di pazienti in stato vegetativo e in stato di minima coscienza, attraverso l'integrazione tra: visite a domicilio di una equipe remota, il telemonitoraggio automatizzato di parametri vitali e il teleconsulto dalla centrale operativa dell'ISA, allestita presso la sede di Poggio Pudano, detta UOS (Unità Operativa Speciale).

L'equipe remota è composta da un medico specialista, un infermiere professionale, un terapeuta della riabilitazione e un assistente domiciliare per lo stato vegetativo (ADOSV) ed effettua visite con frequenza diversa a seconda delle condizioni cliniche del paziente.

Il medico e l'ADOSV sono messi a disposizione dall'ISA, mentre l'infermiere e il terapeuta dalle singole ASP.

Il telemonitoraggio è garantito attraverso l'installazione, a domicilio, di apparati sensoristici collegati via web con la piattaforma installata presso l'UOS. I parametri vitali vengono rilevati nelle 24 ore, mentre nella fascia oraria 8.00 – 20.00 è garantita la presenza del personale medico e paramedico in forza all'UOS. I tecnici della UOS garantiscono, inoltre, un'assistenza da remoto e, laddove necessario, on site per il costante funzionamento delle apparecchiature installate a domicilio.

Il teleconsulto, attraverso videochiamate mirate, serve a verificare le condizioni generali del paziente e a supportare la famiglia dell'assistito.

Alla data del 31/12/2016 risultavano arruolati 42 pazienti, così distribuiti:

- 23 pazienti provincia di Crotone;
- 6 pazienti provincia di Catanzaro;
- 6 pazienti provincia di Cosenza;
- 3 pazienti provincia di Reggio Calabria;
- 4 pazienti provincia di Vibo Valentia.

Si precisa che, dei 5 pazienti della provincia di Vibo Valentia, un paziente risulta formalmente arruolato ma è ricoverato presso ISA per esigenze cliniche/assistenziali dalla data del 28/07/2014.

Progetto : La presa in carico dei soggetti fragili

Obiettivo del presente progetto è la creazione, nell'ambito della realizzazione della nuova rete territoriale e della rimodulazione organizzativa della medicina generale, dei presupposti volti alla prevenzione - diagnosi precoce - case management delle condizioni di cronicità al fine di prevenire e ridurre l'impatto assistenziale delle condizioni di fragilità/cronicità.

Le procedure operative per la presa in carico delle persone fragili sono indicate nel Punto 2,1.4 la rete assistenza territoriale del Programma Operativo 2016-2018 .

Con i DCA n. 76/2015 e n.113/2016 relativi alla "Riorganizzazione della Rete Territoriale" è stato previsto un nuovo assetto della rete di offerta di servizi territoriali, dell'integrazione tra ospedale e territorio e la nuova organizzazione territoriale dei distretti e delle UCCP e AFT.

Nel dettaglio sono state definite le seguenti reti:

- assistenza residenziale e semiresidenziale per anziani;
- assistenza territoriale residenziale e semiresidenziale per disabili;
- riabilitazione estensiva extraospedaliera;
- residenzialità e semiresidenzialità per le dipendenze patologiche;
- assistenza territoriale per pazienti psichiatrici.

Con DCA n. 130 del 16.12.2015 sono state approvate le linee guida per l'adozione degli atti aziendali delle Aziende del Servizio Sanitario della Regione Calabria, al fine di fornire alle Aziende criteri condivisi per l'adozione dei singoli atti aziendali, nell'ambito dei quali esplicitare la propria autonomia organizzativa.

In ogni Azienda sono stati riorganizzati i dipartimenti e, a livello territoriale, i Distretti, che da una parte garantiscono continuità nei processi di cura con l'ambito ospedaliero (continuità assistenziale), dall'altra concretizzano l'integrazione con la componente sociale al fine di completare un adeguato sistema delle cure primarie. La scelta organizzativa rispecchia quanto delineato con il DPGR n°12/2011, che ha formalizzato il complessivo processo assistenziale di accesso al sistema curante PUA (Punto Unico di Accesso), la valutazione multidimensionale dei bisogni assistenziali con l'introduzione delle schede S.Va.M.A. e SVAMDI, la definizione dei piani assistenziali individualizzati (PAI), con peculiare riferimento all'assistenza domiciliare.

