

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 10 luglio 2012, n. 1395

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 2011 - Accordo Rep. Atti n.84/CSR del 20 aprile 2011 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi dell'art. 4 del D.Lgs. n. 28 agosto 1997, n. 281 - Approvazione progetti.

L'Assessore alle Politiche della Salute, Dr. Ettore Attolini, sulla base delle risultanze istruttorie esplesate 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 20 aprile 2011 ha sancito l'Accordo (Rep. Atti n. 84/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 2011, 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 del 20 aprile 2011 (Rep. Atti 84/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 20 aprile 2011 (Rep. Atti n. 83/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 2011 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 20 aprile 2011, ha definito le risorse disponibili per le singole Regioni e ha assegnato alla Regione Puglia risorse pari ad euro 106.984.356,00

Dato atto che l'Accordo del 20 aprile 2011 prevede vincoli specifici sulle risorse ministeriali per l'anno 2011, 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 procedi-

menti 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 20 aprile 2011;

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

Implementazione del disease and care management (D&CM) dal progetto Leonardo al progetto Nardino

Cure Primarie

Coinvolgimento dei Medici di C.A. nel trattamento dei codici bianchi e verdi all'interno del Pronto Soccorso

2. La non autosufficienza

Rete di Assistenza ai pazienti con Demenza

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

Modello organizzativo del percorso del soggetto con grave cerebro lesione (GCA) dalla dimissione dall'ospedale al domicilio

4. Le cure palliative e la terapia del dolore

Sviluppo della rete regionale di cure palliative per l'adulto

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

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

Diagnosi, gestione e terapia delle malformazioni feto neonatali

9. "Malattie Rare"

SIMaRRP - Infrastruttura logica a supporto della rete organizzativa di presa in carico dell'ammalato raro

10. "Valorizzazione dell'apporto del volontariato"

Non presentata alcuna progettualità

11. "Riabilitazione"

Progetto Riabilitativo Individuale

12. "La salute mentale"

Potenziamento delle attività dei Centri di Salute Mentale

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 del 20 aprile 2011 (Rep. Atti n. 84/CSR) - Linee Progettuali anno 2011 e dell'Intesa Stato-Regioni 20 aprile 2011 (Rep. Atti n. 83/CSR) - Assegnazione risorse anno 2011.

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 del 20 aprile 2011 (Rep. Atti n. 84/CSR) - Linee Progettuali anno 2011 e l'Intesa Stato-Regioni 20 aprile 2011 (Rep. Atti n. 83/CSR) -Assegnazione risorse anno 2011;
2. di approvare le schede di progetto - di cui all'allegato 1 al presente atto - parti integranti del pre-

sente provvedimento elaborate secondo le linee progettuali indicate nell'Accordo Stato-Regioni del 20 aprile 2011 (Rep. Atti n. 84/CSR) e relative alle risorse assegnate per l'anno 2011, pari a euro 106.984.356,00 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;
- di pubblicare il presente provvedimento sul B.U.R.P.

Il Segretario della Giunta
Teresa Scaringi

Il Presidente della Giunta
Dott. Nichi Vendola

LINEA PROGETTUALE 1

CURE PRIMARIE

- 1. Implementazione del Disease & Care Management.**
- 2. Cure Primarie**
- 3. Inserimento dei Medici di C. A. nel trattamento dei codici bianchi e verdi all'interno del pronto Soccorso.**

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
LINEA PROGETTUALE	CURE PRIMARIE
TITOLO DEL PROGETTO	Implementazione del Disease & Care Management: dal Progetto Leonardo al Progetto Nardino
DURATA DEL PROGETTO	Pluriennale
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	€ 25.300.000
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2010	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	<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</p>
----------	---

	<p>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>
DESCRIZIONE	<p>La presa in carico delle persone fragili e affette da patologie croniche attraverso l'introduzione della figura del Care Manager nelle forme evolute di associazionismo medico e nell'Ufficio Infermieristico del Distretto è l'obiettivo più importante e strategico per il valore simbolico che aggiunge al bisogno di innovazione del macrosistema dell'assistenza territoriale.</p>
OBIETTIVI	<p>Il presente progetto, alla seconda annualità, ha come principali obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mappatura degli Ospedali interessati dal Piano di riordino di cui si prevede la riconversione /disattivazione • Individuazione dei Comuni interessati dai processi di riconversione delle strutture, in base al bacino di utenza che afferisce storicamente agli Ospedali interessati • 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 Scompenso cardiaco, Malattie Cardio Vascolari, Diabete, BPCO prodotti dagli Ospedali interessati dal riordino) • Pianificazione delle risorse necessarie all'avvio del programma, formazione degli operatori, software per la gestione del Disease and Care management (D&CM) per la gestione integrata del paziente affetto da patologie croniche. <p>Le risorse economico-finanziarie sono assegnate alle Aziende Sanitarie per l'attuazione del progetto.</p>
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	<p>I Semestre:</p> <p>- Arruolamento dei pazienti affetti da patologie croniche: Diabete, Malattia Cardio Vascolare ad</p>

