
DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 24 giugno 2011, n. 1396

Risorse vincolate ex art. 1, commi 34-34 bis, della legge n. 662/96 per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2010 - Accordo Stato-Regioni 08/07/2010 Rep. Atti n. 76/CSR - Approvazione progetti.

L'Assessore alle Politiche della Salute, prof. Tommaso Fiore, sulla base delle risultanze istruttorie espletate dal Dirigente dell'Uff. n. 3 Servizio PAOS, e confermate dai Dirigenti dei Servizi AOS e ATP riferisce:

La Conferenza Stato-Regioni e Province Autonome nella seduta del 08 luglio 2010 ha sancito

l'Accordo (Rep. Atti n. 76/CSR), sulle linee progettuali per l'utilizzo, da parte delle Regioni, delle risorse vincolate ai sensi dell'art. 1, commi 34 - 34 bis, della legge 662/96 per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario di rilievo nazionale del P.S.N. 2006/2008 per l'anno 2010, al quale occorre fare riferimento non essendo ancora approvato il Piano Sanitario Nazionale 2009/2011 e che riconosce quale obiettivo centrale del SSN la garanzia dell'effettiva capacità del sistema di erogare i livelli essenziali di assistenza (LEA) nel rispetto delle caratteristiche fondanti del servizio stesso.

Visto l'Accordo dell' 08 luglio 2010 (Rep. Atti 76/CSR) tra il Ministero della Salute, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano per l'utilizzo, da parte delle Regioni, delle risorse di cui alla citata legge n. 662/96 che ha individuato le linee progettuali di seguito sintetizzate:

Linea progettuale 1: "Le Cure primarie";

Linea progettuale 2: "La non autosufficienza";

Linea progettuale 3: "La promozione di modelli organizzativi e assistenziali dei pazienti in stato vegetativo e di minima coscienza nella fase di cronicità;

Linea progettuale 4: "Le cure palliative e la terapia del dolore";

Linea progettuale 5: "Interventi per le biobanche di materiale umano";

Linea progettuale 6: "La sanità penitenziaria";

Linea progettuale 7: "L'attività motoria per la prevenzione delle malattie croniche e per il mantenimento dell'efficienza fisica nell'anziano";

Linea progettuale 8: "Tutela della maternità e promozione dell'appropriatezza del percorso nascita";

Linea progettuale 9: "Malattie Rare";

Linea progettuale 10: "Valorizzazione dell'apporto del volontariato";

Linea progettuale 11: "Riabilitazione";

Linea progettuale 12: "La salute mentale"

Linea progettuale 13: "Piano Nazionale della Prevenzione".

Vista l'Intesa del 29 aprile 2010 (Rep. Atti n. 13/CSR) sulla proposta del Ministero della Salute

di deliberazione CIPE relativa all'assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate, ai sensi dell'articolo 1, comma 34, della legge n. 662/96, per l'anno 2010 per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale definiti dal PSN 2006-2008;

Verificato che la tabella allegata alla citata Intesa del 29 aprile 2010, ha definito le risorse disponibili per le singole Regioni e ha assegnato alla Regione Puglia risorse pari ad € **109.096.000,00**

Dato atto che l'Accordo dell'08 luglio 2010 prevede vincoli specifici sulle risorse ministeriali per l'anno 2010, che sono stati rispettati;

Dato atto che le risorse necessarie per l'implementazione delle progettualità rappresentate dall'allegato 1 al presente atto sono state acquisite al bilancio regionale dopo l'inizio dell'esercizio;

Dato atto che le attività relative alle linee progettuali di cui sopra sono state già avviate a sostegno dell'attività istituzionale delle Aziende costituendo vincolo per le Aziende e Istituti del SSR, indipendentemente dalla burocratizzazione dei procedimenti e dalla materiale erogazione dei fondi che costituisce supporto aggiuntivo per detto perseguimento; le linee programmatiche approvate rivestono particolare interesse e rilievo per l'intera pianificazione regionale;

Ritenuto di dare mandato al Direttore dell'Area "Politiche per la promozione della salute, delle persone e delle pari opportunità" di inviare al Ministero della Salute il presente provvedimento, corredato dalle schede di progetto, onde consentire l'effettivo riconoscimento delle risorse assegnate alla Regione Puglia con la citata Intesa del 29 aprile 2010;

Nel rispetto delle suddette linee e vincoli, la Agenzia Regionale Sanitaria (A.Re.S.) ha predisposto i progetti e ne assicura il monitoraggio. A tal fine le ASL trasmettono annualmente ai referenti dei progetti, la relazione finale in merito all'attuazione degli stessi e la rendicontazione della relativa spesa, anche tenuto conto che gli stessi si integrano a pieno titolo nelle attività istituzionali riferite ai livelli essenziali di assistenza.

1. Cure Primarie

Potenziamento delle forme evolute di associazione

La Casa della Salute

Sostegno ai pazienti oncologici

Potenziamento dell'assistenza domiciliare per pazienti oncologici

Implementazione del disease and care management (D&CM)

2. La non autosufficienza

Rete di Assistenza ai pazienti con Demenza

Creazione di una rete regionale per la verifica dell'appropriatezza diagnostica e terapeutica in pazienti con Sclerosi Multipla

Assistenza ai pazienti con Sclerosi laterale Amiotrofica: Continuità Ospedale - Territorio

Facilitazione della comunicazione nei pazienti con gravi patologie neuromotorie

3. La promozione di modelli organizzativi e assistenziali dei pazienti in stato vegetativo e di minima coscienza nella fase di cronicità

Potenziamento dell'Unità Spinale Unipolare dell'Azienda Ospedaliero Universitaria

Policlinico di Bari

4. Le cure palliative e la terapia del dolore

Attivazione della Rete di cure palliative pediatriche

Attivazione di "Unità" di cure palliative domiciliari

Realizzazione di un Centro di raccolta dati e ricerca della rete regionale delle Cure Palliative (adulto bambino)

La terapia del dolore

5. Interventi per le biobanche di materiale umano

Biobanche di sangue cordonale (SCO)

6. La Sanità Penitenziaria

Interventi di riabilitazione e inserimento sociale per persone dimesse dall'OPG ed in carico al servizio territoriale

Macroprogetto interregionale per livelli assistenziali omogenei e condivisi in ambito penitenziario

Prevalenza e caratteristiche di infezione e malattia tubercolare e di altre malattie trasmissibili

nella popolazione ristretta in Istituti Penitenziari della Puglia

7. L'attività motoria per la prevenzione delle malattie croniche e per il mantenimento dell'efficienza fisica nell'anziano

Non presentata alcuna progettualità

8. Tutela della maternità e promozione dell'appropriatezza del percorso nascita

Screening neonatale allargato per le malattie metaboliche ereditarie

Piano Regionale per il sostegno al Percorso di Adozione dei Minori

Percorsi assistenziali per la tutela della maternità e promozione dell'appropriatezza del percorso nascita

9. "Malattie Rare"

Attivazione di modelli di assistenza integrata ai soggetti con malattia rara

Registro per la Telangectasia Emorragica Ereditaria (HHT)

10. "Valorizzazione dell'apporto del volontariato"

Non presentata alcuna progettualità

11. "Riabilitazione"

Non presentata alcuna progettualità

12. "La salute mentale"

Valutazione della qualità delle residenze e semi-residenze psichiatriche e della appropriatezza delle prestazioni

Apertura h.12 dei Centri di Salute Mentale

Progetto di riabilitazione psichiatrica nel paziente acuto ricoverato in SPDC

Potenziamento della rete assistenziale territoriale dedicata ai disturbi del comportamento Alimentare

Assistenza ai soggetti con disturbo dello spettro autistico: potenziamento della rete dei servizi territoriali di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza

13. "Piano Nazionale della Prevenzione"

Delibera di Giunta Regionale (DGR) n. 2991 del 28 dicembre 2010.

Per quanto sopra si propone alla Giunta di approvare i progetti previo recepimento dell'Accordo Stato-Regioni dell' 08 luglio 2010 (Rep. Atti n. 76/CSR) -Linee Progettuali anno 2010 e dell' Intesa Stato-Regioni 29 aprile 2010 (Rep. Atti n.13/CSR) - Assegnazione risorse anno 2010.

COPERTURA FINANZIARIA DI CUI ALLA L.R. n. 28/01 E SUCCESSIVE MODIFICAZIONI ED INTEGRAZIONI

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

Il Dirigente di Ufficio
Rag. Vito Parisi

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

LA GIUNTA

udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore;

viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento dal Dirigente dell'Uff. n. 3 Servizio PAOS, e confermate dai Dirigenti dei Servizi AOS e ATP

a voti unanimi espressi nei modi di legge

DELIBERA

1. di **recepire** l'Accordo Stato-Regioni dell' 08 luglio 2010 (Rep. Atti n. 76/CSR) -Linee Progettuali anno 2010 e l'Intesa Stato-Regioni 29 aprile 2010 (Rep. Atti n.13/CSR) -Assegnazione risorse anno 2010
2. di **approvare** le schede di progetto -di cui all'allegato 1 al presente atto -parti integranti del presente provvedimento elaborate secondo le linee progettuali indicate nell'Accordo Stato-Regioni

dell'08 luglio 2010 (Rep. Atti n. 76/CSR) e relative alle risorse assegnate per l'anno 2010, pari a € **109.096.000,00** per la realizzazione degli obiettivi definiti dal Piano Sanitario Nazionale 2006-2008;

3. di **disporre** che le linee progettuali, di cui al presente provvedimento, siano attuate di supporto all'attività istituzionale delle Aziende Sanitarie al fine di assicurare i livelli essenziali di assistenza (LEA);
4. di **disporre** che i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie interessate trasmettano annualmente la relazione finale in merito alla realizzazione dei progetti stessi e la rendicontazione della relativa spesa ai referenti dei progetti;

5. di **riservarsi**, sulla base di eventuali rimodulazioni di progetto definite dai relativi Servizi dell'Assessorato alle Politiche della Salute, la ridestinazione e/o la riassegnazione delle risorse anche tra le suddette aree;

6. di **trasmettere** i progetti di cui al precedente punto 1. al Ministero della Salute per gli adempimenti di competenza a cura del Servizio proponente;

7. di **pubblicare** il presente provvedimento sul B.U.R.P.

Il Segretario della Giunta
Dott. Romano Donno

Il Presidente della Giunta
Dott. Nichi Vendola

LINEA PROGETTUALE 1

CURE PRIMARIE

1. Potenziamento delle forme evolute di associazione.
2. La Casa della Salute.
3. Sostegno ai pazienti oncologici.
4. Potenziamento dell'assistenza domiciliare per pazienti oncologici.
5. Implementazione del Disease & Care Management

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	CURE PRIMARIE
TITOLO DEL PROGETTO	Potenziamento delle forme evolute di associazione
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi (II Annualità)
REFERENTE	ASSESSORATO ALLE POLITICHE DELLA SALUTE Servizio Assistenza Territoriale e Prevenzione – Via Caduti tutte le guerre, 15 – BARI Telefono 080.540.3649 – e-mail f.longo@regione.puglia.it

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 20.000.000
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2010	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	Nell'ottica di favorire lo sviluppo di una maggiore integrazione tra le attività sanitarie e quelle assistenziali il Distretto Socio Sanitario (DSS) acquista un crescente ruolo strategico universalmente riconosciuto e richiede un potenziamento ed una ridefinizione del proprio modello organizzativo e del sistema di servizi in cui si articola, al fine di dotare il territorio di forme organizzative ad alta integrazione multidisciplinare ed interprofessionale, in grado di offrire risposte complesse al bisogno di salute della popolazione e garantire, quindi, un "governo" effettivo del complesso delle attività di assistenza primaria.
----------	---

DESCRIZIONE	<p>L'attuale progetto, nell'ottica di una riorganizzazione complessiva della assistenza territoriale secondo modelli gestionali di tipo integrato, intende sostenere forme evolute di collaborazione tra medici di medicina generale e pediatri di libera scelta con il personale dei distretti sociosanitari (in particolare infermieri e fisioterapisti).</p> <p>Il progetto, in coerenza con i principi affermati nel Piano Regionale di Salute 2008-2010 e con gli impegni di riqualificazione del sistema sanitario regionale assunti dal governo regionale pugliese a seguito dell'accordo tra i Ministri della Salute, della Economia e delle Finanze e la Regione Puglia per la approvazione del Piano di Rientro, sottoscritto in data 29/11/2010, si ispira ad un modello organizzativo di distretto in grado di assicurare l'integrazione ospedale-territorio ed il coordinamento delle attività di assistenza primaria (che vedono al centro il medico di medicina generale), anche attraverso la valorizzazione delle forme complesse di associazionismo.</p> <p>Col presente progetto si intende favorire, inoltre, un incremento dell'impegno dei medici di continuità assistenziale finalizzato al miglioramento delle attività inerenti le cure primarie.</p> <p>Il DSS rappresenta il "luogo" deputato a garantire attraverso il ricorso a strumenti condivisi con la Medicina Convenzionata:</p> <ul style="list-style-type: none">a) una risposta h 24 ai bisogni socio-sanitari del territorio di riferimento,b) una presa in carico globale dei pazienti (con particolare riferimento a quelli affetti da patologie croniche ed invalidanti),b) una efficace continuità assistenziale erogando attività di counseling, prestazioni ambulatoriali, assistenza domiciliare e favorendo lo sviluppo della pratica dell'utilizzo di linee guida e dei percorsi diagnostico-terapeutici. <p>Dal punto di vista organizzativo, ogni ASL provinciale, secondo un criterio di coerenza con gli atti programmatori regionali e aziendali e in continuità con analoghe esperienze sviluppate nell'ambito delle progettualità di piano degli anni precedenti, deve promuovere lo sviluppo del presente progetto all'interno del territorio di competenza, attraverso il coinvolgimento del maggior numero di MMG e di PLS.</p> <p>Le risorse, di cui al presente progetto saranno utilizzate nella misura di:</p> <ul style="list-style-type: none">- € 14.000.000 da destinare ai medici di medicina generale per garantire la realizzazione delle attività previste nell'ambito del progetto, con una particolare attenzione alla assistenza infermieristica
-------------	--

	<p>a domicilio - € 6.000.000 per l'organizzazione delle forme evolute di associazione.</p>
OBIETTIVI	<p>Per realizzare compiutamente un tale processo di riorganizzazione del sistema di cura, focalizzato in particolare sulla presa in carico della cronicità, è necessario responsabilizzare e valorizzare i professionisti, compresi i Medici dell'emergenza territoriale attraverso:</p> <p>la <u>promozione di forme associative</u> dei MMG e degli altri professionisti sanitari (forme di associazionismo medico, di messa in rete e, di medicina di gruppo.);</p> <p>il <u>potenziamento dell'assistenza a domicilio</u> organizzata e coordinata in ambito di distretto, garantendo appropriatezza, efficacia e umanizzazione delle cure e riducendo l'uso improprio dell'ospedale.</p> <p>la <u>promozione delle attività di autogestione</u> con conseguente responsabilizzazione (empowerment) degli stessi pazienti nella gestione attiva di tutti gli aspetti di prevenzione e cura che la loro patologia richiede.</p> <p>Obiettivo del progetto è mettere le ASL in condizione di favorire lo sviluppo di questo modello complesso di assistenza integrata in tutto il territorio regionale, con una particolare attenzione nei confronti di quei Comuni sedi di Ospedali destinatari di provvedimento di disattivazione e/o riconversione in applicazione di quanto previsto dal Piano di Riordino Ospedaliero e dal Piano di Rientro.</p>
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMA)	<p>Entro il primo semestre: ricognizione delle forme di associazione già attivate nel territorio di ciascun distretto coinvolto nel progetto, delle relative attività e bisogni</p> <p>Al termine della attività progettuale: trasmissione all'A.Re.S. dei dati raccolti, con particolare riferimento alla realizzazione di forme evolute di associazione</p>
INDICATORI	<p>Tasso di ricoveri ripetuti Tasso di accesso al Pronto Soccorso N. di prestazioni specialistiche per abitante Tasso di utilizzo per le prestazioni diagnostiche</p>
RISULTATI ATTESI	<p>Garantire nelle 24 ore una efficace continuità assistenziale e presa in carico dei pazienti, erogando tra l'altro attività di counseling, prestazioni ambulatoriali, assistenza domiciliare e favorendo, al contempo, lo sviluppo della pratica dell'utilizzo di linee guida e dei percorsi diagnostico-terapeutici.</p>

RELAZIONE ANNO 2009	<p>Complessivamente sono 798 le associazioni di medici di medicina generale presenti in Puglia, per un numero di medici di medicina generale coinvolti pari a 3.296, a cui si aggiungono 425 pediatri di libera scelta.</p> <p>La medicina di gruppo è la forma di associazionismo medico più praticata, 266 unità, per un numero di medici di medicina generale inseriti in questa tipologia pari a 952; seguono le esperienze di medicina in rete che presentano un numero inferiore di associazioni (209) ma un numero superiore di medici di medicina generale inseriti (1.001).</p> <p>Infine, con minore densità sul territorio regionale figura la modalità più semplice, la medicina in associazione, per un numero di 123 unità ed il coinvolgimento di 451 medici di medicina generale.</p> <p>Per quanto riguarda la diffusione delle associazioni di medicina generale più complesse esse naturalmente riguardano un numero più esiguo di casi e ed un numero inferiore di medici di medicina generale.</p>
---------------------	--

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	CURE PRIMARIE
TITOLO DEL PROGETTO	La Casa della Salute
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi (II annualità)
REFERENTE	ASSESSORATO ALLE POLITICHE DELLA SALUTE -Servizio Assistenza Territoriale e Prevenzione - Via Caduti tutte le guerre, 15 - BARI Telefono 080.540.3649 - e-mail f.longo@regione.puglia.it

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 8.280.384
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2010	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	La istituzione della Casa della Salute ha come principale obiettivo quello di favorire , attraverso la contiguità spaziale dei servizi e degli operatori, la unitarietà e l'integrazione dei livelli essenziali delle prestazioni socio-sanitarie, principi fondamentali, affermati esplicitamente dalla legge n. 229/99 e dalla legge n. 328/2000, ma finora scarsamente applicati. La realizzazione della Casa della Salute è ovviamente possibile laddove le condizioni geografiche di non eccessiva dispersione territoriale consentano l'aggregazione dei servizi e non comportino una difficoltà di accesso per i cittadini. Per tali motivi la Casa della Salute deve intendersi come un presidio delle aree sub distrettuali corrispondenti all'incirca ad un bacino di 5-10.000 persone.
----------	---