A supporto di tale logica assistenziale, nella Regione è attiva una piattaforma informativa S.I.GE.Mo.N.A. (Sistema Integrato per la Gestione ed il Monitoraggio delle persone Non Autosufficienti), dedicata all'assistenza territoriale, che garantisce l'informatizzazione dei PUA, delle UVM (Unità di Valutazione Multidimensionale), dei servizi di assistenza domiciliare, della residenzialità, della salute mentale, dei consultori, della neuropsichiatria infantile, delle cure palliative. La piattaforma S.I.GE.Mo.N.A. fornisce un quadro in tempo reale su tutte le prestazioni fornite alle persone non autosufficienti, assicura il coordinamento per la programmazione degli interventi e fornisce una mappatura dei bisogni espressi dal territorio. Attraverso i moduli di gestione dei servizi che garantiscono i differenti livelli assistenziali vengono generati i flussi SIAD, FAR e SISM.

Sono stati elaborati:

- una procedura regionale di dimissioni protette ospedale - territorio (schema tipo da contestualizzare nelle singole realtà assistenziali);
- una rete regionale dei Punti Unici di Accesso;
- un format regionale di formazione per medici di medicina generale - operatori distrettuali sui temi dell'accesso al sistema curante (PUA) e della valutazione multidimensionale dell'adulto/ dell'anziano e del disabile (S.Va.M.A. - S.Va.M.Di.);
- un regolamento regionale di funzionamento dei servizi distrettuali di assistenza domiciliare, completo di standard di servizio e tariffazione per livelli di intensità assistenziale.

L'attività finora svolta si integra con quanto previsto nel Piano operativo 2016/2018, approvato con DCA 63 /16 ed integrato con DCA 119/16, al punto 2 Obiettivi prioritari 2.1 area riorganizzazione delle reti assistenziali.

Si è proceduto ad una più appropriata definizione dei processi di personalizzazione degli interventi di cura e, di conseguenza, è stata assicurata una più generale appropriatezza di livello.

Progetto: Implementazione di percorsi diagnostico-assistenziali e di supporto per migliorare la vita delle pazienti con endometriosi infiltrante

La Regione Calabria, nell'ambito delle proprie competenze, riconosce la rilevanza sociale dell'endometriosi, ne promuove la conoscenza fra i medici e nella popolazione, ne agevola la prevenzione, la diagnosi e la qualità delle cure, adotta provvedimenti finalizzati all'esenzione dalla partecipazione al costo per prestazioni effettuate dal servizio sanitario regionale, sostiene la ricerca scientifica e le attività delle associazioni e del volontariato dedicate ad aiutare le donne affette da tale malattia.

La gestione della paziente con DIE è assai complessa sia per ragioni prettamente cliniche che psicologiche, diagnosi e trattamento dovrebbero essere effettuate solo in centri specializzati. In Calabria non esiste ad oggi un centro specializzato di riferimento per la prevenzione, la diagnosi e la cura dell'endometriosi in generale, e dell'endometriosi infiltrante, nello specifico.

Il presente progetto è stato proposto con il DCA 59 del 28.6.2016 ed aveva l'obiettivo di:

- informare le donne della esistenza della malattia, dei sintomi e segni con cui la patologia si presenta, e dove curarla.

- creare un Centro Regionale di riferimento per la prevenzione, la diagnosi, la cura e la ricerca dell'endometriosi infiltrante
- Definire e diffondere comuni protocolli diagnostici e terapeutici efficaci nella riduzione del dolore e nel preservare il potenziale riproduttivo.
- Potenziare l'expertise del personale operante nel Centro di Riferimento, formare ed addestrare medici specialisti (ginecologi, urologi, chirurghi, patologi, radiologi) medici di medicina generale, psicologi e personale infermieristico dei distretti periferici della Rete Assistenziale Regionale.
- Creare un Registro Regionale di patologia che garantisca la completezza, l'omogeneità dei dati, nonché il controllo dell'attività clinica su tutto il territorio e renda più facile l'accesso ai dati per studi clinici, epidemiologici, ricerca scientifica e dati statistici.