	<p>alto Rischio Cardio Vascolare, Scopenso Cardiaco, BPCO e Sindrome Metabolica e responsabilizzazione del paziente ad agire coerentemente con gli obiettivi individuati nel Piano Assistenziale Individuale (PAI).</p> <p>Il Semestre: -Analisi conclusiva</p>
INDICATORI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Numero di pazienti coinvolti nel progetto 2. 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 2010	<p>Programma delle Attività svolte:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>Programma delle attività istituzionali:</u> Il programma delle attività istituzionali si è reso necessario al fine di presentare l'intero progetto ai vertici politici della Regione e agli organi di stampa. Successivamente è stato realizzato un percorso di condivisione con tutti gli specifici portatori di interesse che hanno avuto modo di suggerire azioni migliorative. 2. <u>Programma delle attività tecniche:</u> Il programma delle attività tecniche è stato svolto, ed è tutt'ora in corso, presso i Distretti alla presenza dei Referenti delle Direzioni Strategiche, dei Direttori di distretto e tutti gli altri attori coinvolti nel processo di realizzazione del progetto.

	<p>3. <u>La Formazione</u> è stata completata nelle AA.SS.LL. BT e Lecce</p> <p>4. <u>I supporti Informatici</u></p> <p>Il Progetto Nardino rappresenta un modello assistenziale basato sulla presa in carico del paziente cronico ed introduce un elemento innovativo il "Care Manager" che è la figura professionale di assistenza ma anche il collegamento tra i diversi attori del percorso assistenziale (MMG/PLS e medico Specialista ambulatoriale) favorendo l'integrazione e fungendo da tutor del paziente.</p> <p>Il Care Manager per espletare la sua funzione di raccordo tra tutti gli attori del processo assistenziale e per la presa in carico del paziente cronico necessita di un software per la gestione del D&CM.</p>
--	---

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
LINEA PROGETTUALE	CURE PRIMARIE
TITOLO DEL PROGETTO	Cure Primarie
DURATA DEL PROGETTO	Pluriennale
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	€ 30.000.000
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2010	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	<p>Nel Piano di Rientro è prevista, fra le altre azioni prioritarie d'intervento, il rafforzamento e la riorganizzazione della "funzione" e della "rete territoriale".</p> <p>Infatti per garantire la qualità del Sistema Sanitario Regionale è necessaria una forte integrazione tra i vari aspetti dell'assistenza sanitaria. Integrazione che ha mostrato di corrispondere alle esigenze di sviluppo economico-sociale della regione e di rispondere ai nuovi bisogni conseguenti allo sviluppo stesso</p>
----------	--

	<p>Un esempio del nuovo modo di coordinare la domanda con l'offerta per il soddisfacimento dei bisogni di salute della popolazione, è rappresentato dalla gestione del Territorio attraverso un processo di sviluppo delle Cure Primarie, con l'obiettivo di individuare ed organizzare la Rete Assistenziale Territoriale, nella quale un ruolo determinante è rappresentato dai Medici Convenzionati.</p> <p>Infatti le Cure Primarie, in una logica di rete, consentono di garantire una "presa in carico integrata" dei bisogni degli assistiti insieme alla continuità delle cure, adeguando le proprie capacità di risposta alle mutate necessità dei cittadini, favorendo modelli organizzativi diversificati con elevata flessibilità, adattabili ai diversi contesti territoriali.</p>
DESCRIZIONE	<p>Il nuovo assetto della medicina convenzionata è costituito dalla Rete Assistenziale Territoriale per il superamento dell'organizzazione a "compartimenti stagni" a favore di un modello di gestione "articolato su più livelli".</p> <p>All'interno di questo processo si può identificare un modello organizzativo che deve garantire:</p> <ul style="list-style-type: none"> • la presa in carico globale ed integrata • l'appropriatezza • la qualità <p>Da ciò deriva un nuovo rapporto con la medicina convenzionata basato su:</p> <ul style="list-style-type: none"> • integrazione nel SSR e tra i professionisti • complessità assistenziale – per funzioni di presa in carico complessa • standard – team multidisciplinare <p>Nella Puglia sono stati già raggiunti risultati ragguardevoli nel potenziamento delle Cure Primarie. Certamente innovativo risulta il processo di integrazione della medicina generale nel Sistema Sanitario Regionale determinatosi con l'istituzione degli uffici regionali, aziendali ed distrettuali delle Cure Primarie.</p> <p>L'associazionismo ha raggiunto percentuali elevate in tutte le provincie pugliesi, infatti si registra rispetto al 2009 un incremento di tre punti percentuali, quasi il 75% dei MMG opera in forma associata.</p> <p>Le forme associative complesse, super rete e super gruppo rappresentano il 40% di tutte le forme associative, di cui super rete al 19.13% e super gruppo al 19.55%. Segue la medicina in</p>

rete con il 17.92% e la medicina di gruppo con 11.05%.

L'associazionismo medico semplice è sceso al 6.84%, mentre non decolla il CPT.