DESCRIZIONE	<p>Il presente progetto, iniziato nel corso dell'anno 2009 con l'avvio della sperimentazione della Casa della Salute presso la ASL Bari, prevede l'attivazione di ulteriori strutture presso le altre ASL provinciali della regione.</p> <p>La Casa della Salute è una sede fisica e insieme un centro attivo e dinamico della comunità locale per la salute e il benessere che raccoglie la domanda dei cittadini e organizza la risposta nelle forme e nei luoghi più appropriati, nell'unità di spazio e di tempo. La Casa della salute deve:</p> <p>garantire la continuità assistenziale e terapeutica per 24 ore e sette giorni su sette</p> <p>aderire al sistema della "Porta Unico di Accesso" dei cittadini alla rete dei servizi e la presa in carico della domanda</p> <p>operare sulla base del Programma delle Attività Territoriali del distretto (PAT) e del Piano sociale di Zona (PZS), per promuovere e valorizzare la partecipazione attiva dei cittadini, soprattutto delle loro Associazioni, assicurando forme di gestione sociale (programmazione dei servizi e valutazione dei risultati) nei vari presidi e servizi</p> <p>ricomporre le separazioni storiche esistenti tra le professioni sanitarie, realizzare concretamente l'attività interdisciplinare tra medici, specialisti, infermieri, terapisti e di integrare operativamente le prestazioni sanitarie con quelle sociali</p> <p>organizzare e coordinare le risposte da offrire al cittadino nelle sedi più idonee, privilegiando il domicilio e il contesto sociale delle persone</p> <p>sviluppare programmi di prevenzione per tutto l'arco della vita, basati su conoscenze epidemiologiche e sulla partecipazione informata dei cittadini</p> <p>sviluppare, tramite il DSS (Distretto Socio-Sanitario), rapporti di collaborazione con l'ospedale di riferimento sia per l'interdipendenza tra cure primarie, cure specialistiche e diagnostica strumentale, che per la definizione di protocolli per accessi e dimissioni programmate</p> <p>favorire il controllo collegiale delle attività, e la valutazione degli outcomes interni ed esterni ai servizi</p>
-------------	--

	<p>curare la comunicazione sanitaria a vari livelli:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Micro, cioè della relazione terapeutica medico operatore/paziente; 2. Meso, della comunicazione tra le strutture; 3. Macro, nei confronti della cittadinanza e della pubblica opinione <p>offrire occasioni di formazione permanente degli operatori, con particolare riguardo al lavoro di gruppo.</p> <p>Per la realizzazione del presente progetto, le risorse economico-finanziarie saranno distribuite tra le ASL provinciali, così come già indicato nel progetto di piano 5/LP1/09 al fine di:</p> <ul style="list-style-type: none"> • utilizzare i medici di Continuità Assistenziale, già operativi nel/nei distretto/i individuato/i in ciascuna ASL, per la copertura delle fasce orarie non assicurate dai MMG e dai PLS operanti all'interno della/e Casa/e della Salute in forma associativa, ad integrazione dell'orario di servizio previsto dal contratto, collocando la postazione di Continuità Assistenziale all'interno della/e stessa/e e prevedendo un max di n. 2 medici di continuità assistenziale per turno aggiuntivo e un max di complessive 32 ore settimanali aggiuntive per ciascuna casa della salute; • potenziare la dotazione organica del/dei distretto/i individuato/i, in ciascuna ASL; • collocare un Punto di Primo Intervento dotato di Postazione 118 Medicalizzata (già operativo nel/nei distretto/i individuato/i in ciascuna ASL) all'interno di ciascuna casa della salute attivata, per il trattamento in loco delle patologie caratterizzate da Codice Verde e Bianco (al fine di decongestionare l'affluenza di urgenze differibili o non urgenze ai Pronto Soccorsi Ospedalieri) e l'eventuale trasferimento dei pazienti con patologie non gestibili direttamente; • integrare la dotazione di beni e servizi di ciascun distretto interessato per la realizzazione del progetto, qualora necessario; • formare ed aggiornare il personale interessato dal presente progetto.
OBIETTIVI	Estendere la sperimentazione del modello assistenziale Casa della Salute o di forme similari di aggregazione dei servizi avviate nel corso dell'anno 2009, in particolare in quei Comuni sedi di Ospedali

	destinatari di provvedimento di disattivazione e/o riconversione in applicazione di quanto previsto dal Piano di Riordino Ospedaliero e dal Piano di Rientro 2010-2012 sottoscritto con Accordo tra i Ministri della Salute, della Economia e delle Finanze e dalla Regione Puglia in data 29/11/2010.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	Primo semestre: -Ricognizione delle modalità di sviluppo della sperimentazione della Casa della Salute Secondo Semestre: -Potenziamento della dotazione organica e strumentale dei distretti coinvolti ai fini della attivazione e sviluppo di Case della Salute nel territorio regionale
INDICATORI	- n. di Case della Salute attivate per ASL - n. codici bianchi e verdi gestiti nel territorio e non inviati ai Pronto Soccorsi Ospedalieri - n. protocolli diagnostico-terapeutici condivisi - n. corsi formazione per MMG
RISULTATI ATTESI	Attivazione di ulteriori strutture presso le ASL Provinciali della Puglia.
RELAZIONE ANNO 2009	Nel corso del biennio 2008/2009 sono state già attivate in alcuni comuni modelli di "Case della Salute": a Bari nel quartiere San Paolo, la seconda è in via di realizzazione a Casamassima, provincia di Bari, mentre è in fase di avanzata progettazione quella di Biccari (Fg). Nella Casa della Salute realizzata presso il quartiere San Paolo sono stati attivati Poliambulatori specialistici, Consultorio familiare, Ambulatorio vaccinale, Servizio di Guardia medica, oltre tutti i Servizi di Assistenza Amministrativa distrettuali (CUP Ticket, Anagrafe assistiti, Porta Unica di Accesso per le attività che prevedono integrazione socio-sanitaria con il Comune).

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	CURE PRIMARIE
TITOLO DEL PROGETTO	Sostegno ai pazienti oncologici
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi (II Annualità)
REFERENTE	ASSESSORATO ALLE POLITICHE DELLA SALUTE Servizio Assistenza Territoriale e Prevenzione - Via Caduti tutte le guerre, 15 - BARI Telefono 080.540.3649 - e-mail f.longo@regione.puglia.it

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 8.645.754
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2010	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	<p>Molti pazienti oncologici devono recarsi, in genere per periodi lunghi, presso strutture sanitarie per essere sottoposti a terapie non erogabili a domicilio. Si rende pertanto necessario il trasporto di tali pazienti, frequentemente debilitati e che in molti casi vivono da soli o con familiari non in grado di organizzare quotidianamente il loro spostamento, vuoi perché non autosufficienti, vuoi per mancanza di mezzi economici, vuoi per oggettiva incompatibilità con altri impegni, ad esempio di lavoro.</p> <p>Si configura in tali circostanze una grave difficoltà (quando non un vero e proprio impedimento) di</p>
----------	--

	accesso all'assistenza per questi pazienti particolarmente bisognosi di cure.
DESCRIZIONE	<p>Con il presente progetto diviene strategico, in una ottica di presa in carico globale e continua del paziente oncologico, garantire da parte del distretto socio sanitario il mantenimento di uno specifico servizio dedicato al trasporto dei pazienti oncologici assistiti a domicilio (grazie anche alla implementazione delle forme di assistenza domiciliare prevista dal Piano Regionale di Salute 2008-2010).</p> <p>Per la realizzazione del presente progetto le risorse economico-finanziarie saranno distribuite tra le ASL provinciali, così come già indicato nel progetto di piano 3/LP1/09, con il quale si pone in diretta continuità.</p>
OBIETTIVI	Facilitare il percorso oncologico offrendo al paziente l'accompagnamento assistito dal proprio domicilio alla struttura sanitaria aziendale.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMA)	<p>Entro il primo semestre: ricognizione delle modalità di trasporto domicilio-strutture sanitarie per pazienti oncologici già attivate nel territorio di ciascun distretto coinvolto nel progetto.</p> <p>Al termine della attività progettuale: trasmissione all'A.Re.S. dei dati raccolti con particolare riferimento alla effettiva erogazione del servizio.</p>
INDICATORI	<p>-N. pazienti oncologici trasportati nelle strutture sanitarie per effettuare terapie non effettuabili a domicilio</p> <p>-N. di autovetture acquistate</p>
RISULTATI ATTESI	Facilitare il percorso terapeutico dei pazienti oncologici debilitati, che vivono soli o con familiari non in grado di organizzare il loro spostamento.
RELAZIONE ANNO 2009	<p>Nel corso del 2009 il progetto si è sviluppato in particolare presso le seguenti ASL:</p> <p>ASL di Taranto ha acquistato 23 autovetture (di cui 2 con pedana per disabili), ha assunto n. 35 operatori tecnici autisti e n. 42 operatori socio-sanitari. Il Servizio è stato dotato di 3 automezzi, 5 autisti, 6 operatori socio sanitari, per ciascuno dei Distretti Socio-Sanitari interessati.</p> <p>Il personale di nuova assunzione, prima della immissione in servizio, è stato avviato ad un breve percorso formativo.</p> <p>I Distretti e le Oncologie sono stati corredati di stazioni multimediali avanzate. Inoltre per una più confortevole accoglienza dei pazienti si è provveduto a dotare tutte le oncologie complessivamente di 21 poltrone polifunzionali.</p> <p>La ASL di Brindisi ha dotato ciascun Distretto di un automezzo (n. 4 autovetture) specifico per il servizio, che andranno ad integrare quelli generici.</p>

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	CURE PRIMARIE
TITOLO DEL PROGETTO	Potenziamento della assistenza domiciliare per pazienti oncologici
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi (II Annualità)
REFERENTE	ASSESSORATO ALLE POLITICHE DELLA SALUTE Servizio Assistenza Territoriale e Prevenzione - Via Caduti tutte le guerre, 15 – BARI Telefono 080.540.3649 – e-mail f.longo@regione.puglia.it

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 1.800.000
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2010	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	La patologia oncologica rappresenta un grave problema di salute pubblica; in Puglia si stima che su 8.000 pazienti terminali presenti in un anno, circa 6.000 necessitano di assistenza a domicilio. Da queste premesse nasce la necessità di garantire ad ogni cittadino la possibilità di ricevere nei tempi e nelle modalità più appropriate il massimo in termini di diagnosi e di cura.
-DESCRIZIONE	Con il presente progetto, iniziato nel corso dell'anno 2009, e in coerenza con il Piano Regionale di Salute 2008 – 2010 , che ha previsto la istituzione di una rete oncologica , si intende mettere le ASL in grado di potenziare le "Unità Oncologiche" previste

	all'interno dei Dipartimenti Integrati di Oncologia, anche attraverso l'attivazione di forme di collaborazione con le associazioni di volontariato, mediante la stipula di specifiche convenzioni.
OBIETTIVI	Potenziare ed estendere l'attività di assistenza domiciliare oncologica garantita dai Distretti socio sanitari delle ASL Provinciali, operando in piena sinergia con i MMG (anche attraverso il sostegno allo sviluppo delle forme di Assistenza Domiciliare Programmata - ADP) ed integrando la dotazione organica, laddove necessario, delle figure professionali competenti.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	primo trimestre ricognizione delle modalità di assistenza domiciliare per pazienti oncologici già attivate nel territorio di ciascun distretto coinvolto nel progetto e individuazione delle principali criticità. secondo trimestre potenziamento della dotazione organica per la assistenza domiciliare dei distretti coinvolti; stipula e/o conferma di apposite convenzioni con organizzazioni non appartenenti al SSR, laddove necessario. al termine della attività progettuale trasmissione all'A.Re.S. dei dati raccolti con particolare riferimento ai dati di attività di assistenza domiciliare oncologica ed alla integrazione con l'attività delle altre figure che intervengono sul paziente oncologico.
INDICATORI	Indicatore di struttura: -n.convenzioni stipulate con associazioni per integrare l'assistenza domiciliare oncologica Indicatore di processo: -n. pazienti assistiti a domicilio Indicatore di risultato: - n. incontri operativi con i responsabili del distretto e con gli altri operatori coinvolti nell'assistenza ai pazienti oncologici con particolare riferimento al medico di medicina generale
RISULTATI ATTESI	Aumento dei pazienti oncologici assistiti a domicilio
RELAZIONE ANNO 2009	E' in corso ancora l' analisi delle attività svolte e dei dati elaborati.

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
LINEA PROGETTUALE	CURE PRIMARIE
TITOLO DEL PROGETTO	Implementazione del Disease & Care Management
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi
REFERENTE	A.Re.S. Puglia – Via Caduti di tutte le guerre, 15 – 70100 BARI telefono 080-5403483; fax 080-5403411; e-mail dirgen@arespuglia.it ,

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 8.500.000
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2010	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	<p>Il Disease and Care Management (D&CM) rappresenta un approccio sistemico ed Evidence-based alle patologie croniche, che vede il coinvolgimento di tutti gli “erogatori di assistenza” per la presa in carico “dei fabbisogni complessi” di salute del paziente (non soltanto bisogni di tipo clinico, diagnostico-terapeutico, ma anche quelli relativi alla di “qualità di vita” secondo il concetto di “salute globale” indicato dall’OMS).</p> <p>L’Agenzia Regionale Sanitaria A.Re.S. (Puglia) ha già sperimentato un modello di gestione territoriale delle patologie croniche (Progetto Leonardo), che</p>
----------	---

	<p>si è realizzato nell'ambito delle forme complesse di associazione dei MMG, con un riscontro positivo sugli output clinici ed organizzativi e sulla soddisfazione dei soggetti coinvolti.</p>
DESCRIZIONE	<p>La Regione Puglia è impegnata nella realizzazione del "Piano di Rientro" 2010-2012 sottoscritto a seguito di accordo con i Ministri della Salute, della Economia e delle Finanze in data 29/11/2010 e approvato con Delibera di Giunta regionale n. 2624 del 30/11/2011.</p> <p>Il suddetto Piano prevede la disattivazione e/o riconversione di alcuni plessi ospedalieri e l'attivazione contestuale di Strutture Territoriali e di nuovi Servizi di Assistenza alla Persona, secondo modalità alternative al ricovero ospedaliero.</p> <p>Pertanto nei Comuni pugliesi e, in particolare, in quelli interessati dai processi di disattivazione/riconversione previsti dal Piano di Riordino Ospedaliero vi è la necessità di attivare forme di Assistenza Primaria in grado di offrire una risposta ottimale, in termini di efficienza, efficacia e gradimento, nella gestione dei pazienti cronici, in particolare, di quelli che presentano condizioni cliniche e socioeconomiche di maggiore fragilità e vulnerabilità.</p>
OBIETTIVI	<p>Il presente progetto ha come principale obiettivo favorire lo sviluppo di processi di innovazione organizzativa attraverso l'implementazione di un "modello assistenziale" (già definito durante la sperimentazione del Progetto Leonardo) che prevede un programma articolato di interventi:</p> <ul style="list-style-type: none"> -mappatura degli Ospedali di cui si prevede la riconversione/disattivazione -analisi del bacino d'utenza che afferisce storicamente agli Ospedali interessati dai processi di riconversione -presenza e distribuzione di forme complesse di associazione dei MMG nei territori -valutazione dei bisogni prevalenti in relazione alle casistiche trattate (numerosità dei DRG per patologie da Scopenso cardiaco, Malattie Cardio Vascolari, Diabete, BPCO prodotti dagli ospedali interessati dal riordino) -formazione degli operatori e gestione del software del Disease and Care Management (D&C) <p>Si tratta, dunque, di realizzare una "Governance" dell'assistenza, per affermare un modello assistenziale al centro del quale è inserita "una persona" con un problema clinico ed "un piano di cure" individualizzato su cui convergono gli interventi di tutti gli attori coinvolti, incluso il paziente impegnato in un ruolo attivo di protagonista, L'intervento è basato sul rapporto</p>

	<p>fiduciario medico-paziente e si esplicita attraverso la definizione di percorsi clinici per le patologie ad andamento cronico-invalidante (e per la prevenzione primaria e secondaria delle stesse), lungo i quali sia i Medici che i Pazienti ricevono il supporto di Infermieri/Care manager specificatamente formati alle tecniche del coaching.</p> <p>Il programma viene attuato attraverso 7 passaggi governati dal MMG, che guida e supervisiona gli operatori che con lui collaborano alla gestione del percorso salute:</p> <ul style="list-style-type: none"> -verifica dei criteri di inclusione ed esclusione (arruolamento) -valutazione del paziente (verifica dello stato di salute del paziente e stratificazione del livello di gravità della patologia) -definizione degli obiettivi di salute -impostazione e sviluppo del Piano di Salute personalizzato (piano clinico-terapeutico integrato dal piano assistenziale) -monitoraggio e valutazione della corretta attuazione del piano di salute -formazione del paziente -ricorso appropriato ai servizi. <p>I modelli organizzativi complessi (Super Gruppo, Super Rete e Centri Polifunzionali Territoriali – CPT) sono la sede ideale per la realizzazione del predetto modello in quanto in grado di garantire al meglio:</p> <ul style="list-style-type: none"> -un'assistenza continuativa nell'arco delle 10 o 12 ore giornaliere -una moderna gestione delle condizioni croniche attraverso una migliore organizzazione ed integrazione tra le varie figure professionali -un'attività orientata ad obiettivi di salute e di prevenzione. <p>Le risorse economico-finanziarie saranno assegnate all'Agenzia Regionale Sanitaria per l'attuazione del progetto.</p>
<p>TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)</p>	<p>I Trimestre: -Valutazione del contesto e analisi della domanda e dell'offerta</p> <p>II Trimestre: -Definizione del percorso formativo alla metodologia generale di tutte le professionalità coinvolte: MMG, medici specialisti, infermieri CM. la formazione viene estesa anche ai componenti dell'Ufficio distrettuale per la programmazione ed il monitoraggio delle attività di medicina generale (UDMG)</p> <p>III Trimestre: -Arruolamento dei pazienti affetti da Diabete, Malattia Cardio Vascolare ad alto Rischio Cardio Vascolare, Scompenso Cardiaco e BPCO e</p>

	<p>responsabilizzazione del paziente ad agire coerentemente con gli obiettivi individuati nel Piano Assistenziale Individuale (PAI).</p> <p>IV Trimestre: -Analisi conclusiva</p>
INDICATORI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Numero di modelli organizzativi complessi realizzati (Super Gruppo, Super Rete e Centri Polifunzionali Territoriali – CPT) 2. Numero di pazienti coinvolti nel progetto 3. Numero dei DSS coinvolti nel progetto
RISULTATI ATTESI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Integrazione del Cronich Care Model come riferimento culturale e assistenziale nelle cure primarie, a partire dal livello assistenziale di base 2. Diffusione del ruolo e delle competenze professionali dell'infermiere delle cure primarie 3. Definizione di modelli efficaci di collaborazione interdisciplinare ed interprofessionale per garantire la realizzazione dei Piani assistenziali Individualizzati 4. Miglioramento dell'aderenza dei pazienti al trattamento e al follow-up, secondo le raccomandazioni proposte dalle specifiche Linee Guida e Protocolli di assistenza 5. Miglioramento degli esiti clinici 6. Incremento del numero di pazienti che adottano stili di vita salutari 7. Riduzione della mobilità sanitaria 8. Riduzione dell'impatto sulle liste di attesa, programmando gli accessi in agende dedicate 9. Ridurre il numero di ricoveri sia programmati che in urgenza.
RELAZIONE ANNO 2009	<p>In Puglia si è sviluppata una interessante esperienza nell'ambito delle medicine di gruppo dei MMG, nelle quali un infermiere Care Manager, ha consentito la attuazione di un modello assistenziale all'interno del quale i pazienti cronici hanno potuto sperimentare i vantaggi di un processo partecipativo per l'autogestione delle cure, per la modifica degli stili di vita non salutari, per il miglioramento della appropriatezza clinica e della compliance ai protocolli diagnostico-terapeutici.</p> <p>Con il progetto sperimentato a Lecce, risultano in servizio, presso le rispettive Medicine di Gruppo, 30 care manager dipendenti a tempo pieno della AUSL. I pazienti arruolati sono in totale 1148, ripartiti nei tre moduli di patologia (522 con rischio MCV, 433 diabetici, 193 con scompenso cardiaco). I pazienti</p>

	<p>sono stati reclutati dalle 20 Medicine di Gruppo aderenti al Programma (85 MMG), tramite screening opportunistico in occasione delle visite presso gli ambulatori. A sei mesi dall'inizio del Progetto Leonardo, ai pazienti arruolati da almeno 3 mesi, è stato chiesto di compilare un questionario che ne rilevasse il grado di soddisfazione rispetto al care manager e ad alcune componenti essenziali del Programma.</p> <p>Dal punto di vista dei pazienti migliora il loro rapporto con il MMG, ma anche lo stato di salute generale e delle abilità funzionali.</p> <p>I Care Manager svolgono un ruolo attivo nel coordinamento dei servizi specialistici al fianco degli MMG e degli Specialisti.</p> <p>Dopo circa 9 mesi di follow-up, si osserva che i pazienti partecipanti al Progetto Leonardo stanno introducendo positivi cambiamenti degli stili di vita con riferimento alla dieta e all'attività fisica.</p> <p>Nel campione di 850 pazienti, in fase di valutazione iniziale, solo il 29% dei pazienti era collocabile nello stadio d'azione o mantenimento per quanto riguarda l'attività fisica. Al follow-up, il 67% dei pazienti risulta in tali stadi, a suggerire che l'attività fisica si annovera ormai tra le scelte di vita adottate.</p> <p>Appena il 28% dei pazienti (in un campione di 864) si atteneva a una dieta sana all'atto della valutazione iniziale; un dato che è salito al 77% nel follow-up a 9 mesi.</p>
--	---

LINEA PROGETTUALE 2

LA NON AUTOSUFFICIENZA

1. Rete di Assistenza ai pazienti con demenza
2. Creazione di una Rete regionale per la verifica dell'appropriatezza diagnostica e terapeutica in pazienti con Sclerosi Multipla.
3. Assistenza ai pazienti con Sclerosi Laterale Amiotrofica: Continuità Ospedale –Territorio.
4. Facilitazione della comunicazione nei pazienti con gravi patologie neuromotorie.