Per far fronte a tutti gli obiettivi previsti nel progetto che coinvolgono anche l'organizzazione della rete ospedaliera, in terza Commissione Consiliare (Sanità) è stata predisposta ed approvata una proposta di legge regionale, che deve essere discussa dal Consiglio Regionale. La proposta di legge prevede:

- Istituzione di una Commissione regionale dell'endometriosi con il compito di :
 - a) predisporre apposite linee guida per il percorso diagnostico-terapeutico multidisciplinare sulla base della Evidence based medicine (EBM) e per il follow-up delle pazienti affette da endometriosi;
 - b) valutare le condizioni a costruire una rete sanitaria diagnostico-terapeutica tra centri di eccellenza e servizi territoriali finalizzata a seguire le donne nelle varie fasi della malattia, compresi i risvolti psicologici e sociali ad essa connessi, garantendo loro la migliore ed adeguata assistenza;
 - c) elaborare programmi per la formazione e l'aggiornamento dei medici e per l'informazione delle pazienti;
 - d) predisporre campagne di sensibilizzazione ed educazione sanitaria anche nelle scuole;
 - e) individuare azioni e iniziative per la prevenzione delle complicanze dell'endometriosi;
 - f) analizzare i dati del Registro regionale e redigere una relazione annuale sul monitoraggio dell'endometriosi;
 - g) sostenere l'Assessorato nell'individuazione e promozione di azioni e iniziative per la prevenzione delle complicanze dell'endometriosi, in particolare nei luoghi di lavoro.
- Il Registro regionale dell'endometriosi per la raccolta e l'analisi dei dati clinici e sociali riferiti all'endometriosi

Stante la complessità organizzativa per l'attuazione del progetto, sono stati realizzati eventi ed incontri tematici dalla prevenzione, alla diagnosi ed alla cura, per promuovere la conoscenza fra i medici e nella popolazione.

Si è discusso sui criteri e le modalità per dare avvio ad un Registro regionale dell'endometriosi per la raccolta e l'analisi dei dati clinici e sociali riferiti all'endometriosi, la raccolta e l'analisi dei dati sono finalizzate a rendere omogeneo e definito il percorso epidemiologico per determinare una precisa stima dell'incidenza e della prevalenza della malattia, a inquadrare clinicamente le donne affette da tale patologia e a rilevare le problematiche e le eventuali complicanze.

Le azioni previste nel presente progetto trovano rispondenza nelle finalità previste nel P.O. 2016-2018 nell'area riorganizzazione delle reti assistenziali che prevedono l'integrazione ospedale-territorio.

Progetto: Percorsi clinico-assistenziale integrati per minori con patologie neuropsichiche, neurologiche, psichiatriche, neuropsicologiche e del neuro sviluppo

Lo stato di benessere dei minori, in considerazione dell'aumento dei fattori di rischio ambientale e dell'incremento delle problematiche in tale fascia di età, sia a livello nazionale sia regionale, è al centro dell'attenzione della nostra Regione e, pertanto, le azioni volte a migliorare le condizioni di salute e la qualità della vita della popolazione in Età Evolutiva (E.E.) rivestono una particolare rilevanza nella programmazione sanitaria della Regione e delle singole aziende sanitarie.

I Servizi territoriali di NPIA stanno continuando a portare avanti le attività, nel corso degli anni, applicando il modello di Governo clinico con un approccio bio-psico-sociale:

Stanno lavorando sull'individuazione e pianificazione di modelli organizzativi gestionali e di percorsi clinici integrati per la presa in carico (pic) dei disturbi mentali in E.E., la riabilitazione e il trattamento integrato delle disabilità Neuro e psicomotorie, i disturbi dello sviluppo, dello spettro autistico, del comportamento, dell'apprendimento, del linguaggio, dell'attenzione/ipertattività (ADHD), il bullismo, l'autolesionismo, le psicosi e la psicopatologia.

Il modello di Governo clinico con un approccio bio-psico-sociale offre l'opportunità di:

- centrare l'attenzione sul bambino come persona, pur riconoscendone i bisogni speciali relativi non solo alla cronicità, ma soprattutto allo sviluppo e alla crescita;
- mantenere i minori nei loro contesti di vita insieme ai coetanei;
- evitare situazioni di esclusione;
- realizzare attività laboratoriali integrate rendendo i contesti competenti;
- garantire continuità nella partecipazione sociale, cooperazione con i coetanei e fra famiglie;
- ridurre i tempi e di conseguenza i costi sanitari.

I Risultati previsti e in parte ottenuti per il minore e la sua famiglia *mettono in evidenza* la percezione di un vissuto di progettualità rispetto alla vita futura, malgrado i limiti posti dalla disabilità, lo sviluppo della mente e l'acquisizione di una maggiore autonomia.