Apertura degli studi: il 30.5% dei MMG pugliesi, assicura l'apertura degli studi mediamente per 9 ore giornaliere, in quanto operano in uno studio associato (medicina di gruppo e di super gruppo).

Il 37% dei MMG pugliesi, assicura l'apertura degli studi in maniera coordinata tra loro mediamente per 9 ore giornaliere, in quanto le schede sanitarie individuali sono gestite telematicamente in rete dai medici che fanno parte dell'associazione (rete e super rete).

La nuova organizzazione delle Cure Primarie (circa 1000 medici organizzati in associazionismo, che utilizzano il collaboratore di studio e offrono al cittadino un servizio infermieristico) ha portato anche ad un aumento delle prestazioni di particolare impegno professionale.

Sono aumentati gli accessi per l'assistenza domiciliare che sono passati da 621.723 accessi in ADP nel 2009 a 800.000, mediamente 240 accessi annui per medico, ossia un accesso in assistenza domiciliare in media al giorno per ogni medico di famiglia.

Anche gli accessi per l'assistenza domiciliare (ADI) sono aumentati, da 40.000 nel 2009 a 80.000, mediamente due accessi domiciliari settimanali per ogni medico di famiglia.

Si è verificato anche un incremento delle prestazioni di particolare impegno professionale (medicazioni, rimozione punti, vaccinazioni, posizionamento cateteri, fleboclisi, iniezioni endovenose ecc.)

Questa nuova organizzazione ha consentito di avviare in Puglia progetti che migliorano la qualità dell'assistenza.

L'ultimo accordo regionale (AIR) ha fatto registrare un consenso sui progetti proposti pari al 90% dei medici pugliesi, progetti che stanno migliorando le performance professionali dei MMG. Ad esempio il 65% dei medici intervistati ha dichiarato che il calcolo del RCV gli ha permesso di prescrivere in maniera appropriata le statine.

Inoltre è partito il **progetto NuFoSe** che è un nuovo modello di formazione dei medici attraverso un corretto utilizzo del mezzo informatico. Tutti gli MMG pugliesi sono impegnati.

	<p>a impostare la gestione delle schede informatizzate individuali per problemi, questo determinerà una "qualificazione" delle cronicità. La conseguenza è che saranno disponibili dati reali sulla prevalenza e incidenza di queste malattie e i medici potranno avviare programmi di ricerca e di valutazione di performance, oltre a verifica della qualità dell'assistenza attraverso un confronto tra pari.</p> <p>Il significativo investimento richiesto per lo sviluppo dei servizi sul territorio al fine di adempiere ad una visione ampia di integrazione trova risorse, da un lato, nella riconversione delle strutture ospedaliere in strutture territoriali e, dall'altro, nella riallocazione funzionale del personale ospedaliero e delle corrispondenti risorse nei servizi territoriali.</p> <p>Questo affinché possa essere garantito un percorso assistenziale al cittadino senza soluzione di continuità.</p>
OBIETTIVI	Rafforzamento e riorganizzazione della "funzione" e della "rete territoriale" per garantire una "presa in carico integrata" dei bisogni degli assistiti insieme alla continuità delle cure, adeguando le proprie capacità di risposta alle mutate necessità dei cittadini, favorendo modelli organizzativi diversificati con elevata flessibilità, adattabili ai diversi contesti territoriali.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	<ul style="list-style-type: none"> • Tavoli tecnici con le OOSS • Definizione dell'AIR • Governo dei processi di cambiamento e verifica della sperimentazione
RISULTATI ATTESI	Attraverso un piano organico di intervento per l'Assistenza Primaria è possibile avviare un approccio globale alla tutela della salute della popolazione di questa Regione.
RELAZIONE ANNO 2010	

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
LINEA PROGETTUALE	CURE PRIMARIE
TITOLO DEL PROGETTO	Coinvolgimento dei Medici di C.A. nel trattamento dei codici bianchi e verdi da parte della Centrale Operativa del 118.
DURATA DEL PROGETTO	12 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	€ 1.100.000
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2010	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	Negli ultimi decenni il ricorso alle cure di Pronto Soccorso da parte della popolazione italiana è cresciuto progressivamente fino a raggiungere livelli spesso incompatibili con le risorse attribuite ai servizi di emergenza - urgenza ospedaliera. Si calcola che ormai l'affluenza al pronto soccorso abbia toccato punte di 23 milioni di accessi in Italia nel corso del 2011.
----------	---