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
LINEA PROGETTUALE	LA NON AUTOSUFFICIENZA
TITOLO DEL PROGETTO	RETE DI ASSISTENZA AI PAZIENTI CON DEMENZA
DURATA DEL PROGETTO	24 mesi
REFERENTE	A.Re.S. Puglia – Via Caduti di tutte le guerre, 15 – 70100 BARI telefono 080-5403483; fax 080-5403411; e-mail dirgen@arespuglia.it

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 1.524.457
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2010	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	Lo studio ILSA indica una prevalenza delle Demenze in Italia, negli ultra 65enni, del 6,4%. Questo stesso studio, tra l'altro, non comprendeva gli ultra85enni che al 01/01/2010 erano in Italia già 1.600.000 circa. Lo stesso studio, che dal punto di vista epidemiologico è tuttora una fonte inesauribile di dati, evidenziava per la Puglia un dato ancora più preoccupante rilevando, sempre tra gli ultra65enni, una percentuale maggiore rispetto alle altre regioni e cioè circa il 9%. Ancora, dati recenti, non ancora pubblicati, parlano di una attuale prevalenza dell'11,7% su una popolazione ultra65enne destinata a raddoppiare entro il 2050. L'Associazione
----------	--

	<p>Alzheimer Bari riferisce la presenza in Puglia di circa 65.000 soggetti malati. Sono questi dati impressionanti se pensiamo ai costi (diretti, indiretti, intangibili) di quello che, giustamente, è stato definito un “problema sociale” nell’ambito di una “epidemia silente”. Tra il 01/10/2000 e il 30/03/2003 nasceva e si concludeva il progetto CRONOS che attivava circa 500 UVA (Unità Valutative Alzheimer) in Italia.</p>
DESCRIZIONE	<p>L’ <u>obiettivo generale di salute</u> è:</p> <p><u>contenere il declino cognitivo e della disabilità</u> del malato, agendo sia sul livello clinico che comportamentale e ambientale, prevenendo e contenendo contestualmente le componenti di fragilità fisica, relazionale, sociale;</p> <p>La cura si fonda sulla precisione e tempestività nella definizione diagnostica e nella stadiazione,</p> <p>quindi con una valutazione della guaribilità della patologia, e nella valutazione dei problemi e delle abilità residue del malato.</p>
OBIETTIVI	<p>Appare quindi opportuno <u>predisporre indirizzi</u> che definiscano un livello minimo uniforme di cure alle persone su tutto il territorio regionale e correggano verso una semplificazione del sistema delle relazioni tra malato e operatori, evitando la frammentazione delle competenze e delle referenze.</p> <p><u>Attivare percorsi diagnostici</u> facilitati improntati alla logica del Day service ambulatoriale.</p>
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	<p>Motivati e coinvolti tutti gli attori, i tempi di attuazione degli obiettivi del breve-medio termine, possono essere raggiunti al termine del primo anno. Ogni ASL dovrà dotarsi di un gruppo di lavoro.</p>
INDICATORI	<p>Riduzione del numero di ospedalizzazioni, conseguente alla riduzione delle ricadute e della necessità di trattamenti con corticosteroidi</p>
RISULTATI ATTESI	<p>I principali risultati attesi sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Raggiungere e stabilire a livello regionale (Regione Puglia) criteri per migliorare, controllare e velocizzare l’accuratezza diagnostica, e per ottimizzare i trattamenti in base al profilo clinico dei pazienti e tenendo conto della loro efficacia a medio e lungo termine, sicurezza, tollerabilità e costi. -Migliorare l’assistenza ai malati con Demenza e alle loro famiglie inserendo nell’offerta anche la Formazione e l’Assistenza Domiciliare nelle fasi della malattia in cui maggiore è il rischio di istituzionalizzazione e/o ospedalizzazione.

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
LINEA PROGETTUALE	LA NON AUTOSUFFICIENZA
TITOLO DEL PROGETTO	Creazione di una Rete regionale per la verifica dell'appropriatezza diagnostica e terapeutica in pazienti con Sclerosi Multipla.
DURATA DEL PROGETTO	24 mesi
REFERENTE	A.Re.S. Puglia – Via Caduti di tutte le guerre, 15 – 70100 BARI telefono 080-5403483; fax 080-5403411; e-mail dirgen@arespuglia.it

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 1.000.000
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2010	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	Cronicità e disabilità costituiscono per il neurologo importanti sfide con cui confrontarsi nel trattamento e nella assistenza a soggetti affetti da patologie degenerative e/o infiammatorie di lunga durata. Modello caratteristico di progressiva disabilità e cronicità è la Sclerosi Multipla (SM), malattia infiammatoria del sistema nervoso centrale con elevata incidenza nelle fasce d'età giovanili e notoriamente una delle patologie neurologiche ad evoluzione cronica a maggiore impatto sociale e sulla spesa sanitaria. Circa l'85% dei pazienti esordisce con una forma recidivante-remittente, caratterizzata da esacerbazioni di malattia seguite da fasi di
----------	--

	<p>recupero completo o parziale, ma il 50% dei pazienti entro 10 anni ed il 90% dopo 25 anni sviluppa una fase graduale ed irreversibile di progressione di disabilità: si parla di forma secondariamente progressiva . Il 10-15% dei pazienti manifesta fin dall'esordio della malattia una progressione irreversibile della disabilità non accompagnata da effettive esacerbazioni: la forma primariamente progressiva. Non esistono attualmente terapie in grado di modificare il decorso della malattia nella fase di progressione, ma esistono evidenze, basate sui risultati di recenti studi clinici, che trattamenti precoci, instaurati all'esordio di malattia, possano ridurre significativamente il numero di ricadute e ritardare l'instaurarsi della disabilità permanente.</p>
<p>OBIETTIVI</p>	<p>Gli obiettivi che il progetto si prefigge di ottenere, sono:</p> <p><u>Obiettivi principali:</u></p> <p>1) Costituzione di un Network Regionale (Regione Puglia) tra i Centri Neurologici impegnati nella diagnosi e cura della SM, implementando l'uso del sistema informatico iMed</p> <p>2) Verifica dell'appropriatezza diagnostica "in tempi brevi" dall'esordio della malattia</p> <p>3) Verifica del profilo farmaco-epidemiologico completo (efficacia a medio e lungo termine, sicurezza, tollerabilità, e costi) e comparativo di differenti schemi terapeutici basati su immunomodulanti (Interferoni beta, Copolimero, Natalizumab, Rituximab) ed immunosoppressori (Ciclofosfamide, Mitoxantrone, Azatioprina) attualmente utilizzati dai pazienti con SM nella Regione Puglia.</p> <p>4) Formazione ed aggiornamento di tutte le figure professionali coinvolte nell'assistenza multidisciplinare e interdisciplinare dei pazienti con SM (medici di base, pediatri libera scelta, neurologi del territorio, psicologi, fisiatristi, urologi, oculisti) per una precoce individuazione di casi.</p> <p><u>Obiettivi secondari</u></p> <p>1) Utilizzo di un Registro di Safety standardizzato per il monitoraggio di farmaci innovativi (Fingolimod, Cladribrina, Alemtuzumab) con dimostrata maggiore efficacia, ma con possibili maggiori rischi (neoplasie e m. infettive) di quelli già in uso.</p> <p>2) Informazione e comunicazione continua ai pazienti ed ai familiari sull'appropriatezza di nuove procedure diagnostiche e terapeutiche.</p>

	<p>3) Confronto con il profilo dei pazienti trattati nella pratica clinica nei centri Regionali Pugliesi con Centri di altre Regioni Italiane con differenti livelli di organizzazione di assistenza.</p> <p>4) Validazione di fattori clinici, di RMN e biologici predittivi di decorso clinico di malattia e di risposta al trattamento</p>
DESCRIZIONE	<p>In Italia è stata istituita una rete informatica che collega i principali Centri Clinici SM, denominata: <i>Imedweb</i>. Il Centro coordinatore di tale Rete è il Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Università degli Studi di Bari. Attualmente una Banca dati, ubicata presso il Consorzio Mario Negri-Sud, contiene i dati di circa 16.000 pazienti SM provenienti da 25 Centri SM Italiani.</p> <p>L'impiego di tale Banca-dati rappresenta il primo tentativo in Italia di condivisione di dati in questa patologia e può consentire di studiare vari aspetti della storia naturale della malattia ed il reale impatto di efficacia e sicurezza a lungo termine dei farmaci in uso, inoltre può facilitare la selezione di coorti con differenti fenotipi clinici e biologici per ulteriori studi e progetti di ricerca e per la risoluzione di problemi clinico-assistenziali ancora aperti. La disponibilità di un sistema standardizzato di gestione e catalogazione elettronica di dati (iMED) permette di archiviare ed utilizzare le più importanti informazioni riguardanti la storia naturale ed i trattamenti dei pazienti ed , inoltre, dati di Risonanza Magnetica per Immagini (RMI), di esami di laboratorio su sangue e liquor cerebro-spinale e di esami elettrofisiologici.</p> <p>La collaborazione con il Consorzio Mario Negri Sud garantisce un supporto tecnico ed offre la possibilità di analisi periodiche di qualità del data-entry e di analisi statistiche sulle informazioni disponibili. In ogni Centro è identificato un neurologo responsabile del data-entry.</p> <p>Con l'impiego dei dati ad oggi raccolti, attraverso la rete informatica Italiana Imedweb, sono stati condotti una serie di studi (Ref 1-21) pubblicati su rilevanti riviste internazionali.</p> <p>Le risorse messe a disposizione per la realizzazione del progetto saranno impegnate per la costruzione della Rete Regionale dei Centri SIM</p>
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	<p>Entro 6 mesi <i>Attivazione di nuovi Centri SM a livello Regionale e raccolta dati</i></p> <p>Entro 12 mesi <i>Verifica della qualità dei dati raccolti e monitoraggio dei Centri</i></p>

<p>INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)</p>	<p>1) Numero di Centri Regionali SM con implementazione ed utilizzo del sistema informatico Imed</p> <p>2) Riduzione del numero di ospedalizzazioni, conseguente alla riduzione delle ricadute e della necessità di trattamenti con corticosteroidi</p>
<p>RISULTATI ATTESI</p>	<p>I principali risultati attesi sono: raggiungere e stabilire a livello regionale (Regione Puglia) criteri per migliorare, controllare e velocizzare l'accuratezza diagnostica, e per ottimizzare i trattamenti in base al profilo clinico dei pazienti e tenendo conto della loro efficacia a medio e lungo termine, sicurezza, tollerabilità e costi.</p> <p>I risultati attesi risulteranno di grande utilità per pianificazioni sanitarie nel campo della SM nella Regione Puglia.</p> <p>Sarà, infatti, possibile raggiungere un'adeguata stima dell'efficacia e sicurezza sul medio e lungo termine dei farmaci correntemente in uso per la SM e del loro rapporto costi/benefici.</p> <p>Le informazioni derivate dal progetto miglioreranno il grado di qualità di assistenza dei Centri Regionali SM con una particolare attenzione alla riduzione dei rischi connessi alle terapie (prevenzione e/o adeguato trattamento). Ricaduta essenziale dei risultati del progetto sarà la loro utilizzazione per la formazione ed aggiornamento di tutte le figure professionali coinvolte nell'assistenza multidisciplinare e interdisciplinare dei pazienti con SM (medici di base, pediatri libera scelta, neurologi del territorio, psicologi, fisiatri, urologi, oculisti). Particolare cura verrà posta ai processi di informazione e comunicazione ai pazienti, ai familiari e a tutte le figure professionali impegnate nei diversi aspetti della malattia sul territorio regionale (attraverso es. portale Web dedicato, supporti multimediali), sull'appropriatezza di nuove procedure diagnostiche e terapeutiche a grande impatto sull'opinione pubblica e molto spesso pubblicizzate in maniera non completa e corretta dai Mass-Media.</p>
<p>RELAZIONE ANNO 2009</p>	

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
LINEA PROGETTUALE	LA NON AUTOSUFFICIENZA
TITOLO DEL PROGETTO	Rete di assistenza nei pazienti con Sclerosi Laterale Amiotrofica: Continuità Ospedale – Territorio
DURATA DEL PROGETTO	24 mesi
REFERENTE	A.Re.S. Puglia – Via Caduti di tutte le guerre, 15 – 70100 BARI telefono 080-5403483; fax 080-5403411; e-mail dirgen@arespuglia.it

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 700.000
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2010	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	La Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) è una malattia neurodegenerativa a decorso progressivo e a prognosi frequentemente infausta. In un quarto dei casi la morte interviene entro due anni dall'esordio del primo sintomo, nella metà dei casi entro tre anni; poco meno di un quarto dei pazienti sopravvive otto o più anni. Il decesso si verifica, in genere, per insufficienza respiratoria. Nella Regione Puglia negli anni 1998-1999 è stato istituito il Registro Regionale della SLA. L'incidenza annuale della SLA in Puglia è di 1.6/100000 abitanti, con una età media di esordio di 65 anni (range 19-80)
----------	--

anni), prevalenza nel sesso maschile e tempo medio di sopravvivenza di 28 mesi (Logroschino et al, JNNP 2005).

L'European Federation of Neurological Societies ha recentemente stabilito le linee guida per la cura dei pazienti con SLA, definendo raccomandazioni per la accuratezza della diagnosi e per la totale presa in carico dei pazienti. Centri specializzati con approccio multidisciplinare certamente possono contribuire al miglioramento della cura e all'aumento della sopravvivenza dei pazienti.

La mancanza di definitivi test diagnostici, di specifiche terapie e l'elevato impatto della patologia in relazione all'elevato grado di disabilità clinica rende necessario un piano di assistenza e di cura integrato tra ospedale e territorio che coinvolga tutte le figure professionali e non, rivolte all'assistenza del malato di SLA.

Negli ultimi anni è sempre più riconosciuta l'evidenza dell'utilità di tecnologie informatiche nel decision/support making, con raccolta di dati standardizzati e prospettici, derivanti da più centri coinvolti nello studio di una stessa patologia. La necessità di sviluppare soluzioni per la integrazione tra diversi ambiti diagnostico-terapeutici ed assistenziali e le diverse professionalità che intervengono nella cura del medesimo paziente, soprattutto a livello territoriale, ha portato allo sviluppo di una strategia di sorveglianza e conoscenza epidemiologica estesa all'intero territorio regionale pugliese, premessa questa imprescindibile per ottimizzare l'offerta diagnostica e la risposta qualificata alla domanda di assistenza. Nell'ambito di un Progetto ordinario del Ministero della Salute, anno 2007, proponente la Regione Puglia, responsabile il Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche dell'Università Ospedale Consorziale Policlinico di Bari, si è proceduto alla realizzazione e strutturazione di una "Cartella Clinica Informatizzata per la Standardizzazione e Ottimizzazione della Gestione della SLA", in versione web, che consente l'accesso ad utenti accreditati con credenziali di accesso. La cartella prevede la raccolta di dati clinici: caratteristiche di esordio clinico, progressione di malattia con valutazione di parametri motori, respiratori, nutrizionali, funzionali, cognitivi e di qualità della vita. Una sezione è dedicata alle necessità assistenziali: supporti per la motilità, supporti per la comunicazione, supporti per la ventilazione e la nutrizione, necessità di care-giver. Una scheda prevede l'aggiornamento clinico da parte del medico di medicina generale che ha in carico il paziente con SLA. La progettazione, lo

	studio e la diffusione della Cartella Informatizzata per le Malattie del motoneurone è stata inquadrata nel ruolo di programmazione e coordinamento del Centro di riferimento della Rete dei Presidi Regionali per le Malattie del motoneurone, identificato presso l' Unità Operativa Neurologia "Amaducci" del Policlinico di Bari.
OBIETTIVI	Il principale obiettivo del progetto è quello di intercettare tutti i casi incidenti e prevalenti di SLA nella Regione Puglia e garantire una continuità assistenziale attraverso un stretta interrelazione di tre livelli di assistenza clinica: I° livello rappresentato dai medici di medicina generale II° livello rappresentato dagli ospedali provinciali e dagli specialisti territoriali, III° livello rappresentato dai centri di riferimento per la diagnosi e cura dei malati con l'integrazione di un team multidisciplinare.
DESCRIZIONE	Lo studio prevede l'intervento di diversi livelli di intervento clinico (Rete Multilivello) e prevede tre fasi (NB le tre fasi devono considerarsi interconnesse tra loro e non strettamente sequenziali) FASE 1: I soggetti con sospetta malattia del motoneurone individuati da medici di medicina generale o da specialisti territoriali afferiranno ai centri di riferimento regionali per le malattie del motoneurone (uno per provincia) per la definizione diagnostica. I pazienti verranno attentamente valutati sul piano clinico. In accordo alle linee guida internazionali, l'accuratezza della diagnosi dovrà essere assicurata attraverso l'utilizzo di criteri standardizzati sia clinici che elettrofisiologici, (EL Escorial Revisited Criteria, 1998), ai fini di ridurre misdiagnosi con sindromi cliniche che possano mimare la SLA. Su tutti i soggetti, con diagnosi di SLA, dopo acquisizione di consenso informato verrà effettuato un prelievo di sangue periferico dal quale purificare il DNA genomico che verrà inviato al Centro di Riferimento delle Malattie del Motoneurone del Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche dell'Università degli Studi - Policlinico di Bari, il quale provvederà allo stoccaggio del DNA. In tutti i soggetti verrà condotta una valutazione neuropsicologica per esplorare i diversi domini cognitivi (memoria, attenzione e funzioni esecutive, linguaggio, funzioni pratto-gnosiche). Presso ogni centro di riferimento si provvederà alla coordinazione di un team multidisciplinare coinvolto nella cura di pazienti SLA. Il team multidisciplinare include neurologi, pneumologi, psicologi, nutrizionisti,