Nel contesto si è verificato un aumento dell'empowerment sociale, una maggiore sensibilizzazione e attenzione ai bisogni della persona con disabilità e la possibilità di programmazioni condivise con percorsi clinici e socio-assistenziali integrati, realizzando in concreto il concetto di lavoro di rete multi e inter-disciplinare.

Questo approccio comporta una modifica dei modelli gestionali, organizzativi, operativi con passaggio da modelli centrati prevalentemente sulla cura, sul recupero e sui trattamenti all'interno delle Strutture sanitarie, a modelli più flessibili di presa in carico nei contesti di vita dei minori, e proiezione degli operatori della Struttura NPIA all'esterno, negli ambienti di vita del bambino, in collaborazione con tutti gli operatori coinvolti.

Con il presente progetto si intende integrare e migliorare quanto già precedentemente avviato e nello specifico:

- l'appropriatezza e qualità delle prestazioni erogate;
- la riduzione della migrazione sanitaria;
- la rete assistenziale e riabilitativa territoriale, garantita dalle UO territoriali di NPIA;
- l'empowerment e la crescita professionale degli operatori presenti nei luoghi e nei contesti di vita del minore, con l'acquisizione di una maggiore consapevolezza dell'importanza del lavoro multi e inter-disciplinare;
- la riduzione dei tempi e della frequenza dei trattamenti riabilitativi in strutture sanitarie;
- la facilitazione dell'utilizzo di situazioni esperienziali negli ambienti di vita quotidiana;
- la trasformazione dei trattamenti riabilitativi da interventi di recupero centrati sui limiti a interventi sulle potenzialità e sullo sviluppo, con passaggio ad interventi a cicli e anche di gruppo;
- il maggiore coinvolgimento della famiglia e degli operatori di altre istituzioni cointeressati e una presa in carico integrata;
- una contestuale partecipazione del minore alle attività di tempo libero con i coetanei, attraverso processi di inclusione e interazione;
- la riduzione della spesa sanitaria.

Il progetto, in continuità con gli anni precedenti, porta avanti, integra e implementa la progettualità già avviata, in via sperimentale, nell'ASP di Catanzaro, relativamente all'organizzazione gestionale delle Strutture di NPIA e al centro aziendale, con sede in Soverato, per i disturbi dello sviluppo e dello spettro autistico e di riabilitazione e trattamento integrato delle disabilità Neuro e psicomotorie, pianificando percorsi procedure.

E' prevista l'estensione del modello alle altre Aziende Sanitarie, relativamente alle organizzazioni gestionali delle strutture aziendali di NPIA Territoriali.

Sono state avviate anche le procedure per la trasformazione o istituzione di Centri a valenza Regionale per tipologia di problematiche e una progettualità per il potenziamento/realizzazione di

reti assistenziali e di raccordo con risorse territoriali ludoteche, agriturismi, fattorie sociali e scolastiche al fine di favorire un lavoro sull'autonomia, sull'inserimento lavorativo e di facilitazione per il "dopo di noi".

Progetto Miglioramento del trattamento dei disturbi borderline di personalità

Con DCA n. 130, del 16.12.2015, sono state approvate le linee guida per l'adozione degli atti aziendali delle Aziende del Servizio Sanitario della Regione Calabria, al fine di fornire alle Aziende criteri condivisi per l'adozione dei singoli atti aziendali, nell'ambito dei quali potrà esplicitarsi l'autonomia organizzativa di ciascuna Azienda.

La riorganizzazione della rete territoriale, avvenuta con DCA n. 113/2016, prevede il riequilibrio dell'assistenza territoriale attraverso il ridisegno della rete di offerta, l'integrazione tra ospedale e territorio e la nuova organizzazione territoriale dei distretti e dei dipartimenti, tra i quali il dipartimento di salute mentale.

La difficoltà più frequente nel trattamento dei disturbi borderline di personalità è dovuta al drop-out in una percentuale piuttosto importante (50%).

Per migliorare la compliance di tali pazienti, è stato somministrato, dal personale dei DSM, il trattamento DBP (Dialectical Behaviour Therapy) che consiste in una psicoterapia individuale e un training di gruppo costituito da quattro moduli di abilità:

I modulo : Consapevolezza di se stessi

II modulo: Tolleranza alla sofferenza

III modulo: Regolazione emotiva

IV modulo: Efficacia interpersonale, con insegnamento di strategie per risolvere i conflitti interpersonali.