	<p>Tuttavia, circa l'80-85% degli accessi in PS è costituito da codici minori (verdi, classificati come urgenza differibile e bianchi, classificati come non urgenza) che spesso intasano il normale lavoro delle Strutture di Pronto Soccorso Ospedaliero, istituzionalmente preposte alla gestione di urgenze indifferibili (codice giallo) e di emergenze (Codice Rosso).</p> <p>Il ricorso al Pronto Soccorso per situazioni di urgenza differibile o non urgenza, gestibili a livello territoriale, viene indotto da una serie di ragioni, tra le quali la difficoltà, per i Medici di Medicina Generale e di Continuità assistenziali, di accedere ad esami diagnostici che permettano una definizione del caso (esami radiografici, ematochimici, elettrocardiogramma ecc.). Spesso infatti detti Medici sono costretti ad inviare al Pronto Soccorso pazienti gestibili sul territorio (traumi minori, epistassi, stati d'ansia ecc.) solo per l'esecuzione di esami diagnostici indispensabili alla definizione del caso.</p> <p>Il Piano Regionale per la Salute 2008/2010 indica nelle strategie di "integrazione" tra assistenza Ospedaliera e Territoriale uno degli assi fondamentali per la salvaguardia della qualità assistenziale, unitamente alla ottimizzazione dell'appropriatezza del ricovero in Ospedale per acuti.</p> <p>Detta integrazione può essere attuata ai seguenti livelli:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Potenziamento della Medicina Territoriale attraverso forme di associazionismo nell'ambito della Medicina Generale e lo sviluppo delle reti di assistenza primaria - Integrazione dei percorsi di dimissione ospedaliera con le reti di assistenza territoriale (specie per pazienti necessitanti di assistenza post acuzie) - Integrazione dell'assistenza territoriale nella gestione della domanda da parte del 118 per il trattamento di situazioni di urgenza differibile o non urgenza. <p>L'integrazione potrebbe avvenire attraverso l'inserimento di Medici di Continuità Assistenziale nelle attività di gestione da parte del 118 di codici bianchi e verdi.</p>
DESCRIZIONE	<p>Il Progetto si propone di definire nel trattamento dei Codici bianchi e verdi, l'integrazione dei Medici della Continuità Assistenziale nell'ambito</p>

	dell'attività della C.O. del 118.
OBIETTIVI	<p>1 – Decongestionamento dei Servizi di Pronto Soccorso, le cui risorse sarebbero dedicate al trattamento dei codici gialli e rossi</p> <p>2 – Liberazione di risorse mediche da dedicare allo sviluppo delle Osservazioni brevi e alle sezioni di Medicina d'Urgenza, con conseguente incremento dell'appropriatezza del ricovero in Ospedale per acuti, stabilizzazione del paziente critico e primo trattamento di pazienti acuti necessitanti di ricovero, in assenza di posto letto disponibile</p> <p>3 – Ottimizzazione della qualità assistenziale nel trattamento di situazioni di urgenza differibile o non urgenza</p>
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	<p>Entro il Primo Semestre</p> <ul style="list-style-type: none"> - Individuazione e creazione di ambiti assistenziali differenziati, riservati al trattamento dei codici bianchi e verdi - Strutturazione di procedure per l'individuazione, l'accesso e l'Operatività dei Medici di C. A. all'interno di detti ambiti - Inizio delle attività <p>Alla fine di ogni anno</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trasmissione all'AReS dei dati di attività raccolti e dei dati relativi agli indicatori.
INDICATORI	<p>Attività</p> <ul style="list-style-type: none"> - Numero di Pazienti trattati/anno presso le Sezioni dedicate al trattamento dei Codici Bianchi e Verdi <p>Outcome</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tempi di attesa medi dei codici gialli in PS - Numero dei ricoveri eseguiti in osservazione breve e Medicina d'Urgenza rispetto all'anno precedente l'attivazione del progetto.
RISULTATI ATTESI	Definizione, nel trattamento dei Codici bianchi e verdi, dell'integrazione dei Medici della Continuità Assistenziale nell'ambito dell'attività della C.O. del 118.
RELAZIONE ANNO 2010	

LINEA PROGETTUALE 2

LA NON AUTOSUFFICIENZA

- 1. Rete di Assistenza ai pazienti con demenza**
- 2. 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	Pluriennale
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	€ 1.624.457
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2010	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	<p>Le Demenze hanno un notevole impatto in termini socio-sanitari sia perché un sempre maggior numero di famiglie ne sono coinvolte (in Italia il numero totale dei pazienti con demenza è stimato in oltre un milione, l'Associazione Alzheimer Bari riferisce la presenza in Puglia di circa 65.000 soggetti malati) sia perché richiedono l'attivazione di una qualificata rete integrata di servizi sanitari e socio-assistenziali.</p> <p>Le Demenze, inoltre, rappresentano una delle</p>
----------	---