	<p>fisiatri fisioterapisti, logopedisti, otorinolaringoiatri, chirurghi anestesisti, rianimatori.</p> <p>Tutti i dati clinici e strumentali utili per la diagnosi e per il monitoraggio saranno raccolti sulla "Cartella Clinica Informatizzata" per la Standardizzazione e Ottimizzazione della Gestione della SLA. Per la compilazione adeguata della cartella è prevista una fase di training.</p> <p>Particolare ruolo verrà svolto dai medici di medicina generale sia nella individuazione dei casi da diagnosticare, sia nella continuità assistenziale domiciliare attraverso controlli clinici periodici e compilazione trimestrale (previa fase di training) di schede strutturate "ad hoc" da riportare sulla cartella clinica informatizzata</p> <p>FASE 2: Il Centro Interdipartimentale per lo Studio delle Malattie del Motoneurone del Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche dell'Università degli Studi di Bari-Policlinico rappresenterà il Centro di Riferimento regionale a cui afferiranno pazienti per esecuzione di indagini più specifiche. Previo consenso informato, verranno eseguite indagini di neuroimaging strutturale e analisi su campioni sierici e liquorali di biomarkers di neurodegenerazione (N-acetil-aspartato, Neurofilamento).</p> <p>Il Centro Interdipartimentale per lo Studio delle Malattie del Motoneurone del Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche dell'Università degli Studi di Bari-Policlinico rappresenterà la sede per la costituzione di una banca del DNA.</p> <p>FASE 3: La terza fase prevede a) la validazione della raccolta dati da parte del Laboratorio di Epidemiologia Assistenziale e Sistemi Informatici del Consorzio Mario Negri Sud (CMNS), sede del Server e gestore del portale web; b) la creazione di una banca dati regionale, strumento indispensabile ai fini di una valutazione sulla distribuzione della patologia nella Puglia, di una analisi sui fattori rischio e comorbidità, e sui principali outcomes (mortalità, tracheotomia, gastrostomia).</p> <p>Per la realizzazione del progetto l'80% del finanziamento servirà per garantire la disponibilità del personale necessario e del 20% per la formazione delle figure professionali coinvolte.</p>
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	<p>I SEMESTRE: Valutazione iniziale dei pazienti inviati dai medici di medicina generale e da specialisti del territorio</p> <p>II SEMESTRE: Screening diagnostico (strumentale e laboratorio) dei pazienti</p> <p>III SEMESTRE: Validazione dello screening</p>

	IV SEMESTRE: Creazione di una banca dati regionale, strumento indispensabile ai fini di una valutazione sulla distribuzione della patologia nella Puglia, di una analisi sui fattori rischio e comorbidità, e sui principali outcomes (mortalità, tracheotomia, gastrostomia).
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	-Numero di casi pazienti incidenti e prevalenti di SLA nella Regione Puglia, con valutazione della distribuzione geografica dei casi -Numero di casi con diagnosi confermata (correttezza diagnostica) -Numero di ricoveri per diagnosi -Numero di ricoveri in emergenza -Numero di interventi PEG -Numero di interventi tracheotomia
RISULTATI ATTESI	Il principale obiettivo del progetto è quello di intercettare tutti i casi incidenti e prevalenti di SLA nella Regione Puglia e garantire una continuità assistenziale.
RELAZIONE ANNO 2009	

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	LA NON AUTOSUFFICIENZA
TITOLO DEL PROGETTO	Facilitazione della comunicazione nei pazienti con gravi patologie neuromotorie
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi (II Annualità)
REFERENTE	A.Re.S. Puglia – Via Caduti di tutte le guerre, 15 – 70100 BARI telefono 080-5403483; fax 080-5403411; e-mail dirgen@arespuglia.it .

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 1.500.000
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2010	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	Il Piano Regionale di Salute 2008-2010 e il Piano Regionale delle Non Autosufficienze (D.G.R. n.1984/08) hanno individuato tra le priorità del SSR e del sistema dei Comuni, la attivazione di modalità di presa in carico della persona non autosufficiente attraverso un piano individualizzato di assistenza, favorendo la prevenzione e il mantenimento di condizioni di autonomia, anche attraverso l'uso di nuove tecnologie.
DESCRIZIONE	Con il presente progetto si intende continuare a mettere a disposizione dei pazienti affetti da gravi patologie neuromotorie sistemi di comunicazione da destinarsi a soggetti con fonazione di grado 2 (sostanziale perdita della parola) e motilità di grado

	<p>4 (tetra paresi).</p> <p>Le risorse economico-finanziarie saranno assegnate alle AA.SS.LL., che provvederanno all'acquisto dei comunicatori da assegnare in comodato ai pazienti (attraverso modalità che garantiscano la formazione del caregiver e le spese di assistenza), così come già indicato nel progetto di piano 6/LP1/09.</p>
OBIETTIVI	Favorire la prevenzione e il mantenimento di condizioni di autonomia della persona non autosufficiente, attraverso l'uso di nuove tecnologie.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMA)	<p>Entro il primo semestre:</p> <p>ricognizione del fabbisogno, sulla base delle richieste pervenute, di sistemi di comunicazione, da destinarsi prioritariamente a soggetti con fonazione di grado 2 (sostanziale perdita della parola) e motilità di grado 4 (tetraparesi).</p> <p>Al termine della attività progettuale:</p> <p>trasmissione all'A.Re.S. dei dati raccolti con particolare riferimento alla effettiva dotazione dei beni e servizi necessari alla comunicazione del paziente con gravi patologie neuromotorie.</p>
INDICATORI	<p>Indicatore di processo</p> <p>-% di soggetti sul totale, destinatari della predetta tecnologia</p> <p>Indicatore di risultato</p> <p>-% di soggetti sul totale, che ottengono i trattamenti e i benefici previsti</p> <p>-Valutazione del tempo di attesa tra momento in cui si avvia la richiesta ed il momento in cui tale intervento viene eseguito</p>
RISULTATI ATTESI	<p>Presenza in carico omogenea e soddisfazione del bisogno di comunicazione del paziente con gravi patologie neuromotorie.</p> <p>Aggiornamento e formazione del personale.</p>
RELAZIONE ANNO 2009	E' in corso ancora l'analisi delle attività svolte e dei dati elaborati.

LINEA PROGETTUALE 3

LA PROMOZIONE DI MODELLI ORGANIZZATIVI E ASSISTENZIALI DEI PAZIENTI IN STATO VEGETATIVO E DI MINIMA COSCIENZA NELLA FASE DI CRONICITÀ

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

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	IMPLEMENTAZIONE DELLA RETE DELLE UNITÀ SPINALI E DELLE STRUTTURE PER PAZIENTI GRAVI CELEBROLESÌ.
TITOLO DEL PROGETTO	Potenziamento della Unità' Spinale Unipolare della Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico di Bari.
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi (II Annualità)
REFERENTE	A.Re.S. Puglia – Via Caduti di tutte le guerre, 15 – 70100 BARI telefono 080-5403483; fax 080-5403411; e-mail dirgen@arespuglia.it

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 3.500.000
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2010	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	<p>In Italia l'incidenza di lesioni midollari post-traumatiche viene stimata, in studi a valenza regionale, su 18-20 nuovi casi per milione di abitanti per anno.</p> <p>Le cause più frequenti delle lesioni midollari in Italia, come in altri paesi, sono legate a fattori traumatici; in particolare, gli incidenti stradali e quelli sportivi costituiscono il 60% di tutte le lesioni midollari con proporzione quasi identica tra paraplegie e tetraplegie. Altre cause frequenti di lesione midollare sono gli infortuni sul lavoro e gli</p>
----------	---

	<p>episodi di violenza contro la persona. L'età dei traumatizzati dimostra due picchi di frequenza a 20 e 59 anni. Il rapporto maschi – femmine risulta essere di 4:1.</p> <p>Alla luce di questi dati e considerando la popolazione della Regione Puglia pari a 4 milioni di abitanti, una stima attendibile di prevalenza è di 80 nuovi casi di mielolesione traumatica l'anno, a cui vanno aggiunti circa 24 casi non traumatici che corrispondono al 30% circa di quelli traumatici.</p> <p>Bisogna inoltre considerare che la prevalenza di PLM è stimata a 1:900 il che fa presupporre che nella nostra Regione ci siano attualmente 4400 persone con lesione midollare.</p> <p>L'attuale situazione regionale determina due componenti principali:</p> <p>l'avvio di questi pazienti lungo un percorso clinico non appropriato</p> <p>l'incremento dei flussi di mobilità passiva extra-regionale ed extra-nazionale.</p>
DESCRIZIONE	<p>Il progetto conferma ed integra gli obiettivi già previsti dal Progetto 5/AP4/07 "Sviluppo della funzione di eccellenza della Struttura Complessa di Medicina Fisica e Riabilitativa dell'AO Policlinico Consorziato di Bari" e dal Progetto 4/LP3/09 (DGR n. 1222 del 13/07/09).</p> <p>Le risorse sono attribuite in maniera tale che possa essere potenziata la dotazione organica della UOC di Medicina Fisica e Riabilitativa dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico di Bari.</p> <p>Il trasferimento della suddetta unità operativa all'interno del nuovo complesso chirurgico della emergenza "Asclepios" del Policlinico, ha comportato, la messa a norma dei requisiti strutturali ed impiantistici e, al contempo, ha creato le premesse logistiche per il potenziamento delle risorse umane e strumentali adeguate al livello di complessità assistenziale richiesto dalla USU, alle quali si potrebbe fare fronte con il presente progetto.</p>
OBIETTIVI	<ul style="list-style-type: none"> - Rafforzamento della funzione di eccellenza di Medicina Fisica e Riabilitativa con particolare riferimento a quella relativa all'assistenza in Unità Spinale, già esistente, anche per ciò che riguarda l'assetto organizzativo - Condivisione di percorsi assistenziali integrati con le strutture riabilitative di 1° e 2° livello
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	<p>Primo Semestre</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formazione ed addestramento del personale reclutato per l'assistenza a soggetti affetti da lesioni midollari <p>Secondo Semestre</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elaborazione e condivisione di criteri di accesso,

	<p>di percorsi diagnostico terapeutici integrati con altre discipline ospedaliere e con altri livelli di assistenza (strutture riabilitative di 1° e 2° livello), di procedure cliniche ed organizzative</p> <ul style="list-style-type: none"> - Potenziamento dell'attività della USU implementata
INDICATORI	<ul style="list-style-type: none"> - Rapporto personale assunto / personale richiesto per specifico profilo professionale - Numero di posti letto attivati in USU - Numero di pazienti assistiti in US - N. di opuscoli informativi, rivolti agli utenti, distribuiti - Formazione specifica sull'assistenza a pazienti mielolesi rivolta al personale reclutato
RISULTATI ATTESI	<p>L'acquisizione di specifiche competenze di elevata specializzazione e l'attivazione di percorsi integrati tra diverse discipline e tra diversi livelli assistenziali avrà come effetto un innalzamento complessivo della qualità dell'assistenza nelle attività riabilitative.</p> <p>Infine, dalla piena operatività di uno specifico modello assistenziale per soggetti mielolesi ci si attende sia l'ottimizzazione dell'outcome e quindi il massimo recupero delle funzioni residue, che la prevenzione dell'aggravamento delle sequele.</p>
RELAZIONE ANNO 2009	<p>La completa attivazione dell'USU è ipotizzabile in un arco temporale di 3-4 aa.</p> <p>Sono state effettuate riunioni periodiche, da parte di una Commissione di esperti, al fine di monitorare, verificare e sanare le eventuali criticità riscontrabili durante il percorso attuativo.</p> <p>Con l'utilizzo dei fondi stanziati, nel primo semestre, si è proceduto all'attivazione di processi formativi per il personale individuato.</p> <p>Inoltre si è proceduto al perfezionamento delle procedure di acquisizione delle apparecchiature necessarie al reparto di Degenza e della Palestra, nonché all'individuazione di referenti progettuali per la ristrutturazione della Piscina per idrokinesiterapia in Aesclepios.</p> <p>Si sta procedendo alla stesura di un protocollo definito per la gestione dei posti di terapia intensiva e sub-intensiva e alla predisposizione di una cartella informatizzata.</p>

LINEA PROGETTUALE 4

LE CURE PALLIATIVE E LA TERAPIA DEL DOLORE

1. Attivazione della Rete di cure palliative pediatriche.
2. Attivazioni di “Unità” di cure palliative domiciliari.
3. Realizzazione di un centro di raccolta dati e ricerca della rete regionale delle Cure Palliative (adulto-bambino).
4. La Terapia del dolore.

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE
TITOLO DEL PROGETTO	Attivazione della Rete di Cure Palliative Pediatriche
DURATA DEL PROGETTO	24 mesi (II Annualità)
REFERENTE	ASSESSORATO ALLE POLITICHE DELLA SALUTE Servizio Assistenza Territoriale e Prevenzione - Via Caduti tutte le guerre, 15 – BARI Telefono 080.540.3649 – e-mail f.longo@regione.puglia.it

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 2.000.000
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2010	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	La prevalenza in ambito pediatrico della malattia cronica severa e/o terminale nei paesi Occidentali è in aumento. Nuove tecnologie e il miglioramento generale dell'assistenza hanno portato ad allungare progressivamente la sopravvivenza in malattia. Questo ha portato alla crescita della prevalenza di minori bisognosi di interventi complessi, anche per un lungo periodo di tempo e attraverso diverse fasi
----------	---

	<p>della vita, dall'infanzia all'adolescenza e da questa all'età adulta.</p> <p>Queste situazioni necessitano di un ripensamento della modalità di erogare assistenza sia a livello culturale che organizzativo e normativo, nell'ottica di riaffermare, accanto agli obiettivi di cura, obiettivi di qualità della vita per il piccolo paziente e la sua famiglia. Le cure palliative rappresentano in questo ambito la risposta più adeguata.</p> <p>L'OMS definisce infatti le cure palliative pediatriche come l'attiva presa in carico globale del corpo, della mente e dello spirito del bambino e comprende il supporto attivo alla famiglia.</p> <p>Infatti gran parte della gestione di un bambino inguaribile ricade tuttora sulla famiglia.</p>
DESCRIZIONE	<p>Il progetto conferma ed integra gli obiettivi già previsti dal Progetto 1/LP4/09 (DGR n. 1222 del 13/07/09). Infatti, con DGR n.900 del 25/03/2010, è stato istituito il "Centro di Riferimento Regionale per le Cure Palliative Pediatriche".</p>
OBIETTIVI	<p>Il predetto Centro, ubicato presso il Plesso Ospedaliero "Giovanni XXIII" dell'Azienda Ospedaliera Universitaria "Policlinico" di Bari coordina anche le Unità di Cure Palliative Pediatriche Territoriali, cui spetta il compito di offrire la prima risposta al bisogno del paziente terminale, al fine di privilegiarne la permanenza nel luogo abituale di vita, anche attraverso collaborazioni con Associazioni di Volontariato.</p> <p>Per la realizzazione del progetto, il finanziamento disponibile viene ripartito tra il Centro di Riferimento e le Aziende Sanitarie Locali.</p>
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	<p>Entro il primo semestre</p> <p>-Attivazione delle Unità Periferiche Territoriali.</p> <p>Entro il secondo semestre</p> <p>-Convenzione con Associazioni di Volontariato e analisi dei dati</p>
INDICATORI	<p>-Riduzione del numero di ricoveri di pazienti pediatrici terminali</p> <p>-Numero di pazienti e familiari, per i quali è stato attivato un programma di rilevazione costante della qualità di vita e di soddisfazione per le cure prestate</p>
RISULTATI ATTESI	<p>Risposta al bisogno di cura globale del Paziente e della sua Famiglia nella propria abitazione di residenza.</p>
RELAZIONE ANNO 2009	<p>E' in corso ancora l' analisi delle attività svolte e dei dati elaborati</p>

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE
TITOLO DEL PROGETTO	Attivazione di "Unità" di Cure Palliative Domiciliari
DURATA DEL PROGETTO	24 mesi
REFERENTE	ASSESSORATO ALLE POLITICHE DELLA SALUTE Servizio Assistenza Territoriale e Prevenzione - Via Caduti tutte le guerre, 15 – BARI Telefono 080.540.3649 – e-mail f.longo@regione.puglia.it

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 2.600.000
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2010	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	La rete delle cure palliative prevede un articolato sistema di offerta che comprende al suo interno: l'Hospice, le cure palliative domiciliari, l'ambulatorio di cure palliative, il Day Hospice. Nella Regione Puglia a giugno 2009 risultavano operativi 6 hospice, di cui 2 pubblici, 3 del terzo settore e 1 a gestione mista pubblico-privato per un totale di Posti Letto complessivi pari a n. 96.
----------	---

	<p>L'attuale offerta del territorio regionale risulta pari a 0.24 pl in hospice ogni 10.000 ab.</p> <p>A fronte della implementazione di posti letto-Hospice (sia pubblici che privati accreditati), si registra una presenza disomogenea di Unità di Cure Palliative domiciliari, attivate o sostenute dal privato no-profit convenzionato.</p>
DESCRIZIONE	<p>Il progetto conferma ed integra gli obiettivi già previsti dal Progetto 2/LP4/09 (DGR n. 1222 del 13/07/09).</p> <p>Per la realizzazione del progetto, il finanziamento disponibile viene ripartito tra le Aziende Sanitarie Locali per l'implementazione e potenziamento, laddove partite, delle UCPD.</p> <p>Il Coordinatore della UCPD predispone il piano attuativo per la presa in carico dei pazienti ed il programma formativo e di aggiornamento per il personale della propria unità operativa.</p> <p>L'Azienda organizza, in accordo con il Comitato Aziendale della Medicina generale, il programma formativo rivolto ai medici di famiglia.</p> <p>Ogni UCPD deve :</p> <ul style="list-style-type: none"> • inviare all'Osservatorio Regionale un flusso informativo trimestrale sull'attività svolta: <i>rapporto fra numero di giornate effettive di assistenza (con almeno un accesso domiciliare giornaliero di un operatore dell'equipe di cure palliative) e numero di giornate di presa in carico (dalla attivazione del piano di cure alla dimissione)</i> • garantire il servizio di reperibilità h 24, tutti i giorni dell'anno; • utilizzare la cartella clinica domiciliare; • assicurare la fornitura diretta di farmaci, presidi, ausili a domicilio del malato, attraverso i servizi aziendali e/o distrettuali; • promuovere la integrazione operativa con l'Hospice di riferimento.
OBIETTIVI	<p>-Favorire la presa in carico domiciliare dei pazienti terminali, assicurando loro una migliore qualità di vita</p> <p>-Realizzare un sistema integrato di risposte ai bisogni dei pazienti e dei loro familiari</p> <p>-Migliorare la integrazione Ospedale-Territorio, al fine di garantire la continuità assistenziale</p> <p>-Progressiva aderenza ai LEA</p>
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	<p>Entro il primo semestre</p> <p>-Ulteriore implementazione delle attività delle UCPD, laddove partite</p> <p>Entro il secondo semestre</p> <p>-Formazione degli operatori dell'UCPD e dei MMG</p>