Tale trattamento, associato all'assunzione di appropriata terapia farmacologica, aumenta la consapevolezza dei disturbi, determina un maggiore controllo degli impulsi riducendo lo scompenso del paziente borderline, con conseguente stabilità emotiva tanto da migliorare l'aderenza alla farmacoterapia e a ridurre il fenomeno del drop-out tipico di questi pazienti.

Gli operatori dei DSM hanno ritenuto il DBP uno dei trattamenti più idonei per il miglioramento dei sintomi più rilevanti quali l'impulsività e l'instabilità dei pazienti con disturbo borderline di personalità.

Il gruppo di lavoro regionale, costituito dai Direttori dei DSM delle 5 ASP e da referenti aziendali, ha seguito le fasi del progetto, definendone le modalità operative, i ruoli e le responsabilità dei soggetti coinvolti.

E' in itinere la raccolta dei dati epidemiologici relativi ai pazienti borderline, presi in carico dai servizi, al fine di conoscere le caratteristiche socio-demografiche e cliniche, la tipologia e l'appropriatezza dei trattamenti.

Le attività del progetto rientrano al punto 2.1.7 *rete assistenza territoriale* del P.O. 2016-2018, che prevede il riequilibrio dell'assistenza territoriale attraverso il ridisegno della rete di offerta, l'integrazione ospedale/territorio e la nuova organizzazione territoriale dei distretti.

Linea progettuale 6. Reti oncologiche

Progetto : Creazione di una Rete Calabrese dei Tumori Rari da integrare con la Rete Nazionale per i Tumori Rari

Il criterio per definire una malattia oncologica "rara" è epidemiologico e di incidenza, essendo inferiore o uguale a 5/100.000, cui va aggiunta la quota di pazienti prevalenti che sono inferiori a 50/100.000. Trattasi quindi di tumori "rari" singolarmente presi ma frequenti nella loro totalità che a tal punto costituiscono circa il 20% dei casi totali di neoplasia maligna; in pratica la somma di 2 "big killer", cioè di tumori più frequenti per incidenza e mortalità.

I tumori "rari" rappresentano un problema sociale rilevante sia in termini quantitativi che etici, dal momento che si espongono tali pazienti a possibili discriminazioni in termini di opportunità di cura rispetto ad altri pazienti oncologici, a causa della :

- a) scarsità di expertise dei singoli specialisti;
- b) necessità di condividere informazione testuale sui casi clinici;
- c) obbligo di consultazione ("second opinion") radiologica e patologica con trasferimento fisico degli esami di imaging (TAC, RM, PET, Scintigrafia, etc.) e/o dei preparati istopatologici data l'incidenza non trascurabile di errori diagnostici o di classificazione che possono ripercuotersi drammaticamente sulla pianificazione oncologica;
- d) impegno a progettare una evoluzione verso il trasferimento on line del punto c);
- e) ridotta disponibilità dell'indispensabile multidisciplinarietà che contrasta con la dispersione geografica delle risorse professionali;
- f) relativa minor disponibilità di farmaci e tecnologie peculiari per la cura di tali forme rare e dall'aumentata migrazione sanitaria per tali patologie, con lievitazione dei costi sanitari legati anche a l'outcome generalmente peggiore nei pazienti seguiti a distanza, ad es. a causa di una mancanza di uniformità dei criteri di follow-up.

Il Progetto ReCaTuR (**Rete Calabrese Tumori Rari**), coordinato dall'Azienda Ospedaliera di Cosenza (Del. 220 10 agosto 2015 e Del. 246 del 15 settembre 2015), particolarmente orientato alla Ricerca Clinica, vuole promuovere la conoscenza e la diffusione di linee guida della buona pratica nella gestione dei tumori rari, in primo luogo tra gli Oncologi Medici e tra gli Anatomicopatologi della Regione Calabria, con registrazione e condivisione tra le UU.OO.CC. dei casi clinici, mediante:

- 1- la prioritaria creazione di un unico Database Regionale dei Tumori Rari dei pazienti calabresi posto nella Centrale Operativa del' U.O.C. di Oncologia Medica di Cosenza e supportato da un'adeguata dotazione tecnologica e di personale operativo (Data Manager), che si interfaccia con i vari centri clinici, pure essi adeguatamente tecnodotati, che hanno in carico i singoli pazienti con tumore raro, e che possono così consultare attraverso la rete colleghi provvisti di expertise su quella neoplasia rara;
- 2- Mediante il miglioramento della umanizzazione delle cure nelle aree assistenziali e degli aspetti relazionali, nonché del livello di comunicazione con gli assistiti e con le relative famiglie con garanzia dell'accesso alle informazioni con la disponibilità di materiale informativo e educativo.