	<p>maggiori cause di disabilità e, dato il progressivo invecchiamento della popolazione generale, queste patologie stanno diventando un problema di sanità pubblica. Sul territorio regionale si rileva ancora una scarsa integrazione e collaborazione tra Ospedale, Medici di Medicina Generale (MMG), servizi territoriali e di assistenza domiciliare integrata che rischiano di tradursi in una carenza della presa in carico e nella continuità assistenziale.</p> <p>La gestione delle demenze è ancora affrontata con percorsi distinti: quello diagnostico, quello assistenziale e quello riabilitativo, dimenticando che solo un approccio integrato può rappresentare una efficace risposta alla complessità di tale patologia, all'interno di uno scenario caratterizzato dalla riduzione dei posti letto ospedalieri.</p>
DESCRIZIONE	Il presente progetto, già alla sua seconda annualità , ha individuato la "demenza" come una delle aree da includere nella programmazione regionale.
OBIETTIVI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Riorganizzare/potenziare l'attività delle Unità Valutative attualmente operanti 2. Garantire nella rete integrata socio-sanitaria residenziale, semiresidenziale e domiciliare, gli attuali livelli assistenziali.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	Potenziamento dell'attività delle Unità Valutative operanti
INDICATORI	<ul style="list-style-type: none"> • Numero delle valutazioni effettuate in UVM attivate • Numero di percorsi formativi realizzati
RISULTATI ATTESI	I principali risultati attesi sono: 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.
RELAZIONE ANNO 2010	I dati di attività del progetto sono in corso di elaborazione.

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	Pluriennale
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	€ 1.600.000
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, già alla sua terza annualità, 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 4 (tetra paresi). 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)
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)	Entro il primo semestre: distribuzione, sulla base delle richieste pervenute, di sistemi di comunicazione da destinarsi a soggetti con fonazione di grado 2 (sostanziale perdita della parola) e motilità di grado 4 (tetra paresi). Al termine della attività progettuale: trasmissione all'A.Re.S. dei dati raccolti.
INDICATORI	Indicatore di processo -% di soggetti sul totale, destinatari della predetta tecnologia Indicatore di risultato -% di soggetti sul totale, che ottengono i trattamenti e i benefici previsti -Valutazione del tempo di attesa tra momento in cui si avvia la richiesta ed il momento in cui tale intervento viene eseguito
RISULTATI ATTESI	Presenza in carico omogenea e soddisfazione del bisogno di comunicazione del paziente con gravi patologie neuromotorie. Aggiornamento e formazione del personale.
RELAZIONE ANNO 2010	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. Modello organizzativo del percorso del soggetto con grave cerebro lesione (GCA) dalla dimissione dall'ospedale al domicilio.**

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	Modello organizzativo del percorso del soggetto con grave cerebro lesione (GCA) dalla dimissione dall'ospedale al domicilio
DURATA DEL PROGETTO	24 mesi
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	€ 150.000
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2010	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	<p>L'approccio assistenziale e riabilitativo alle persone in condizioni di bassa responsività dovuta ad un danno delle strutture cerebrali rappresenta un problema di grande rilevanza medica e sociale poiché il numero e l'aspettativa di vita di individui in tale stato è in aumento nei paesi industrializzati, parallelamente al progresso delle conoscenze e delle tecniche nel campo della Rianimazione e al miglioramento della qualità dell'assistenza (nursing).</p> <p>Fondamentale è fare un censimento sul numero degli Stati Vegetativi, in quanto la collocazione di questi pazienti, al termine del loro percorso ospedaliero è molto diversa.</p>
DESCRIZIONE	<p>Il Piano della Salute, recepito con LR 23/2008 al paragrafo dedicato ai "percorsi per la riabilitazione" (punto 3.2.2) definisce la filiera assistenziale differenziandola in ospedaliera ed extraospedaliera a seconda della fase clinica della patologia di cui è affetto il paziente.</p> <p>Per i pazienti affetti da Gravi Cerebro lesioni Acquisite (GCA), il suddetto piano ha previsto un livello di Assistenza Intensiva post acuzie ad alta complessità, erogata in Unità Operative ospedaliere, per poi transitare, relativamente alle successive fasi riabilitative, in un setting assistenziale extra-ospedaliero.</p> <p>In tale contesto normativo regionale, intervengono le Linee d'indirizzo per l'assistenza alle persone in Stato Vegetativo (SV) e Stato di Minima Coscienza (SMC), approvate con Accordo Stato Regioni del 5 maggio 2011 e recepite con DGR n. 1387 del 21/06/2011 che prevedono la definizione e l'attivazione del percorso assistenziale da seguire per la presa in carico dei bisogni di cura e assistenza per i soggetti con GCA nella fase acuta, post-acuta e degli esiti.</p> <p>Con il Regolamento Regionale n.24 del 2 novembre 2011 si definiscono i percorsi di presa in carico dei pazienti affetti da GCA.</p> <p>Il setting assistenziale da erogare è individuato in strutture deputate alla gestione dell'intero percorso riabilitativo dei soggetti colpiti da GCA, denominate Strutture di Riabilitazione Extraospedaliera_Centro Risvegli (SRE_Centro Risvegli) all'interno delle quali il processo assistenziale si sviluppa in livelli di intensità di cura e riabilitazione gradualmente, che corrispondono ai livelli extraospedalieri previsti nella LR 23/2008.</p>