INDICATORI	<ul style="list-style-type: none">-Numero di pazienti e familiari, per i quali è stato attivato un programma di rilevazione costante della qualità di vita e di soddisfazione per le cure prestate-Numero dei MMG che richiedono la presa in carico da parte dell'UCPD-Programmi di comunicazione e informazione alla popolazione sui problemi legati alle cure di fine vita e sulle soluzioni assistenziali possibili.
RISULTATI ATTESI	Completamento dell'offerta assistenziale di cure palliative (domicilio, hospice, day hospice ed ambulatorio) e soddisfazione dei bisogni dell'utenza.
RELAZIONE ANNO 2009	E' in corso ancora l' analisi delle attività svolte e dei dati elaborati

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE
TITOLO DEL PROGETTO	Realizzazione di un Centro di raccolta dati e ricerca della Rete Regionale delle Cure Palliative (adulto-bambino)
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi (II Annualità)
REFERENTE	ASSESSORATO ALLE POLITICHE DELLA SALUTE Servizio Assistenza Territoriale e Prevenzione - Via Caduti tutte le guerre, 15 – BARI Telefono 080.540.3649 – e-mail f.longo@regione.puglia.it

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 354.518
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2010	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	Il Piano regionale della salute 2008-2010, approvato con L.R. n. 23 del 19 settembre 2008, fa proprio il modello organizzativo delle Unità Operative di Cure Palliative e definisce la programmazione di una rete di cure palliative pediatriche. La legge prevede altresì la creazione dell'Osservatorio Regionale per lo sviluppo delle
----------	---

	cure palliative, costituito in un secondo momento con DGR n. 545 del 7 aprile 2009.
DESCRIZIONE	Il progetto conferma ed integra gli obiettivi già previsti dal Progetto 3/LP4/09 (DGR n. 1222 del 13/07/09) .
OBIETTIVI	Avviare una attività di raccolta dati per il completamento della Rete Regionale. Creare un flusso corrente di dati.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMA)	I Trimestre -Attivazione di un flusso centripeto. II Trimestre -Attivazione di un flusso centrifugo (sito web e call center) III Trimestre -Presentazione dei dati.
INDICATORI	-Utilizzo dei dati raccolti per l'elaborazione di linee guida e strumenti normativi -Presentazione e pubblicazione di lavori scientifici.
RISULTATI ATTESI	-Realizzazione del Centro di raccolta dati regionale -Realizzazione del sito web e call center, consultabile da Operatori e Utenti
RELAZIONE ANNO 2009	E' in corso ancora l' analisi delle attività svolte e dei dati elaborati

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
LINEA PROGETTUALE	LE CURE PALLIATIVE E LA TERAPIA DEL DOLORE
TITOLO DEL PROGETTO	La Terapia del dolore
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi
REFERENTE	A.Re.S. Puglia – Via Caduti di tutte le guerre, 15 – 70100 BARI telefono 080-5403483; fax 080-5403411; e-mail dirgen@arespuglia.it

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 3.500.000
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2010	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	Da una indagine condotta in Europa nel 2003 (Pain in Europe) è emerso che la prevalenza del Dolore Cronico su 46.394 pazienti esaminati è pari al 19%; tale prevalenza è risultata ancora maggiore in Italia dove su 3849 pazienti presi in esame è risultata del 26% (13% per il dolore cronico moderato e 13% per il dolore cronico grave); poiché nelle regioni del centro-sud e del sud dell'Italia la prevalenza è risultata compresa fra il 24.1% ed il 21.7%, è possibile affermare che nella nostra regione 1 abitante su 4-5 è affetto da un dolore cronico che spesso dura da alcuni anni; poiché il 42% di questi pazienti si sottopone ad un trattamento sanitario di tipo farmacologico e/o di altra natura ne deriva che la spesa
----------	---

	<p>sanitaria che il trattamento del dolore cronico comporta, quantunque non facilmente quantificabile, risulta necessariamente assai rilevante.</p> <p>La legge 38 del 15 marzo 2010, dopo aver dichiarato che è tutelato e garantito ad ogni cittadino che ne abbia necessità l'accesso alla Terapia del Dolore (riconosciuto come obiettivo prioritario del piano sanitario nazionale) ha aggiunto la Terapia del Dolore ai livelli essenziali di assistenza (LEA) stabiliti nel decreto legge 2001 disponendo che sia assicurato un programma di cura individuale; dopo aver definito caratteristiche della Terapia del Dolore, ha riconosciuto l'utente del servizio come una "persona affetta da patologia ad andamento cronico ed evolutivo, per la quale non esistono terapie o, se esistono, sono inadeguate ed efficaci".</p>
DESCRIZIONE	<p>Si pone la necessità di procedere ad una riorganizzazione complessiva del sistema di cura dedicato alla Terapia del Dolore (con particolare riferimento a quello cronico) secondo un modello a rete capace di garantire la continuità assistenziale nei pazienti affetti da dolore cronico, dalla struttura ospedaliera al proprio domicilio ed in questa rete devono integrarsi le strutture sanitarie (ospedaliere e territoriali) e assistenziali, le figure professionali e gli interventi diagnostici e terapeutici che devono essere erogati.</p> <p>Attraverso la realizzazione di questi obiettivi la Terapia del Dolore potrebbe configurare un nuovo modello di organizzazione sanitaria nel quale l'integrazione fra attività di cura territoriali e centri di ricovero può consentire di ridurre la ripetizione e la pleora di esami diagnostici che caratterizzano la storia clinica dei pazienti affetti da dolori cronici.</p> <p>Fondamentale è l'individuazione, a tale scopo, dei criteri per i percorsi formativi del personale medico e sanitario in materia di Terapia del Dolore, con specifica attenzione alla formazione dei medici di medicina generale il cui contributo è fondamentale per la realizzazione del progetto.</p> <p>Il finanziamento disponibile viene ripartito tra le Aziende Provinciali per il raggiungimento dell'obiettivo formativo.</p>
OBIETTIVI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Censimento dell'esistente nella Regione Puglia per quanto riguarda le strutture (Centri di Terapia del Dolore - Centri di Riferimento - e gli Ambulatori di

	<p>Terapia del Dolore) che attualmente nell'ambito del SSN si occupano di pazienti affetti da dolore cronico.</p> <p>2. Individuazione dei livelli di operatività delle singole strutture, censimento delle prestazioni erogate e loro valutazione in relazione alle modalità di organizzazione dell'attività.</p> <p>3. Organizzazione di un percorso formativo didattico/clinico che consenta ai medici e i professionisti sanitari impegnati negli Ambulatori di Terapia del Dolore della Regione Puglia di erogare prestazioni di livello omogeneo.</p>
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	<p>PRIMO SEMESTRE</p> <p>Censimento dell'esistente nella Regione Puglia per quanto riguarda le strutture (Centri di Terapia del Dolore - Centri di Riferimento - e gli Ambulatori di Terapia del Dolore) che attualmente nell'ambito del SSN si occupano di pazienti affetti da dolore cronico e della loro operatività.</p> <p>SECONDO SEMESTRE</p> <p>Organizzazione di un percorso formativo didattico/clinico che consenta a tutti gli operatori medici e paramedici impegnati Ambulatori di Terapia del Dolore della Regione Puglia di erogare prestazioni di livello omogeneo.</p>
INDICATORI	<ul style="list-style-type: none"> - Variazioni nel numero e nella tipologia delle prescrizioni di farmaci ordinariamente utilizzati per la Terapia del Dolore; - Formulazione e validazione di una cartella clinica unificata per i pazienti in trattamento per dolore cronico.
RISULTATI ATTESI	-Variazioni nel numero e nella tipologia delle prescrizioni di farmaci ordinariamente utilizzati per la Terapia del Dolore
RELAZIONE ANNO 2009	

LINEA PROGETTUALE 5

INTERVENTI PER LE BIOBANCHE DI MATERIALE UMANO

1. Biobanche di sangue cordonale (SCO).

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	INTERVENTI PER LE BIOBANCHE DI MATERIALE UMANO
TITOLO DEL PROGETTO	Biobanche di sangue cordonale (SCO)
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi (II Annualità)
REFERENTE	ASSESSORATO ALLE POLITICHE DELLA SALUTE Servizio Assistenza Ospedaliera e Specialistica - Via Caduti tutte le guerre, 15-BARI Telefono 080.540.3493 - e-mail s.papini@regione.puglia.it

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 1.200.000
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2010	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	Attualmente il trapianto di cellule staminali emopoietiche (CSE), prelevate dal midollo osseo o dal sangue venoso periferico, rappresenta una procedura terapeutica largamente impiegata nel trattamento di numerose patologie. Per alcuni pazienti la difficoltà a reperire un donatore compatibile o la necessità di un intervento terapeutico rapido ha spinto a ricercare delle fonti alternative di CSE rispetto al midollo. L'identificazione di CSE nel sangue cordonale e la possibilità di effettuare trapianti con
----------	--

	<p>queste cellule hanno indotto la costituzione di vere e proprie "banche", dove vengono conservate le unità di sangue cordonale raccolte. Negli ultimi anni, si è assistito anche in Italia ad un aumento del numero dei trapianti effettuati con cellule staminali cordonali, che sono passati da 72 nel 2007 a 98 nei primi 9 mesi del 2008.</p>
DESCRIZIONE	<p>L'obiettivo principale del progetto è stato quello di incrementare il numero delle unità bancate effettivamente disponibili all'uso trapianto logico.</p>
OBIETTIVI	<p>Il progetto conferma ed integra gli obiettivi già previsti dal Progetto 2/LP5/09 (DGR n. 1222 del 13/07/09).</p>
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	<p>I- II trimestre -Potenziamento dell'attività di formazione degli operatori impegnati nelle fasi della raccolta</p> <p>I-IV trimestre -Attività di raccolta nelle varie fasi, con particolare alla standardizzazione delle procedure per il miglioramento della qualità</p>
INDICATORI	<p>-Incremento delle raccolte effettuate e dell'inventario delle unità conservate (n. delle unità bancate per anno sulla base del piano definito)</p> <p>-Numero di donazioni solidaristiche rispetto alle conservazioni</p>
RISULTATI ATTESI	<p>-incremento delle raccolte effettuate, con riferimento alle unità totali raccolte sul territorio nazionale nel 2008 (11.517 unità);</p> <p>-incremento delle unità criopreservate;</p> <p>-incremento delle rivalutazione a sei mesi/1 anno dalla donazione.</p>
RELAZIONE ANNO 2009	<p>La Banca del Sangue Cordonale della Regione Puglia viene istituita presso il Servizio Trasfusionale dell'Ospedale Casa Sollievo della Sofferenza. Dopo le certificazioni necessarie e l'adeguamento strutturale dei locali agli standard nazionali ed internazionali, si comincia l'attività. Viene individuata prima la Rete dei Centri di Raccolta (14 in tutta la Puglia, in Ospedali con più di 1000 parti/anno). Nel 2009, primo anno pieno di attività, la Banca del Sangue Cordonale della Regione Puglia registra il record nazionale (sono 18 le Banche operative in Italia) di Unità donate e bancate. Nel 2010, siamo sugli stessi livelli dell'anno precedente. Durante l'anno in corso, la Banca ha avuto 6 richieste di Unità conservate a fini trapiantologici ed una di queste si è concretizzata nello scorso mese di giugno. Infatti, un bambino francese ha potuto usufruire con successo del dono del sangue cordonale di una donna pugliese.</p>

LINEA PROGETTUALE 6

LA SANITÀ PENITENZIARIA

1. Interventi di riabilitazione e inserimento sociale per persone dimesse dall'OPG ed in carico al servizio territoriale.
2. Macro progetto interregionale per livelli assistenziali omogenei e condivisi in ambito penitenziario.
3. Prevalenza e caratteristiche di infezione e malattia tubercolare e di altre malattie trasmissibili nella popolazione ristretta in Istituti Penitenziari della Puglia.

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
LINEA PROGETTUALE	PROMOZIONE DI ATTIVITA' DI INTEGRAZIONE TRA DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE E OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI
TITOLO DEL PROGETTO	Interventi di riabilitazione e inserimento sociale per persone dimesse dall'OPG ed in carico al servizio territoriale
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi (II Annualità)
REFERENTE	ASSESSORATO ALLE POLITICHE DELLA SALUTE: -Servizio Assistenza Territoriale e Prevenzione - Via Caduti tutte le guerre, 15 - BARI Telefono 080.540.3649 - e-mail f.longo@regione.puglia.it

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 3.000.000
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2010	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	Dal 2002 non è più automatico l'internamento in ospedale psichiatrico giudiziario. Oggi queste strutture sono sotto la gestione delle ASL e non più solo del Ministero della Giustizia, pertanto è necessario un lavoro integrato tra l'O.P.G., le Case di Cura e Custodia (CCC) ed i servizi di salute mentale delle zone di origine delle persone internate. Ove non vi sia pericolosità sociale accertata, deve essere privilegiato l'itinerario terapeutico e di reinserimento sociale rispetto alla permanenza in O.P.G.
----------	---

DESCRIZIONE	<p>Il presente progetto, in continuità con il precedente progetto per l'anno 2009, ha visto l'implementazione di un "sistema strutturale regionale", capace di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - monitorare la presenza di internati residenti nella regione - garantire una rete permanente di contatti tra i DSM degli internati e l'equipe sanitaria dell'ASL che opera all'interno degli OPG - evitare il protrarsi della misura di sicurezza, quando si creino le condizioni per una dimissione e presa in carico da parte dei servizi anche con misure non detentive (vedi le sentenze 253/03 e 367/04) - intervenire fin dalla fase di primo invio in carcere nel caso di utenti psichiatrici autori di reato, per evitare, quando possibile, il ricorso all'OPG. <p>L'attività della struttura deve essere finalizzata alla predisposizione di piani di trattamento concordati, per il reinserimento degli internati nel territorio di provenienza. Inoltre tra la Regione titolare della competenza gestionale dell'OPG e le regioni limitrofe e/o viciniori devono essere predisposti programmi di cura, di riabilitazione e di recupero sociale di ciascuno degli internati prevedendo rapporti tra i diversi servizi sociali e sanitari necessari per realizzare il programma di ulteriore decentramento nelle Regioni di provenienza.</p>
OBIETTIVI	<p>Il progetto è legato al reinserimento dei pazienti dimessi dagli OPG, affinché il contatto con la società esterna non si trasformi in una ulteriore fonte di esasperazione della malattia psichiatrica e, di conseguenza, del rischio di commettere nuovi reati e ciò attraverso la:</p> <ul style="list-style-type: none"> - predisposizione di uscite dall'OPG per avviare, già a partire dagli ultimi mesi di permanenza in tale struttura, un programma di sperimentazione "esterna", al fine di "stemperare" la tensione emotiva causata dall'internamento e per valutare il progressivo riadattamento comportamentale del paziente alla vita esterna, attraverso uscite programmate per partecipare a gruppi di riabilitazione esterni - risposta al bisogno urgente della richiesta di un <i>alloggio</i> da parte dei pazienti dimessi da OPG, per i quali non è possibile un ricongiungimento familiare - attività di formazione e di inserimento lavorativo ideati unitamente al progetto personalizzato che l'équipe multidisciplinare dispone, in collaborazione con soggetti esterni,

	per ogni paziente dimesso.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	<i>Entro il primo semestre</i> Reperimento di “un alloggio” per i pazienti dimessi dall’OPG. <i>Entro il secondo semestre</i> Formazione ed inserimento lavorativo dei pazienti dimessi.
INDICATORI	- N. percorsi di formazione attivati - N. percorsi lavorativi attivati - N. assegni di cura erogati - N. alloggi messi a disposizione
RISULTATI ATTESI	L’ <u>obiettivo generale</u> del Progetto è, quindi, il raggiungimento di miglioramenti significativi nel reinserimento dei pazienti dimessi dagli OPG nel contesto sociale di riferimento, affinché il contatto con la società esterna non si trasformi in una ulteriore fonte di esasperazione della malattia psichiatrica e, di conseguenza, del rischio di commettere nuovi reati.
RELAZIONE ANNO 2009	L’Assessorato Politiche della Salute della Regione Puglia ha presentato e co-finanziato il precedente Progetto annuale “Interventi di riabilitazione e reinserimento sociale per persone dimesse dall’OPG ed in carico al Servizio territoriale”. L’attenzione della Regione Puglia al problema delle dimissioni dei pazienti psichiatrici dagli OPG è confermata dalla partecipazione del Gruppo Tematico, (costituito presso il Tavolo Tecnico Interregionale Salute Mentale), alla stesura delle “Linee di Indirizzo sulle Misure di Sicurezza alternative all’OPG”, mirate non solo alla gestione delle dimissioni, ma anche ad evitare gli inserimenti. Tale Documento – approvato in sede tecnica - è in procinto di essere sottoposto al vaglio della Commissione Salute del Governo. Appare di particolare rilievo, nell’ambito del citato Documento, il fatto che sia prevista una puntuale regolamentazione dei rapporti fra Autorità Giudiziaria e DSM nel rispetto del delicato equilibrio fra la funzione di tutela della salute mentale e la funzione del controllo sociale. I pazienti psichiatrici di provenienza regionale ricoverati negli OPG, risultano complessivamente: 70 Il Progetto ha perseguito il reinserimento sociale dei pazienti dimessi dagli OPG, al fine di favorire la graduale integrazione socio-relazionale ed impedire il riacutizzarsi di stati di scompensamento emotivo e psicologico. Le azioni sono state caratterizzate da adeguato accompagnamento da parte di personale tecnico specializzato e mirate alla <u>promozione della persona</u> nei suoi diversi ambiti esistenziali: dal reperimento di una dignitosa situazione abitativa, alla crescita culturale e dell’istruzione, alla cura e al rispetto del proprio corpo, all’inserimento lavorativo.