Con il presente progetto si è organizzata la Rete Calabrese dei Tumori Rari (ReCaTuR) che si configura in un professional on line network, con piattaforma web, strutturato e permanente, collaborativo tra le strutture oncologiche del territorio regionale, e si inserisce nella Rete Tumori Rari Nazionale, la quale mira ad abbattere ogni possibile barriera culturale, logistica e organizzativa tali da impedire al paziente portatore di tumore raro il diritto a ricevere cure di alta qualità nell'ambito della propria Regione.

La sede della Centrale Operativa di ReCaTuR è stata istituita presso l'Unità Operativa Complessa di Oncologia Medica dell'Azienda Ospedaliera di Cosenza, ed aderisce alla Rete Tumori Rari nazionale con sede all' INT di Milano, le Strutture Oncologiche di afferenza sono tutte le UU. OO.CC. di Oncologia Medica e di Anatomia Patologica delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere e Universitarie regionali, così da assicurare l'inserimento di ogni possibile nuovo caso clinico.

ReCaTuR assicura ai pazienti calabresi adulti e pediatrici con tumori rari (sarcomi, ORL, NET, etc) un'alta qualità di cure tramite:

- 1. la registrazione e condivisione tra le UU.OO.CC. dei casi clinici, mediante la prioritaria creazione di un unico Database Regionale dei Tumori Rari dei pazienti calabresi posto nella Centrale Operativa della U.O.C. di Oncologia Medica di Cosenza provvista di un'adeguata dotazione tecnologica, che si interfaccia con i vari centri clinici, pure essi adeguatamente tecnodotati, che hanno in carico i singoli pazienti con tumore raro, e che possono così consultare attraverso la rete colleghi provvisti di expertise su quella neoplasia rara;
- 2. La Centrale Operativa funge da centro "provider" di tele consultazioni per quanto riguarda quella neoplasia, verso il centro clinico "user" che ne beneficia e che trova in esso le informazioni fondamentali sul paziente e su tutte le "transazioni" che hanno avuto luogo in rete.
- 3. Il data base di rete è accessibile da ogni centro aderente per quanto riguarda i casi da esso inseriti o con esso condivisi e da esso si potranno estrarre informazioni retrospettive utili per la Ricerca Clinica e Traslazionale, assolutamente indispensabile per una patologia oncologica rara;

4. l'elaborazione di progetti comuni tra le Aziende per la creazione di una rete di consultazioni ("second opinion"), che evolva verso un'attività di telepatologia e di teleradiologia, adeguata sotto il profilo tecnologico, comprendente anche la stereoscopia 3D e, in particolare un sistema dotato di intelligenza artificiale, capace di fornire una visualizzazione scientifica stereoscopica della patologia per comparare la casistica di piattaforma a partire dai dati alfanumerici inseriti dal medico e dai dati spaziali dell'imaging;

5. l'omogeneizzazione diagnostica e terapeutica nelle varie strutture partecipanti con evoluzione verso veri e propri Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA);

6. il razionale e facilitato accesso dei pazienti all'assistenziali disponibili in sede o, in casi particolari, anche extraregionali;

7. la possibilità di inserimento dei pazienti stessi in protocolli di Ricerca;

8. la creazione di una centrale tecnologica per le analisi molecolari necessarie alle attività di counselling genetico in oncologia e per l'individuazione terapeutica su analisi molecolari.

La Centrale tecnologica di ReCaTuR, per indagini clinico-molecolari per l'inquadramento dei tumori rari nell'ambito di sindromi eredi-familiari (Counselling e Testing Genetico) e per la identificazione di target molecolari, ai fini della pianificazione terapeutica, è rappresentata dal Centro di Riferimento Regionale per il Counselling Genetico e le Terapie Innovative in Oncologia Medica dell'Università Magna Grecia di Catanzaro.

L'attività finora svolta si integra, per l'attuazione di reti per percorsi di cura a forte integrazione ospedale-territorio, con quanto previsto nel Piano operativo 2016-2018 al punto 2 *obiettivi prioritari* 2.1 *area riorganizzazioni reti assistenziali*, 2.1.4 *Rete oncologica*.