	L'avvio della sperimentazione della SRE_Centro Risvegli avverrà presso la ASL Bari.
OBIETTIVI	Sviluppare la sperimentazione del modello assistenziale SRE_Centro Risvegli presso la ASL Bari.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	<p>Primo Semestre</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ricognizione delle modalità di sviluppo della sperimentazione della SRE_Centro Risvegli -Elaborazione e condivisione di criteri di accesso, di percorsi diagnostico terapeutici integrati con altre discipline ospedaliere e con altri livelli di assistenza <p>Secondo Semestre</p> <p>Trasmissione all'A.Re.S. dei dati raccolti con particolare riferimento alla effettiva realizzazione del Centro.</p>
INDICATORI	<ul style="list-style-type: none"> - Numero di pazienti assistiti - Formazione specifica sull'assistenza a pazienti con GCA rivolta al personale reclutato
RISULTATI ATTESI	Superamento dei problemi di insufficienza delle strutture e delle situazioni di abbandono terapeutico ed assistenziale che parta dalla fase dell'Acuzia alla fase riabilitativa per arrivare alla fase della Cronicità rappresentata da "Speciale Unità di Accoglienza permanente - SUAP e/o domicilio".
RELAZIONE ANNO 2010	

LINEA PROGETTUALE 4

LE CURE PALLIATIVE E LA TERAPIA DEL DOLORE

- 1. Sviluppo della rete regionale di cure palliative per l'adulto**

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE
TITOLO DEL PROGETTO	Sviluppo della rete regionale di cure palliative per l'adulto
DURATA DEL PROGETTO	12 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	€ 6.000.000
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2010	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	Le persone hanno il diritto di vivere senza sofferenze inutili e di ricevere cure adeguate ai loro problemi di salute e di relazione. Per tali principi, lo sviluppo della lotta al dolore e l'offerta delle cure palliative e di fine vita,
----------	--

sono priorità dei servizi sanitari e socio sanitari della Regione Puglia.

Il dolore inteso come esperienza fisica e come stato globale di fragilità e di disabilità, è spesso accompagnato da riduzione o perdita di una sufficiente qualità di vita.

Per farvi fronte, si possono configurare impegni progressivi, che prevedono passaggi dai livelli più diffusi di cure, maggiormente accessibili ai cittadini, fino a quelli di complessità elevata. In particolare, il trattamento antalgico va offerto a tutte le persone con dolore.

Le cure palliative dovrebbero diventare un approccio diffuso per la tutela delle persone con patologie impegnative, al fine di proteggerne la qualità di vita.

Per garantire un governo del sistema dell'offerta e di seguire l'evoluzione della patologia, è opportuno che nelle Aziende possano essere costituiti dei nuclei di operatori particolarmente preparati che possano gestire i servizi e fungere da referenti per il paziente e i suoi familiari, con il MMG.

Nella Regione Puglia a giugno 2009 risultano operativi 6 hospice, di cui 2 pubblici, 3 del terzo settore e uno a gestione mista pubblico-privato per un totale di 96 pl.

L'offerta regionale è pari a 0.24 pl in hospice ogni 10.000 abitanti.

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.

Allo stato attuale il grado di tutela di larghe fasce di popolazione affette da patologia in guarigibile e in stato avanzato di malattia, nonché di sofferenti per dolori inutili, è incerto e non pienamente garantito.

Pertanto, al Coordinamento Regionale per le cure palliative e la lotta al dolore, composto da personale competente, viene demandata la formazione del personale e il governo del sistema d'offerta assistenziale attraverso percorsi personalizzati, secondo un approccio per problemi, che segua l'evoluzione clinica dei malati.

	Pertanto, non si tratta di attribuire nuove risorse, ma di riqualificare e potenziare quelle esistenti.
DESCRIZIONE	Il progetto intende produrre un potenziamento del sistema d'offerta "da ospedaliero a domiciliare" in grado di fornire le risorse per conseguire l'obiettivo generale.
OBIETTIVI	<ul style="list-style-type: none"> -Favorire la presa in carico domiciliare dei pazienti terminali, assicurando loro una migliore qualità di vita -Realizzare un sistema integrato di risposte ai bisogni dei pazienti e dei loro familiari -Migliorare la integrazione Ospedale-Territorio, al fine di garantire la continuità assistenziale -Progressiva aderenza ai LEA
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	<p>Entro il primo semestre</p> <p>Tenuto conto che le ASL già dispongono di attività di CP, si intende conseguire una maggiore uniformità di offerta nel territorio regionale</p> <p>Entro il secondo semestre</p> <ul style="list-style-type: none"> -Formazione degli operatori dell'UCPD e dei MMG
INDICATORI	<ul style="list-style-type: none"> - Numero di malati assistiti secondo un programma di cure palliative -Numero dei MMG che richiedono la presa in carico da parte dell'UCPD -Numero dei pazienti deceduti a domicilio.
RISULTATI ATTESI	Completamento dell'offerta assistenziale di cure palliative (domicilio, hospice, day hospice ed ambulatorio) e soddisfazione dei bisogni dell'utenza.
RELAZIONE ANNO 2010	

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	Pluriennale
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