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	LA SANITÀ PENITENZIARIA
TITOLO DEL PROGETTO	Macro progetto interregionale per livelli assistenziali omogenei e condivisi in ambito penitenziario.
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi (II Annualità)
REFERENTE	ASSESSORATO ALLE POLITICHE DELLA SALUTE Servizio Assistenza Territoriale e Prevenzione - Via Caduti tutte le guerre, 15 – BARI Telefono 080.540.3649 – e-mail f.longo@regione.puglia.it

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 800.000
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2010	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	Il Piano regionale di Salute 2008 – 2010 , approvato con L.R. 19 settembre 2008, n. 23, riafferma l' assoluta priorità di dare piena attuazione al DPCM 1/4/2008, in tutti i suoi aspetti, alla riforma della Medicina Penitenziaria garantendo in ogni Istituto Penitenziario, negli istituti penali per minori, nei centri di prima accoglienza, nelle comunità e negli ospedali psichiatrici giudiziari, una più efficace assistenza sanitaria, migliorando la qualità delle prestazioni di diagnosi, cura e
----------	--

	riabilitazione.
DESCRIZIONE	Il progetto conferma ed integra gli obiettivi già previsti dal Progetto 1/LP6/09 (DGR n. 1222 del 13/07/09) .
OBIETTIVI	<p>Prima Area di intervento: -Mediazione culturale negli Istituti di pena Gli indicatori di progetto sono: -numero di nuclei per mediazione culturale attivati negli istituti di pena; -numero di interventi effettuati.</p> <p>Seconda Area di intervento: -Protesi odontoiatriche Gli indicatori di progetto sono: -numero prestazioni protesiche erogate; -spesa totale annua non superiore al 10% della spesa specialistica complessiva.</p> <p>Terza Area di intervento: -Prestazioni di fisioterapia Gli indicatori di progetto sono: -numero di prestazioni eseguite; -spesa totale annua non superiore al 15% della spesa specialistica complessiva.</p> <p>-Fornitura farmaci fascia C e H Gli indicatori di progetto sono: -numero di richieste eseguite nell'anno; -spesa complessiva sostenuta.</p> <p>L'importo assegnato sarà ripartito tra le ASL per la prosecuzione del progetto già avviato.</p>
RISULTATI ATTESI	Ridurre in modo significativo il numero delle prestazioni erogate in favore dei detenuti al di fuori delle strutture carcerarie, favorire una migliore conoscenza e cura delle malattie dei detenuti stranieri e migliorare il rapporto costi-benefici degli interventi.
RELAZIONE ANNO 2009	E' in corso ancora l' analisi delle attività svolte e dei dati elaborati.

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
LINEA PROGETTUALE	LA SANITÀ PENITENZIARIA
TITOLO DEL PROGETTO	Prevalenza e caratteristiche di infezione e malattia tubercolare e di altre malattie trasmissibili nella popolazione ristretta in Istituti Penitenziari della Puglia.
DURATA DEL PROGETTO	36 mesi
REFERENTE	ASSESSORATO ALLE POLITICHE DELLA SALUTE Servizio Assistenza Territoriale e Prevenzione - Via Caduti tutte le guerre, 15 - BARI Telefono 080.540.3649 - e-mail f.longo@regione.puglia.it

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 700.000
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2010	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	I soggetti reclusi negli Istituti Penitenziari presentano un aumentato rischio di infezione e malattia tubercolare. Dalla letteratura internazionale, infatti, si evince che l'incidenza della tubercolosi (TB) nei soggetti reclusi è significativamente più elevato (sino a 50/100 volte) rispetto alla popolazione generale. Inoltre,
----------	--

l'aumentato rischio di infezione e malattia tubercolare coinvolge non solo i detenuti ma anche il personale (sanitario, di custodia e amministrativo) e la comunità libera residente nell'area geografica dove sono situati gli istituti penitenziari (in particolare i conviventi e gli altri contatti dei detenuti dopo il loro rilascio e del personale). In particolare, sono state descritte epidemie di TB negli Istituti Penitenziari in svariati Paesi, compresi quelli ad elevato tenore economico; tali epidemie hanno coinvolto, oltre agli stessi detenuti, anche il personale e la comunità libera circostante.

Le ragioni di tale elevato rischio tubercolare sono molteplici

-la proporzione, tra la popolazione detenuta, di soggetti che rientrano in gruppi a rischio di infezione/malattia tubercolare è ben maggiore rispetto alla comunità libera. Tali gruppi comprendono: immigrati da paesi ad elevata endemia tubercolare, alcolisti, tossicodipendenti, soggetti con infezione da HIV senza fissa dimora e rientranti in altre condizioni di disagio sociale, soggetti affetti da patologia psichiatrica o con storia di precedenti detenzioni.

- negli Istituti Penitenziari la trasmissione di *M. tuberculosis* è favorita spesso da vari fattori quali la tardiva identificazione dei casi di TB attiva, un tardivo e/o inadeguato isolamento respiratorio, i continui trasferimenti dei soggetti reclusi e il loro rapido turn-over con la comunità libera, il sovraffollamento e le condizioni igienico ambientali frequentemente non idonee (ristrette dimensioni dei locali, carente ventilazione ed esposizione solare, ecc.);

Ancora, diversi studi hanno dimostrato come la detenzione sia significativamente associata a forme di tubercolosi multi farmaco-resistente, particolarmente temibili in termini di mortalità, complessità di trattamento e costi di gestione.

Per tutti i motivi suddetti, l'O.M.S. e le principali istituzioni sanitarie internazionali sottolineano come le strutture penitenziarie rappresentino un contesto cruciale per l'applicazione di adeguati programmi di controllo della tubercolosi, sia al fine di prevenire un pericoloso fenomeno di amplificazione intramurario di tale patologia, sia per consentire interventi efficaci di prevenzione, screening e terapia a vantaggio di categorie di soggetti difficilmente raggiungibili da programmi sanitari quando presenti nella comunità libera

	<p>(categorie “hard to reach” della letteratura anglosassone).</p> <p>Non solo per infezione e malattia tubercolare, ma anche per infezioni da HIV, epatiti virali croniche, lue, i dati di incidenza disponibili riferiti alla popolazione detenuta sono del tutto carenti. In merito alla patologia tubercolare sono disponibili solo dati limitati e sporadici sulle caratteristiche cliniche ed evolutive della malattia nei detenuti e particolarmente carenti sono i dati sulla verifica dell’esito dei trattamenti antitubercolari in questa categoria di pazienti.</p> <p>È evidente che le profonde lacune conoscitive ricordate ostacolano profondamente la definizione di adeguati programmi di controllo delle richiamate patologie infettive e contagiose.</p> <p>Appare quindi fondamentale “acquisire, disporre, scambiare, elaborare informazioni all’interno delle ASL, in ambito regionale, tra Regione e Regione e tra Regioni e Stato”. Ciò è inoltre , particolarmente vero quando si tratta della popolazione detenuta, spesso sottoposta a mobilità tra carceri di regioni differenti.</p>
. DESCRIZIONE	<p>Il presente progetto si propone di chiarire, tra la popolazione detenuta della Puglia, prevalenza e caratteristiche dell’infezione e della malattia tubercolare, nonché di altre patologie frequentemente interessanti la stessa popolazione (epatiti croniche, HIV, Lue), spesso in associazione reciproca e con la tubercolosi. Lo studio valuterà inoltre, efficacia, fattibilità e costo/beneficio delle indagini di screening mirate, fornendo dati conoscitivi idonei a pianificare appropriati interventi di controllo delle problematiche infettive critiche negli Istituti Penitenziari della nostra regione.</p> <p>I dati prodotti risulteranno utili alla salute individuale e collettiva della popolazione ristretta, del personale operante in queste strutture e, per le motivazioni sopra illustrate, dell’intera comunità libera della nostra regione. Per la natura stessa e le caratteristiche della popolazione reclusa, le modalità operative sperimentate nel presente progetto saranno esportabili anche in altre Regioni.</p> <p>Procedura di progetto.</p> <p><u>Visita di arruolamento:</u> In occasione della visita di arruolamento ciascun detenuto incluso nello studio sarà sottoposto a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Raccolta delle principali informazioni demografiche, epidemiologiche, e clinico-

	<p>anamnestiche.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Questionario di screening della tubercolosi polmonare e laringea. Un eventuale esito positivo del questionario sarà immediatamente segnalato ai sanitari dell'Istituto Penitenziario al fine di disporre i necessari accertamenti per una TB attiva (comprensivi di Rx torace e ricerca di micobatteri nell'escreato mediante esame microscopico e colturale) nonchè le opportune misure preventive del contagio. Per i soggetti stranieri ci si avvarrà di stampati nella rispettiva lingua di appartenenza. - Prelievo ematico per il test di rilascio dell'interferone gamma (IGRA) - Prelievo ematico per la ricerca di HBsAg, anti-HBc, anti-HIV, anti-HCV, TPHA, VDRL - Intradermoreazione tubercolinica secondo Mantoux <p><u>Letture della I.R. secondo Mantoux:</u> In occasione di una seconda visita, effettuata 72 ore dopo il test di screening, i detenuti precedentemente sottoposti al test tubercolinico saranno richiamati per la lettura dello stesso. L'esito del test sarà comunicato ai sanitari degli Istituti Penitenziari, onde consentire, in caso di positività, gli accertamenti diagnostici per una eventuale malattia tubercolare attiva e la valutazione di un eventuale trattamento dell'infezione tubercolare latente.</p> <p><u>Altri dati raccolti:</u> Per i detenuti sottoposti ad accertamenti diagnostici per la TB attiva, sarà registrato l'esito degli stessi. Per i detenuti che risultino positivi ad uno dei tests di screening per HIV, virus epatitici cronici, <i>T.pallidum</i>, sarà acquisito successivamente l'esito degli accertamenti diagnostici essenziali per ciascuna di tali patologie.</p> <p>Tutte le anzidette informazioni raccolte saranno registrate in apposito database computerizzato, in formato idoneo all'analisi statistica. Per la realizzazione del presente progetto il finanziamento disponibile viene assegnato all' U.O.C. Malattie Infettive A.O.U. Consorziale Policlinico Bari, quale Centro di riferimento Regionale.</p>
OBIETTIVI	<p>Per quanto detto, è necessario raggiungere i seguenti obiettivi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Studiare prevalenza e caratteristiche di infezione e malattia tubercolare in una popolazione rappresentativa detenuta in

	<p>Istituti Penitenziari della Puglia.</p> <p>2. Confrontare (Esito, Concordanza, Fattori Correlati a positività e concordanza, Fattibilità, Costi), nella stessa popolazione, l'efficacia di un test di screening dell'infezione tubercolare basato sul rilascio dell'interferone gamma (test IGRA, Quantiferon-TB Gold In-tube) rispetto al test tubercolinico convenzionale secondo Mantoux (I.R. Mantoux). A tal fine saranno in particolare studiati, per entrambi i tests, i seguenti parametri:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Esito - Concordanza - Correlati di positività e di concordanza - Fattibilità - Costi <p>3. Studiare prevalenza e caratteristiche di altre infezioni ritenute "critiche" nel contesto penitenziario e frequentemente associati alla Tuberculosis: epatiti croniche (HBV, HCV), HIV, Lue.</p>
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	<p>I quadrimestre Formazione ed informazione del personale</p> <p>II e III quadrimestre/ 2° e 3° anno del progetto Effettuazione dello screening nelle carceri</p>
INDICATORI	<ul style="list-style-type: none"> - Numero di soggetti sottoposti a screening - Numero di Istituti Penitenziari in cui lo screening viene effettuato - Numero di tubercolosi ed altre infezioni diagnosticate
RISULTATI ATTESI	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnosticare una infezione tubercolare nel 7% della popolazione screenata - Diagnosticare una Tuberculosis attiva nel 3% della popolazione screenata - Diagnosticare una infezione da virus epatitici, HIV o Lue nel 10% dei soggetti screenati - Divulgare mediante pubblicazioni i più opportuni percorsi di screening delle malattie infettive nella popolazione carceraria
RELAZIONE ANNO 2009	

LINEA PROGETTUALE 7

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

(linea progettuale, non presentata)

LINEA PROGETTUALE 8

TUTELA DELLA MATERNITÀ E PROMOZIONE DELL'APPROPRIATEZZA DEL PERCORSO NASCITA

1. Screening neonatale allargato per le malattie metaboliche ereditarie
2. Piano Regionale per il sostegno al Percorso di Adozione dei Minori
3. Percorsi assistenziali per la tutela della maternità e promozione dell'appropriatezza del percorso nascita

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	TUTELA DELLA MATERNITÀ E PROMOZIONE DELL'APPROPRIATEZZA DEL PERCORSO
TITOLO DEL PROGETTO	Screening neonatale allargato per le malattie metaboliche ereditarie
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi (II Annualità)
REFERENTE	A.Re.S. Puglia – Via Caduti di tutte le guerre, 15 – 70100 BARI telefono 080-5403483; fax 080-5403411; e-mail dirgen@arespuglia.it ,

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 400.000
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2010	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	Al fine di evitare diagnosi mancate o tardive che comporterebbero exitus o gravi disabilità per il paziente e/o nascite nella stessa famiglia di altri soggetti affetti dalla medesima patologia, col presente progetto, si intende allargare lo screening neonatale ad altre 40 malattie metaboliche ereditarie.
DESCRIZIONE	Il progetto conferma ed integra gli obiettivi già previsti dal Progetto 1/LP9/09 (DGR n. 1222 del 13/07/09) .

OBIETTIVI	Allargamento dello screening neonatale per le malattie metaboliche ereditarie e potenziamento del servizio.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMA)	<i>Entro il primo semestre</i> Potenziamento del servizio <i>Entro il secondo semestre</i> Trasmissione all'Ares, di una relazione nella quale verranno riportate le attività svolte ed i relativi risultati.
INDICATORI	-numero delle malattie metaboliche ereditarie per le quali si effettua lo screening sul totale della popolazione screenata.
RISULTATI ATTESI	Incremento delle malattie metaboliche ereditarie per le quali si effettua lo screening neonatale.
RELAZIONE ANNO 2009	E' in corso ancora l'analisi delle attività svolte e dei dati elaborati.

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	TUTELA DELLA MATERNITÀ E PROMOZIONE DELL'APPROPRIATEZZA DEL PERCORSO NASCITA
TITOLO DEL PROGETTO	Piano Regionale per il sostegno al Percorso di adozione dei minori.
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi
REFERENTE	A.Re.S. Puglia – Via Caduti di tutte le guerre, 15 – 70100 BARI telefono 080-5403483; fax 080-5403411; e-mail dirgen@arespuglia.it ,

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 700.000
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2010	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	La Giunta Regionale con Deliberazione n. 405 del 17 marzo 2009, relativa alla realizzazione della Legge 296/2006, ha approvato le Linee Guida e Progetti Sperimentali per la riorganizzazione della rete consultoriale, nell'ambito della quale è stato approvato il "Piano Regionale per il sostegno al Percorso di Adozione dei Minori". Visto il ruolo svolto dai consultori, in riferimento
----------	--

	specifico al percorso adottivo, si impone innanzi tutto la implementazione di eventi formativi agli operatori dei consultori che affiancano la famiglia nel processo adottivo e la definizione di linee guida regionali.
DESCRIZIONE	A tal fine si identifica un "nucleo regionale di professionisti" che dovranno organizzare dei <i>focus group</i> di livello distrettuale per l'analisi dello stato dell'arte, delle criticità dei processi organizzativi, e successiva ridefinizione del modello regionale di intervento e produzione di linee guida. A queste figure spetterà di organizzare e condurre la formazione nell'ambito del territorio regionale e realizzare uno studio di fattibilità per la costruzione di un Sistema Informativo alimentato dai diversi nodi della rete (Uffici Adozioni, Tribunali per i Minorenni, Consultori familiari) e di un Piano di Comunicazione finalizzato a promuovere l'esatta informazione su tutto il territorio regionale.
OBIETTIVI	Le risorse disponibili vengono assegnate all' A.Re.S per garantire: a) la disponibilità del personale necessario per la realizzazione del progetto: b) l'acquisizione di beni e servizi e la formazione e aggiornamento delle figure professionali coinvolte.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	<i>primo quadrimestre</i> Costituzione del gruppo regionale <i>secondo quadrimestre</i> Organizzazione di eventi formativi ad operatori da parte del nucleo regionale di professionisti esperti <i>terzo quadrimestre del progetto</i> Produzione di linee guida e di un piano di comunicazione finalizzato a promuovere l'esatta informazione su tutto il territorio regionale.
INDICATORI	- Numero di incontri di lavoro - Numero di atti e vademecum prodotti per le coppie
RISULTATI ATTESI	Ridefinizione del modello regionale di intervento e produzione di linee guida.
RELAZIONE ANNO 2009	

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
LINEA PROGETTUALE	TUTELA DELLA MATERNITÀ E PROMOZIONE DELL'APPROPRIATEZZA DEL PERCORSO NASCITA
TITOLO DEL PROGETTO	Percorsi assistenziali per la tutela della maternità e promozione dell'appropriatezza del percorso nascita
DURATA DEL PROGETTO	24 mesi
REFERENTE	A.Re.S. Puglia – Via Caduti di tutte le guerre, 15 – 70100 BARI telefono 080-5403483; fax 080-5403411; e-mail dirgen@arespuglia.it ASSESSORATO ALLE POLITICHE DELLA SALUTE:-Servizio Assistenza Territoriale e Prevenzione - Via Caduti tutte le guerre, 15 – BARI Telefono 080.540.3649 – e-mail f.longo@regione.puglia.it

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 834.000
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2010	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	<p>L'accesso alle cure di tutela della maternità e al percorso nascita presenta notevoli criticità nel territorio regionale. In particolare risulta complicato realizzare la vera "presa in carico" della paziente guidandola nei percorsi diagnostico-terapeutici. Tale mancanza di un accesso chiaro e univoco comporta una serie conseguenze di particolare impatto negativo sulla gestione appropriata del percorso:</p> <ul style="list-style-type: none"> • crescente divaricazione tra la dimensione assistenziale territoriale e quella ospedaliera, in contrasto con il Piano Regionale di Salute che prevede l'integrazione Territorio-Ospedale e con le recenti direttive intervenute nell'Accordo Stato- Regioni del 16/12/2010 "Linee di indirizzo percorso nascita e riduzione taglio cesareo" • mancata esecuzione di esami diagnostici ecografici con il giusto "timing" <p>Da questo scaturisce una difficoltà non solo per la paziente, con il frequente ricorso a strutture private, ma anche per il medico che non viene messo in grado di operare con maggiore appropriatezza e migliori risultati terapeutici.</p>
DESCRIZIONE	<p>Istituzione di un corretto "percorso nascita" per tutte le pazienti sull'intero territorio regionale. Tale percorso deve essere necessariamente condiviso con gli operatori sanitari operanti sul territorio (consultori e ambulatori specialistici delle ASL), in coerenza con l'Allegato 2 del predetto Accordo che prevede la istituzione di una "rete sanitaria di integrazione tra servizi territoriali ed ospedalieri per l'assistenza in gravidanza".</p> <p>Alle strutture territoriali spetta la presa in carico delle pazienti con gravidanza fisiologica fino a quando non dovranno "prendere contatto" con la struttura ospedaliera di riferimento (36° settimana).</p> <p>Ciascuna paziente a tale epoca potrà esercitare la sua opzione sulle modalità di conduzione del travaglio e dell'espletamento del parto (casa da parto, parto in acqua, ecc.) presso la struttura prescelta.</p> <p>Per le pazienti con gravidanza complicata da patologia deve invece essere creato un percorso preferenziale diretto con l'ospedale di riferimento.</p> <p>Per la realizzazione del presente progetto il finanziamento disponibile viene assegnato alle ASL al fine di garantire la formazione e aggiornamento delle figure professionali coinvolte, proporzionalmente ai punti nascita presenti nel territorio della ASL/popolazione residente/numerosità nascite.</p>

OBIETTIVI	<p>Affinché possa divenire operativo tale percorso sono necessari vari interventi; nello specifico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Carta dei servizi per ciascuna ASL e punto nascita • Adozione di uniforme modulistica condivisa dai vari operatori per poter avere una corretta trasmissione delle informazioni • Implementazione di corsi di formazione per personale di punti nascita e strutture territoriali
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMA)	<p>Primo semestre -Individuazione dei punti nascita di riferimento per ciascun territorio tenendo conto di quanto meglio specificato negli allegati 1a,1b,1c dell' Accordo Stato- Regioni del 16/12/2010 "Linee di indirizzo percorso nascita e riduzione taglio cesareo"</p> <p>Secondo e terzo semestre -Attuazione degli interventi per l'adeguamento dei punti nascita e delle strutture territoriali (consultori e ambulatori specialistici delle ASL) agli standard previsti (vedi sopra)</p> <p>Ultimo semestre -Verifica assetti definitivi ed eventuali accorgimenti aggiuntivi sulla scorta dei suggerimenti provenienti dal territorio e/o Ospedale</p>
INDICATORI	<p>-Numero di donne seguite dal/i consultorio/i sul numero complessivo di parti di un determinato punto nascita</p> <p>-Numero di donne con deospedalizzazione precoce e presa in carico dalle strutture territoriale</p> <p>-Numero di parti spontanei/TC confrontato con il dato storico dell'ultimo quinquennio</p>
RISULTATI ATTESI	<p>Recepimento ed effettivo raggiungimento degli obiettivi previsti dal POMI 2000, succ. integrazioni e più recenti normative in tema di "Salute Materno-Infantile"</p>
RELAZIONE ANNO 2009	

LINEA PROGETTUALE 9

MALATTIE RARE

1. Attivazione di modelli di assistenza integrata ai soggetti con malattia rara.
2. Registro per la Teleangectasia Emorragica Ereditaria (HHT).