Progetto : Realizzazione di una rete regionale interdisciplinare per l'attuazione di percorsi diagnostico-terapeutici finalizzati alla preservazione della fertilità in giovani affetti da patologia neoplastica e al successivo supporto alla procreazione dei soggetti guariti

Ogni giorno in Italia vengono diagnosticati almeno 30 nuovi casi di tumore in pazienti di età inferiore ai 40 anni, pari al 3% della casistica generale (stima AIRTUM 2012), contando 7828 nuovi casi nel 2010 con netta prevalenza per il sesso femminile (4897 donne vs 2931 maschile).

Chemioterapia, radioterapia e terapie biologiche hanno migliorato significativamente la sopravvivenza dei pazienti affetti da tumori tuttavia la possibile comparsa di sterilità o d'infertilità secondaria ai trattamenti oncologici e il disagio psicosociale a essa correlato sono temi di importanza crescente, non solo in considerazione del miglioramento della prognosi nei pazienti oncologici di età pediatrica e giovanile, ma anche a causa dello spostamento in avanti dell'età della prima gravidanza.

Per garantire la migliore qualità della vita, riveste particolare importanza conservare l'integrità psicofisica dell'essere uomo o donna, di cui la fertilità (cioè il mantenimento della possibilità di procreare) costituisce una parte fondamentale.

Un problema emergente nei pazienti oncologici è rappresentato dall'infertilità secondaria ai trattamenti antineoplastici. Dal momento che l'età della coppia alla prima gravidanza risulta essere in aumento (35-40 anni), e che per alcuni tumori si assiste ad un aumento di incidenza in età giovani, è in costante aumento il numero delle donne e degli uomini che, al momento della diagnosi oncologica, non hanno avuto ancora figli. Il miglioramento delle terapie antineoplastiche ha portato ad un aumento della sopravvivenza di questi pazienti ed alla necessità di porre attenzione alla tutela della fertilità futura.

La tutela della fertilità è un traguardo da raggiungere per i pazienti oncologici attraverso protocolli personalizzati tali da mantenere la funzione riproduttiva, senza tuttavia compromettere la sopravvivenza dei pazienti.

Il successo di un programma integrato di preservazione della fertilità si basa su ambiti fondamentali quali informazione, ricerca e multidisciplinarietà. La preservazione della fertilità in oncologia è però anche una sfida culturale, che impegna sempre più medici e pazienti e richiede conoscenza, consapevolezza e corretta comunicazione per fornire al paziente un counselling dedicato e l'invio ai Centri di Preservazione della Fertilità.

Con l'approvazione del P.O. 2016-2018 si è avviato un percorso di riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale come previsto nell' *area riorganizzazione delle reti assistenziali* attraverso la riqualificazione delle strutture pubbliche e private nonché il completamento delle singole reti tempo dipendenti e di specialità (DCA 64/2016).

Con DCA n. 10 del 2 aprile 2015 è stata approvata la Rete Oncologica Calabrese Hub e Spoke, dove il modello organizzativo delineato è in grado di prevedere l'integrazione multiprofessionale, con la costituzione di gruppi tumore - specifici, che adottano in modo condiviso percorsi di cura che rappresentano un riferimento per tutti i professionisti impegnati nella Rete.

Per le finalità del presente progetto, il gruppo di lavoro, ha intrapreso le procedure per istituire delle campagne di comunicazione per i pazienti e di formazione ed informazione per il personale sanitario, al fine di diffondere la cultura della preservazione della fertilità dopo il cancro, come previsto nel Piano Nazionale per la fertilità.

Sono in corso le procedure per la creazione del servizio di counseling multidisciplinare ed identificazione dei percorsi terapeutici.

Per l'attuazione di percorsi diagnostico-terapeutici finalizzati alla preservazione della fertilità in giovani affetti da patologia neoplastica e al successivo supporto alla procreazione dei soggetti guariti, si sta predisponendo una rete regionale interdisciplinare che consentirà di ottenere trasparenza e qualità nel contesto di ogni decisione diagnostica e terapeutica.

L'impiego di protocolli condivisi da esperti del settore su tutto il territorio regionale garantirà il raggiungimento di elevati livelli di qualità nell'assistenza dei giovani pazienti calabresi affetti da patologia oncologiche.