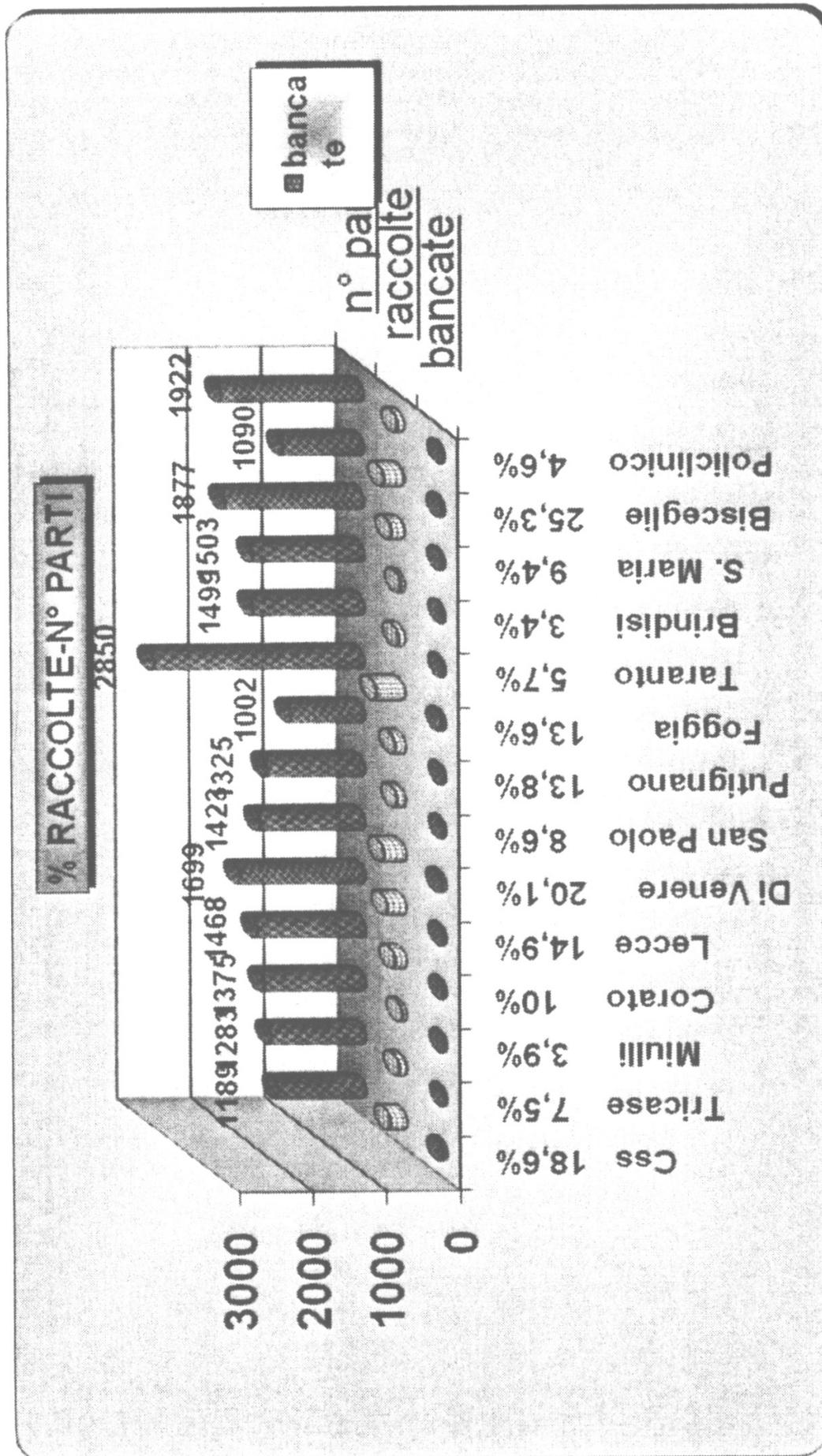
COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 1.200.000
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2010	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

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
----------	--

	<p>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 queste cellule hanno indotto la costituzione di vere e proprie "banche", dove vengono conservate le unità di sangue cordonale raccolte.</p> <p>La rete di donazione e banking italiana, che vede coinvolti le banche, i trapiantologi e le autorità competenti si distingue per l'applicazione rigorosa dei requisiti di qualità e sicurezza e per lo sviluppo di una rete di collaborazione nazionale e internazionale che ha come obiettivi la garanzia di un elevato grado di qualità e sicurezza delle unità cordonali destinate al trapianto.</p>
DESCRIZIONE	<p>Molte ad oggi sono le problematiche che investono le biobanche, sia dal punto di vista organizzativo che da quello normativo, obiettivo principale del progetto è quello di incrementare e potenziare il numero delle unità bancate effettivamente disponibili all'uso trapiantologico.</p>
OBIETTIVI	<p>Il progetto conferma ed integra gli obiettivi già previsti dal Progetto presentato con DGR n.1396 del 24/06/2011 ed in particolare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sistematica applicazione dei requisiti di qualità e sicurezza previsti dalle disposizioni normative vigenti e degli standard tecnici ed operativi condivisi • Realizzazione di campagne di informazione, comunicazione, sensibilizzazione sul territorio con l'obiettivo di rendere consapevoli i cittadini del valore della donazione solidaristica del sangue cordonale e sul suo uso appropriato.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	<p>I e II trimestre Standardizzazione delle procedure per il miglioramento della qualità - ultimo trimestre Realizzazione di campagne di informazione, comunicazione e sensibilizzazione</p>
INDICATORI	<p>Indicatori di struttura -Applicazione dei requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi in termini di personale, locali e attrezzature Indicatori di processo</p>