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	MALATTIE RARE
TITOLO DEL PROGETTO	Attivazione di modelli di assistenza integrata ai soggetti con Malattia Rara
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi (II Annualità)
REFERENTE	A.Re.S. Puglia – Via Caduti di tutte le guerre, 15 – 70100 BARI telefono 080-5403483; fax 080-5403411; e-mail dirgen@arespuglia.it .

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 1.500.000
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2010	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	<p>L'OMS stima tra 5000 e 7000 (la cifra subisce continui aggiornamenti) il numero di malattie e sindromi che si possono considerare rare, ovvero di quelle patologie la cui prevalenza oscilla tra 1/100.000 e 5/10.000, anche se, nella loro globalità, le Malattie Rare rappresentano il 10% di tutte le patologie ad oggi conosciute.</p> <p>Il concetto di rarità amplifica in modo smisurato le problematiche legate alla malattia, perché quando una malattia è rara le conoscenze cliniche e diagnostiche, così come le competenze professionali sono poco diffuse. Questo si traduce inevitabilmente, per i soggetti interessati, in un accesso alla diagnosi difficile e spesso tardiva, con conseguenze importanti sullo stato di salute, e in</p>
----------	---

	<p>serie difficoltà di beneficiare di terapie farmacologiche care e non sempre disponibili.</p> <p>Fortunatamente l'interesse della opinione pubblica e delle istituzioni nei confronti delle malattie rare è cresciuto in modo considerevole negli ultimi anni, in seguito alla diffusione di studi ed evidenze scientifiche e all'adozione di provvedimenti normativi in materia, da parte di organismi internazionali, nazionali e regionali.</p> <p>In particolare, la materia viene disciplinata a livello nazionale dal D.M. 18 maggio 2001 n. 279 (attualmente in fase di rielaborazione), recepito a livello regionale dalla D.G.R. 23 dicembre 2003 n. 2238 "Rete regionale per la prevenzione, la sorveglianza, la diagnosi, la terapia delle malattie rare ai sensi del DM 279/01".</p>
DESCRIZIONE	<p>Alla luce di quanto sopra esposto, e in ottemperanza a quanto già previsto dalla DGR n. 1222 del 13/07/09: progetto 14/LP1/09, è stato sviluppato nella nostra regione un modello organizzativo integrato ed omogeneo in grado di sostenere azioni diversificate, che includano la individuazione di protocolli di prevenzione pre-concezionale, di diagnosi prenatale e di terapia materno-fetale e neonatale, la rilevazione delle malformazioni congenite e delle malattie oggetto di screening neonatale, l'attuazione di interventi preventivi a livello di territorio (distretto, pediatria di libera scelta, servizi socio-sanitari e socio-assistenziali), la individuazione di percorsi diagnostici-terapeutici specifici.</p> <p>Per quanto detto, è necessario che l'istituto Centro di Coordinamento regionale delle malattie rare, (DGR n. 2485 del 15 dicembre 2009) sia supportato da personale che possa garantire, anche attraverso il suo decentramento presso i Centri di Riferimento regionali (CIR), le attività di cui sopra.</p>
OBIETTIVI	<p>Il presente progetto, che è in continuità con il progetto di piano 14/LP1/09, prevede</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'applicazione dei PDTA, elaborati dai CIR e valutati dal centro di coordinamento regionale; - la realizzazione di ulteriori eventi formativi rivolti agli operatori delle ASL; - la distribuzione di materiale informativo; - la redazione, a cura del Centro di Coordinamento, di un bollettino scientifico. <p>Il finanziamento disponibile viene ripartito, in base al modello di "Governance" sviluppato dalla Regione Puglia, tra A.Re.S., Assessorato alle Politiche della Salute e Aziende Sanitarie (dove sorgono il Centro di Coordinamento e i singoli CIR).</p>
TEMPI DI ATTUAZIONE	Primo Quadrimestre :

(CRONOPROGRAMMA)	<p>- Sviluppo e potenziamento delle attività dei CIR</p> <p>Secondo Quadrimestre:</p> <p>- Applicazione dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali elaborati e validati</p> <p>Terzo Quadrimestre:</p> <p>- N. di interventi formativi realizzati sugli operatori coinvolti nel presente progetto</p>
INDICATORI	<p>-Numero di pazienti affetti da malattie rare e/o gruppi di malattie per i quali vengono favoriti i percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali</p> <p>-Alimentare il registro regionale</p>
RISULTATI ATTESI	<p>Favorire “Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali” e garantire modelli assistenziali di eccellenza</p>
RELAZIONE ANNO 2009	<p>Le attività inerenti le Malattie Rare hanno avuto inizio con la D.G.R. n. 2485 del 15 dicembre 2009, che ha visto l’istituzione del Coordinamento, investito di funzioni sia programmatiche che assistenziali, quest’ultima assolta attraverso la individuazione: Centro di Assistenza Sovraziendale. Il Coordinamento si è insediato il 1 marzo 2010 e le attività hanno avuto immediatamente inizio con la realizzazione del 1° Congresso Regionale delle Malattie Rare.</p> <p>Il Coordinamento è composto di 10 componenti. Inoltre il Coordinamento ha definito le modalità di riorganizzazione della Rete dei Presidi ed ha dato avvio alle procedure per l’implementazione di un sistema informatico dedicato alle Malattie Rare.</p>

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	MALATTIE RARE
TITOLO DEL PROGETTO	Registro per la teleangectasia emorragica ereditaria (HHT)
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi (II Annualità)
REFERENTE	A.Re.S. Puglia – Via Caduti di tutte le guerre, 15 – 70100 BARI telefono 080-5403483; fax 080-5403411; e-mail dirgen@arespuglia.it

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 427.804
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2010	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	La teleangectasia emorragica ereditaria (HHT) o malattia di Rendu-Osler-Weber richiede un impegno assistenziale complesso e multidisciplinare. Per tale motivo è stato allestito un registro epidemiologico per tale malattia.
DESCRIZIONE	Tale registro è alimentato non solo dai dati relativi a pazienti che si rivolgono al Centro di riferimento presso l' A.O. Policlinico di Bari, ma anche da quelli ottenuti dall'esecuzione degli esami di genetica e dalla costruzione degli alberi genealogici. L'importo, di cui sopra, verrà assegnato all'A.O. Policlinico di Bari per garantire la disponibilità del personale necessario per la realizzazione del

	progetto, l'acquisizione di beni e servizi, la formazione e l'aggiornamento delle figure professionali coinvolte.
OBIETTIVI	Mettere a disposizione dati ed elementi per una corretta e mirata assistenza ai pazienti affetti da HHT.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	<p>Primo Semestre</p> <ul style="list-style-type: none"> - Raccolta dei dati dei pazienti affetti da teleangectasia emorragica ereditaria (HHT) o malattia di Rendu-Osler-Weber <p>Secondo Semestre</p> <ul style="list-style-type: none"> - Integrazione dei nuovi casi nel registro epidemiologico, già istituito
INDICATORI	<ul style="list-style-type: none"> - Numero di nuovi casi da inserire nel registro epidemiologico - Flusso informativo dal Centro di Riferimento HHT al NSISR Puglia
RISULTATI ATTESI	Disponibilità di dati ed elementi relativi alla HHT
RELAZIONE ANNO 2009	<p><u>Attività assistenziale:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Visite ambulatoriali per sospetto di HHT 521 - Diagnosi clinica di HHT in 305 pazienti * (considerata la prevalenza della malattia di 1:8000) - 425 ricoveri in Medicina Interna - Su 511 pazienti che si sono sottoposti a prelievo per analisi genetica, attualmente hanno ricevuto risposta molecolare 490. Per 21 pazienti l'analisi è ancora in corso. - Sono state effettuate terapie chirurgiche in 146 pazienti (nello specifico 28 trattamenti con laser a diodi ed una settodermoplastica nasale per teleangectasie nasali, 59 embolizzazioni per malformazioni artero-venose polmonari, 3 embolizzazioni per malformazioni artero-venose cerebrali, 55 terapie chirurgiche dentali e dei tessuti molli) - Sono state somministrate terapie mediche, in particolare terapie farmacologiche (con estro-progestinici, ferro, acido tranexamico) e trasfusionali, durante i ricoveri, oppure durante i Day Hospital terapeutici, secondo esigenza del paziente (in media un accesso al mese per ogni paziente). <p><u>Attività scientifica:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Lavori scientifici pubblicati: 41 con I.F. totale: 254,3 - Oltre 100 presentazioni a congressi nazionali ed internazionali - Organizzazione di congressi per medici e

	<p>pazienti (Bari 5-6 giugno 2009; Fiumicino 5 giugno 2010)</p> <p><u>Attività Didattica e di Formazione:</u></p> <p>- La Teleangiectasia Emorragica Ereditaria è stata introdotta come argomento nelle lezioni di Medicina Interna, Medicina Geriatrica e Medicina d'Urgenza del corso di laurea di Medicina e Chirurgia, Scienze Infermieristiche, Tecnico di Neurofisiopatologia, della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Bari "A. Moro" e nelle lezioni per le Scuole di Specializzazione in Ematologia, Cardiologia, Medicina Interna e Geriatria della medesima facoltà.</p>
--	---

LINEA PROGETTUALE 10

VALORIZZAZIONE DELL'APPORTO DEL VOLONTARIATO

(nuova linea progettuale, non presentata)

LINEA PROGETTUALE 11

RIABILITAZIONE

(nuova linea progettuale, non presentata)

LINEA PROGETTUALE 12

LA SALUTE MENTALE

1. Valutazione della qualità delle residenze e semiresidenze psichiatriche e della appropriatezza delle prestazioni
2. Apertura h12 dei Centri di Salute Mentale
3. Progetto di riabilitazione psichiatrica nel paziente acuto ricoverato in SPDC
4. Potenziamento della rete assistenziale territoriale dedicata ai disturbi del comportamento alimentare
5. Assistenza ai soggetti con disturbo dello spettro autistico: potenziamento della rete dei Servizi territoriali di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	LA SALUTE MENTALE
TITOLO DEL PROGETTO	Valutazione della qualità delle residenze e semiresidenze psichiatriche e della appropriatezza delle prestazioni
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi (II Annualità)
REFERENTE	ASSESSORATO ALLE POLITICHE DELLA SALUTE Servizio Assistenza Territoriale e Prevenzione - Via Caduti tutte le guerre, 15 - BARI Telefono 080.540.3649 - e-mail f.longo@regione.puglia.it

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 180.000
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2010	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	Le Linee di indirizzo nazionali per la Salute Mentale, approvate dalla Conferenza Unificata nel corso della seduta del 20 Marzo 2008, prevedono che le Regioni curino costantemente il monitoraggio e la valutazione delle residenze e semiresidenze riabilitative psichiatriche.
DESCRIZIONE	In considerazione dell'obsolescenza dei dati

	<p>attualmente disponibili, si è avviato un processo di valutazione dell'assistenza psichiatrica riabilitativa, con l'obiettivo di porre in essere un sistema di monitoraggio costante e di valutazione periodica e standardizzata, ampliando il monitoraggio alle strutture semiresidenziali, anche al fine di avere utili elementi di valutazione degli esiti del percorso personalizzato di cura e di realizzare interventi mirati di miglioramento della qualità.</p>
OBIETTIVI	<p>Il progetto coinvolge tutte le strutture riabilitative psichiatriche residenziali e semiresidenziali attive sul territorio regionale.</p> <p>L'attività di censimento e la valutazione sarà condotta dai Referenti dei DSM, opportunamente formati alla valutazione, il Coordinamento tecnico-scientifico del progetto sarà attribuito agli esperti che hanno già svolto la medesima funzione nelle rilevazioni precedenti e l'elaborazione dei dati sarà affidata all'O.E.R.</p> <p>Saranno utilizzati i medesimi strumenti di valutazione adottati in precedenza ed aggiornati in relazione all'evoluzione della normativa nazionale e regionale di settore per le residenze; per quanto riguarda le schede di valutazione delle semiresidenze gli strumenti dovranno essere necessariamente adattati e potranno essere utilizzati parzialmente.</p> <p>Il lavoro verrà realizzato dai Coordinatori tecnico-scientifici del progetto e dai Referenti DSM al di fuori dell'orario di servizio.</p>
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	<p>Primo semestre: valutazione semiresidenze e verifica della qualità dei dati raccolti e loro imputazione</p> <p>secondo semestre: divulgazione dei risultati, anche attraverso la realizzazione di incontri dipartimentali sui risultati con le strutture coinvolte e la pubblicazione su idonee riviste.</p>
INDICATORI	<p>-n° pazienti valutati sul totale dei pazienti ospitati nelle residenze</p> <p>-n° incontri dipartimentali di discussione realizzati sul totale degli incontri programmati.</p>
RISULTATI ATTESI	<p>Fornire agli Organi di Governo regionali ed aziendali analisi quantitative e qualitative delle strutture, dei pazienti e delle prestazioni, onde supportare adeguatamente l'attività di programmazione.</p>
RELAZIONE ANNO 2009	<p>STRUTTURE RIABILITATIVE RESIDENZIALI: N° totale 113 con 1.505 posti letto (3,59 ogni 10mila abitanti) di essi, 1258 posti letto h. 24, 187 h. 12 e 60 pl in Gruppi Appartamento</p>

	<p>STRUTTURE RIABILITATIVE SEMIRESIDENZIALI – CENTRI DIURNI: N° Totale 43, di cui: 8 ASL FG 3 ASL BAT 14 ASL BARI 4 ASL BRINDISI 7 ASL LECCE 7 ASL TARANTO</p>
--	--

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	SALUTE MENTALE
TITOLO DEL PROGETTO	Apertura h12 dei Centri di Salute Mentale
DURATA DEL PROGETTO	36 mesi
REFERENTE	ASSESSORATO ALLE POLITICHE DELLA SALUTE Servizio Assistenza Territoriale e Prevenzione - Via Caduti tutte le guerre, 15 - BARI Telefono 080.540.3649 - e-mail f.longo@regione.puglia.it

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 7.000.000
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2010	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	Il DPR 7/4/94 "Progetto-Obiettivo Tutela della salute mentale 1994-96", nell'ambito della rete dipartimentale dei Servizi per la salute mentale, attribuisce un ruolo centrale al Centro di Salute Mentale (CSM) riconoscendolo quale punto di coordinamento territoriale dell'attività di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale, indicando, nel contempo, la necessità di apertura del CSM per almeno 12 ore al giorno per 6 giorni la settimana ed elencandone funzioni e compiti. Tale indicazione è recepita e confermata anche in diverse successive normative nazionali e regionali, quali: la Legge Regionale n. 30/98 "Norme e principi per il funzionamento dei Dipartimenti di Salute Mentale previsti dalla Legge Regionale 28 dicembre 1994, n. 36", il DPR 10/11/99 "Progetto-Obiettivo Tutela salute
----------	--

	<p>mentale 1998-2000”, il DPR 14/1/97 su “Requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l’esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private”. Peraltro, le Linee di indirizzo nazionali per la Salute Mentale, approvate dalla Conferenza Unificata nella seduta del 20 marzo 2008, indicano, quali obiettivi strategici da perseguire, la promozione dei servizi finalizzati ai percorsi di <i>recovery</i> e la promozione della <i>salute mentale nella comunità</i>.</p> <p>A fronte di tale dettagliata articolazione del quadro normativo, tuttavia, si registra una diffusa inadeguatezza organizzativa dei Servizi territoriali preposti alla tutela della salute mentale e, in particolare, dei Centri di Salute Mentale.</p>
DESCRIZIONE	<p>L’ultimo monitoraggio, realizzato dal Servizio Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione relativo all’organizzazione dei 48 Centri di Salute Mentale attivi sul territorio e delle 60 sedi decentrate, ha evidenziato i seguenti nodi problematici:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la maggioranza dei CSM è tuttora aperta solo 6 ore al giorno; solo 13 CSM assicurano l’apertura h 12; - permane la grave carenza di personale: il personale che presta servizio nei 48 CSM ammonta a 775 operatori a fronte di un fabbisogno complessivo di 1392 unità (DGR n. 1400/2007) con uno scarto di ben 617 unità, ossia il 44% rispetto al fabbisogno, delle quali un gran numero si concentra in alcune specifiche figure professionali (infermieri, educatori e tecnici della riabilitazione psichiatrica); - gli orari di apertura settimanale all’utenza non risultano adeguati agli standard previsti: dall’indagine effettuata emerge che 2 CSM prevedono l’apertura all’utenza per meno di 6 giorni alla settimana e nessun CSM prevede l’apertura 7 giorni su 7; - sul piano infrastrutturale, infine, si registra una diffusa inadeguatezza delle sedi dei CSM rispetto agli standard previsti ed alle attività da svolgere, correlata alla dislocazione eccessivamente periferica, alle carenze strutturali, alla scarsa accessibilità, alla mancanza di rispetto della privacy.
OBIETTIVI	<p>E’ considerata prioritaria l’apertura per 12 ore al giorno ed il contestuale potenziamento dell’attività dei Centri di Salute Mentale, visto il ruolo centrale da essi svolto nel coordinare e</p>

	<p>garantire il governo clinico e la promozione della salute mentale nel territorio. A tal fine, la Regione Puglia ha approvato la DGR 916/2010, che prevede finanziamenti ad hoc, cronoprogramma ed altresì tutte le attività che il CSM deve garantire nell'arco delle 12 ore di apertura. L'incremento delle risorse umane (attualmente sottodimensionate, con riferimento allo standard tendenziale del DIEF 2007) consentirà:</p> <ul style="list-style-type: none">- una gestione più tempestiva ed adeguata delle emergenze-urgenze psichiatriche, attività di filtro ai ricoveri, collaborazione con i SPDC durante i periodi di degenza e per dimissioni concordate.- l'incremento dell'assistenza domiciliare sanitaria ed integrata;- lo sviluppo delle attività finalizzate all'inclusione sociale attraverso l'inserimento lavorativo delle persone con problemi psichici in carico al CSM;- iniziative specifiche per l'identificazione e l'intervento precoce nei disturbi mentali gravi e per il recupero dei drop out;- l'incremento delle attività di integrazione sociosanitaria;- la definizione di piani terapeutici individuali per ogni paziente in carico;- la messa in atto delle azioni opportune per una progressiva riduzione del ricorso alla residenzialità;- la sperimentazione di Centri diurni autogestiti da parte di utenti e gruppi di self-help;- l'offerta di adeguata assistenza nei confronti dei pazienti psichiatrici stabilizzati;- l'assunzione di una piena responsabilità circa la tutela della salute mentale nelle carceri e l'assistenza ai pazienti psichiatrici autori di reato, negli istituti penitenziari o sottoposti a misure alternative alla detenzione;- l'incremento delle attività di prevenzione primaria;- la tempestiva individuazione dei bisogni psichiatrici emergenti, quali la tutela della salute mentale dei migranti e delle persone non pienamente integrate nel tessuto sociale;- il miglioramento dell'integrazione fra CSM e SPDC, per la gestione dell'emergenza-urgenza;
--	--

	<ul style="list-style-type: none"> - la sperimentazione di CSM h24, dotati di posti letto eccedenti quelli previsti negli SPDC.
<p>TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)</p>	<p>La DGR 916/2010 ha previsto l'adeguamento dei CSM all'apertura h 12 entro giugno 2010, per la misura di almeno due terzi. Tuttavia, tale obiettivo di medio termine non è stato a tutt'oggi conseguito, data l'insufficienza dei finanziamenti messi a disposizione.</p> <p>Pertanto, alla luce del maggiore investimento di risorse che si intende destinare alle ASL, il cronoprogramma dell'intervento viene a modificarsi come di seguito:</p> <p>primo semestre: valutazione delle relazioni da parte dell'Assessorato regionale alle Politiche della Salute sui primi risultati conseguiti dal processo in corso;</p> <p>secondo semestre: apertura e adeguato funzionamento h/12 del 20% dei CSM;</p> <p>terzo semestre: valutazione delle relazioni da parte dell'Assessorato regionale alle Politiche della Salute sui risultati conseguiti;</p> <p>quarto semestre: apertura e adeguato funzionamento h/12 del 40% dei CSM;</p> <p>quinto semestre: valutazione delle relazioni da parte dell'Assessorato regionale alle Politiche della Salute sui risultati conseguiti;</p> <p>sesto semestre: apertura e adeguato funzionamento h/12 del 100% dei CSM; valutazione, da parte dell'Assessorato regionale alle Politiche della Salute, delle relazioni conclusive delle Aziende Sanitarie Locali sui risultati conseguiti.</p>
<p>INDICATORI</p>	<ul style="list-style-type: none"> -n° Centri di Salute Mentale aperti h 12; -n° degli operatori e tipologie di figure professionali in carico ai CSM (rispetto agli anni precedenti e al precedente assetto dei CSM); -n° pazienti in carico presso i Centri di Salute Mentale; -n° dei Trattamenti Sanitari Obbligatoriosi effettuati (rispetto agli anni precedenti e al precedente assetto dei CSM); -n° delle riunioni e degli interventi congiunti effettuati con le equipe dei SPDC; -n° degli inserimenti nelle Strutture riabilitative residenziali e semi-residenziali (rispetto agli anni precedenti e al precedente assetto dei CSM); -n° dei pazienti psichiatrici detenuti per i quali è in corso di realizzazione un Progetto di assistenza individualizzata e dei Progetti in corso di realizzazione nei confronti dei pazienti autori di reato; -n° degli interventi di prevenzione primaria;

	-n° degli inserimenti lavorativi di pazienti psichiatrici
RISULTATI ATTESI	Migliorare l'offerta qualitativa dei servizi e delle prestazioni nei confronti dei pazienti psichiatrici. Riconversione delle Strutture riabilitative "pesanti" in Strutture "leggere" e consone ai bisogni delle persone. Miglioramento delle sinergie prodotte dalla rete dei Servizi dipartimentali preposti alla tutela della salute mentale (SPDC, CSM, NPIA, Strutture riabilitative). Alleggerire il carico di lavoro degli operatori della psichiatria all'interno dei Servizi, anche mediante la rotazione del personale tra i Servizi e la redistribuzione più equa del personale. Migliorare la qualità della "psichiatria di comunità" in ogni ASL.

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
LINEA PROGETTUALE	LA SALUTE MENTALE
TITOLO DEL PROGETTO	Progetto di riabilitazione psichiatrica nel paziente acuto ricoverato in SPDC
DURATA DEL PROGETTO	24 mesi
REFERENTE	ASSESSORATO ALLE POLITICHE DELLA SALUTE Servizio Assistenza Territoriale e Prevenzione - Via Caduti tutte le guerre, 15 - BARI Telefono 080.540.3649 - e-mail f.longo@regione.puglia.it

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 918.000
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2010	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	Nell'ambito dell'ottimizzazione del ricovero psichiatrico è ormai patrimonio comune l'idea della necessità di un intervento integrato al fine di garantire la valutazione clinico-diagnostica, l'impostazione di terapie efficaci, lo sviluppo di condizioni favorevoli alla presa in carico delle strutture territoriali, il recupero funzionale e cognitivo del paziente, la valorizzazione degli aspetti riabilitativi e di integrazione sociale, l'informazione agli utenti e familiari.
DESCRIZIONE	Le risorse disponibili vengono assegnate all'Azienda Ospedaliera Policlinico di Bari per

	<p>garantire:</p> <p>a) la disponibilità del personale necessario per la realizzazione del progetto:</p> <p>b) l'acquisizione di beni e servizi e la formazione e aggiornamento delle figure professionali coinvolte.</p>
OBIETTIVI	<p>Obiettivo primario</p> <p>Migliorare la qualità della vita ed il benessere psico-fisico del paziente affetto da malattia mentale in condizioni di scompenso psicopatologico acuto. Migliorare l'atmosfera di reparto, trasformare il ricovero in un momento ed occasione per attivare nuove risorse personali e contestuali, assicurare alle famiglie dei pazienti uno spazio strutturato di ascolto, informazione, sostegno psicologico durante il periodo di ricovero del congiunto in modo da promuovere nuovi stili di comportamento maggiormente funzionali all'efficacia del programma terapeutico.</p> <p>Obiettivo secondario</p> <p>Organizzare eventi formativi indirizzati al personale dell'Azienda, su tematiche inerenti la propria attività, in collaborazione con i servizi territoriali. Tali eventi potranno essere ripetuti in tutte le AASSLL della Regione che ne facciano richiesta, ovvero si potranno organizzare eventi ad hoc su richiesta di Società Scientifiche, Associazioni culturali e simili.</p>
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	<p><i>Entro il primo semestre</i></p> <p>Attività di informazione e formazione</p> <p><i>Entro il secondo semestre</i></p> <p>Elaborazione di un report semestrale sullo stato dell'arte.</p>
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	<p>Gli indicatori di esito e di processo devono essere omogenei a quelli standard (Scale standardizzate del VADO-Valutazione di Abilità e Definizione di Obiettivi).</p>
RISULTATI ATTESI	<p>Migliorare la qualità della vita ed il benessere psico-fisico del paziente affetto da malattia mentale in condizioni di scompenso psicopatologico acuto.</p>
RELAZIONE ANNO 2009	

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	LA SALUTE MENTALE
TITOLO DEL PROGETTO	Potenziamento della rete assistenziale territoriale dedicata ai disturbi del comportamento alimentare
DURATA DEL PROGETTO	36 mesi (II Annualità)
REFERENTE	ASSESSORATO ALLE POLITICHE DELLA SALUTE Servizio Assistenza Territoriale e Prevenzione - Via Caduti tutte le guerre, 15 - BARI Telefono 080.540.3649 - e-mail f.longo@regione.puglia.it

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 600.000
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2010	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	Un numero crescente di studi internazionali e italiani (condotti anche nella nostra regione), evidenzia come i disturbi del comportamento alimentare (Anoressia Nervosa, Bulimia Nervosa, Disturbo da Alimentazione Incontrollata e Disturbi del Comportamento Alimentare non Altrimenti Specificati) presentino una incidenza e una prevalenza in costante aumento fra la popolazione di età compresa tra i 12 e i 25 anni, in particolar modo nella popolazione maschile (10-15% del totale) considerata fino ad oggi solo
----------	--

	<p>marginalmente interessata da questa complessa patologia.</p> <p>Per queste ragioni la Puglia ha recepito, attraverso il Piano di Salute 2008-2010, le <i>“Linee di indirizzo nazionali per la prevenzione, la cura e la riabilitazione nel campo dei disturbi del comportamento alimentare”</i>, diffuse dal Ministero della Salute nel Maggio 2001, adottando il modello organizzativo ivi individuato che si basa sui seguenti criteri di carattere generale:</p> <ul style="list-style-type: none"> - impiego di operatori esperti - continuità terapeutica - strutture operative che assicurino efficacia ed economicità..
DESCRIZIONE	<p>Il presente progetto prevede l'implementazione delle attività delle strutture regionali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - di 1° livello (ambulatorio) in ciascuna ASL provinciale - di 2° livello con posti letto residenziali - una struttura di 3° livello terapeutico-riabilitativa residenziale e semiresidenziale di riferimento regionale <p>La equipe multidisciplinare, deve essere composta dalle seguenti professionalità: psichiatra, psicologo, terapeuta della riabilitazione psichiatrica, educatore professionale, endocrinologo, dietista, infermiere.</p>
OBIETTIVI	<p>La rete assistenziale territoriale dedicata ai DCA attualmente presente nella regione Puglia è descritta in tabella.</p> <p>Il presente progetto è finalizzato:</p> <ul style="list-style-type: none"> • a consolidare le attività avviate nell'ambito del progetto di piano 11/LP1/09, con il quale si pone in linea di continuità diretta • a garantire la implementazione di una struttura di 3° livello terapeutico - riabilitativa residenziale e semiresidenziale di riferimento regionale • a favorire un elevato livello di stabilizzazione dei percorsi assistenziali in grado di garantire ai pazienti il raggiungimento della totale autonomia perseguita sia attraverso l'attività terapeutica che attraverso la ricostruzione della rete relazionale e sociale. <p>con l'obiettivo complessivo di avviare il</p>

	<p>completamento della rete assistenziale territoriale dedicata ai DCA . Le risorse economico-finanziarie saranno assegnate come già indicato nel progetto di piano 11/LP1/09.</p>
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	<p>I trimestre Ricognizione delle strutture esistenti e analisi dei bisogni II trimestre Avvio della realizzazione di una struttura di 3° livello terapeutico-riabilitativa residenziale e semiresidenziale di riferimento regionale III trimestre Elaborazione di protocolli operativi IV trimestre Analisi dei risultati</p>
INDICATORI	<p>equipe completata per le attività ambulatoriali e di DH nei centri attivi della rete n.di strutture di 3° livello implementate nella regione numero di prestazioni complessive erogate (ambulatorio-day hospital-residenza) riduzione della mobilità passiva</p>
RISULTATI ATTESI	<p>Assicurare nelle tre macroaree di Bari, Brindisi/Lecce/Taranto, Foggia/BAT, la rete assistenziale territoriale dedicata ai DCA</p>
RELAZIONE ANNO 2009	<p>Nel Centro Disturbi del Comportamento Alimentare "Salvatore Cotugno", presso l' Ospedale della Murgia (ASL di Bari), Struttura Semplice Dipartimentale del Dipartimento di Salute Mentale (UODCA), nel corso del 2009 è stato attivato un Ambulatorio con organizzazione tipo Day - Service. Il Day Hospital è in fase di attivazione. Al momento è sperimentale per 8 pazienti grazie al supporto di tecnici e operatori del volontariato e di una Cooperativa Onlus operante sul territorio. La attività di Ricovero Ospedaliero, viene erogato secondo due modalità: programmato o in urgenza grazie ad un'integrazione professionale tra le equipe. Nel primo caso può essere diagnostico o terapeutico. Quello in urgenza, in funzione delle condizioni cliniche e psicopatologiche può avvenire presso il Reparto di Psichiatria presente nello stesso nosocomio.</p>

ASL	DENOMINAZIONE	LIVELLO ASSISTENZIALE	SERVIZIO DEDICATO
ASL BA DSM	Centro DCA "Salvatore Cotugno" S-S-Dipartimentale DCA	<ul style="list-style-type: none"> • Ambulatorio tipo day-service • Ricovero Ospedaliero in Medicina-Lungodegenza • DH: non a regime • Residenza: da programmazione 	<p>Si</p> <p>Equipe dedicata (da completare)</p>
ASL FG DSM	Centro di Cura e Studio DCA-c/o SPDC	<ul style="list-style-type: none"> • Ambulatorio • DH del SPDC con 2 p.l. 	<p>No</p> <p>Equipe non dedicata</p>
ASL LE DSM	Centro per la Cura e la Ricerca dei disturbi del Comportamento Alimentare	<ul style="list-style-type: none"> • Ambulatorio • DH • Residenza: da programmazione 	<p>Si</p> <p>Equipe dedicata (da completare)</p>
ASL TA DSM	Unità Operativa semplice per le problematiche adolescenziali e disturbi del comportamento alimentare c/o Servizio di Psicologia Clinica	<ul style="list-style-type: none"> • Ambulatorio 	<p>No</p> <p>Equipe non dedicata</p>
Az. Ospedaliera Universitaria Conсорziale Policlinico	Servizio DH per DCA c/o clinica Psichiatrica	<ul style="list-style-type: none"> • Ambulatorio • DH della Clinica Psichiatrica 	<p>Si</p> <p>Equipe dedicata della Clinica Psichiatrica</p>

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	LA SALUTE MENTALE
TITOLO DEL PROGETTO	Assistenza ai soggetti con disturbo dello spettro autistico: potenziamento della rete dei Servizi territoriali di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi (II Annualità)
REFERENTE	ASSESSORATO ALLE POLITICHE DELLA SALUTE Servizio Assistenza Territoriale e Prevenzione - Via Caduti tutte le guerre, 15 - BARI Telefono 080.540.3649 - e-mail f.longo@regione.puglia.it

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 1.200.000
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2010	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	<p>La Neuropsichiatria Infantile (NPIA) è una branca della medicina che si occupa della prevenzione, diagnosi precoce, cura e riabilitazione dei disturbi neurologici (per es. epilessie, paralisi cerebrali, malattie neurometaboliche, ecc.), psichiatrici (autismo, anoressia, ecc.) e neuropsicologici (ritardo mentale, disturbi dell'apprendimento ecc) dell'età evolutiva.</p> <p>Numerose evidenze scientifiche dimostrano come</p>
----------	---

	<p>un intervento precoce sia in grado di produrre un miglioramento significativo delle risposte comunicative, cognitive e relazionali.</p> <p>Allo stato attuale, la carenza dei servizi territoriali di NPIA deputati al trattamento di tali disturbi non consente una presa in carico adeguata, in termini sia di quantità che di qualità di interventi, ai complessi bisogni di questi pazienti..</p>
DESCRIZIONE	<p>Il presente progetto, iniziato nel corso dell'anno 2009, ha promosso un articolato programma di interventi a favore di queste fasce di età che, ispirandosi al principio della integrazione multidisciplinare e sociosanitaria, prevede in ogni ASL, lo sviluppo di una efficiente/efficace "rete" di servizi di salute mentale, integrati con gli altri servizi sia sanitari che sociali, in grado di rispondere ai bisogni vecchi e nuovi della popolazione di queste fasce di età.</p> <p>Elemento qualificante del programma, all'interno del quale il presente progetto è destinato a rappresentare un elemento strategico, è la implementazione di un sistema di presa in carico globale del paziente, nel quale confluiscono azioni di prevenzione e di educazione alla salute e che richiede, in considerazione della stretta interdipendenza tra sviluppo e contesto relazionale, un intervento allargato alla famiglia, all'ambiente educativo-scolastico e sociale.</p>
OBIETTIVI	<p>In conseguenza di tale situazione, per l'anno 2010 gli organi di governo regionali hanno inserito le azioni di potenziamento dell'offerta assistenziale neuropsichiatrica infantile tra gli obiettivi di rilevanza regionale (DGR n. 2866/2010 – obiettivo "Trattamento disturbi neuropsichiatrici infanzia e adolescenza").</p> <p>Questo progetto che è in continuità con il progetto di piano 2/LP2/09, prevede la implementazione di almeno 1 unità territoriale di NPIA all'interno del proprio territorio, laddove non ancora realizzata e la messa in rete delle unità attivate, per garantire:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la presa in carico dei minori, con particolare attenzione a quelli affetti da disturbi dello spettro autistico; - la costruzione di un progetto di vita (più che di cura) in collaborazione con le famiglie; - la promozione dell'utilizzo di quei trattamenti comportamentali per i quali esistono attualmente maggiori evidenze scientifiche di efficacia, come ad es. il Programma TEACCH ed il Metodo ABA. <p>Pertanto le risorse economico-finanziarie saranno assegnate, così come già indicato nel progetto di</p>

	piano 2/LP2/09.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	<p>primo semestre:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Implementazione di Unità Territoriali NPJA, laddove non ancora realizzate. <p>secondo semestre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ulteriore acquisto di materiale testologico: strumenti diagnostici standardizzati quali questionari, rating-scales validati al livello nazionale ed internazionale per la valutazione diagnostica e le valutazioni di follow-up.
INDICATORI	<ul style="list-style-type: none"> -n° UU.OO. territoriali NPJA attivate secondo gli standard del POMI -n° progetti di prevenzione su tematiche specifiche realizzati -tempi di attesa per la diagnosi e la presa in carico -n° progetti personalizzati terapeutico-riabilitativi e socio-riabilitativi definiti -n° protocolli attivati con i Servizi sanitari e sociali coinvolti nella presa in carico e nella continuità assistenziale -n° di trattamenti riabilitativi domiciliari.
RISULTATI ATTESI	<ul style="list-style-type: none"> -Riduzione delle liste di attesa per la diagnosi precoce e la presa in carico -Definizione di un progetto di presa in carico globale individualizzato per ogni utente, che comprenda anche la modalità di trattamento riabilitativo domiciliare. -Attivazione di progetti di prevenzione e riabilitazione su tematiche specifiche a elevato impatto medico e sociale come i disturbi dello spettro autistico.
RELAZIONE ANNO 2009	E' in corso ancora l' analisi delle attività svolte e dei dati elaborati.

LINEA PROGETTUALE 13

PIANO NAZIONALE DI PREVENZIONE

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 28 dicembre 2010, n. 2994