	<p>-Incremento delle raccolte effettuate e dell'inventario delle unità conservate (n. delle unità bancate per anno sulla base del piano definito) – All.to (1)</p> <p>Indicatori di risultato</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;</p> <p>-incremento delle unità criopreservate;</p> <p>-incremento delle rivalutazione a sei mesi/1 anno dalla donazione.</p>
RELAZIONE ANNO 2010	<p>La Puglia ha il Centro con la più alta quantità di donazioni di sangue del cordone ombelicale, in particolare sono state raccolte 2451 unità di sangue e ne sono state "bancate", ovvero conservate, 645. "La grande varietà genetica della popolazione pugliese rende più facile a livello mondiale trovare malati che necessitano delle donazioni." Lo scorso luglio una unità di sangue compatibile è stata inviata a Nancy, in Francia, e ha salvato la vita a un paziente. La rete pugliese ha punti di raccolta a: S. G. Rotondo, Foggia (Ospedali Riuniti), Bari (Policlinico, Clinica S. Maria, San Paolo e Di Venere), Lecce (V. Fazzi), Brindisi (Perrino), Taranto (S.s. Annunziata), Corato (Umberto I), Acquaviva (Miulli), Tricase (Panico), Bisceglie (V. Emanuele) e Putignano (S. Maria Angeli) dove le donne interessate possono rivolgersi ai reparti di Ostetricia e Ginecologia per manifestare la propria volontà alla donazione.</p>



All.to n. 1)

LINEA PROGETTUALE 6

LA SANITÀ PENITENZIARIA

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

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	Pluriennale
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	€ 4.100.000
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

	<ul style="list-style-type: none"> - 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)	<p>Entro il primo semestre Reperimento di "un alloggio" per i pazienti dimessi dall'OPG.</p> <p>Entro il secondo semestre Formazione ed inserimento lavorativo dei pazienti dimessi.</p>
INDICATORI	<ul style="list-style-type: none"> - 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 2010	<p>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.</p> <p>I pazienti psichiatrici di provenienza regionale</p>

	<p>ricoverati negli OPG, risultano complessivamente: 70</p> <p>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 scompenso emotivo e psicologico.</p> <p>Le azioni sono state caratterizzate da adeguato accompagnamento da parte di personale tecnico specializzato e mirate alla promozione della persona 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.</p>
--	--

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. Diagnosi, gestione e terapia delle malformazioni feto neonatali

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	TUTELA DELLA MATERNITÀ E PROMOZIONE DELL'APPROPRIATEZZA DEL PERCORSO NASCITA
TITOLO DEL PROGETTO	Diagnosi, gestione e terapia delle malformazioni feto neonatali
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi
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	€ 500.000
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2010	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	La tutela della salute materno-infantile rappresenta un problema di primaria rilevanza
----------	--

	<p>socio-sanitaria: i diversi piani sanitari nazionali e regionali hanno sempre posto peculiare attenzione a questo aspetto.</p> <p>Nell'ambito della tutela della salute materno-infantile un aspetto molto importante è quello relativo alla diagnosi, gestione ed eventuale correzione della patologia congenita fetoneonatale.</p> <p>L'incidenza delle anomalie fetali alla nascita è:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1/50 per le malformazioni congenite con rilievo clinico • 1/100 per le malattie del DNA • 1/200 per le malattie dei cromosomi <p>La mortalità per "malformazioni congenite" è pari a 9.01%, questo dato è preoccupante perché evidenzia un inadeguato trattamento delle cardiopatie congenite e questo comporta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mobilità extra-regionale vs strutture con centri coordinati per la diagnosi e per la gestione ed eventuale correzione delle patologie fetoneonatali • Interruzione della gravidanza nel "dubbio diagnostico" • Inadeguato inquadramento diagnostico con conseguente mancanza di un adeguato percorso nascita • Mancata diagnosi con nascita imprevista di neonato con patologie gravi • Deviazione della domanda verso strutture private spesso non idonee in quanto si limitano all'esecuzione di singole prestazioni senza avere adeguati collegamenti per un inquadramento. <p>La causa principale di tale situazione risiede nella assenza di diagnostica strumentale e di laboratorio e quindi di professionalità adeguate e di investimenti appropriati a livello regionale.</p>
DESCRIZIONE	<p>Presso <i>l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Consorziale Policlinico di Bari e la ASL BA</i> è possibile articolare un percorso integrato multi specialistico assistenziale che preveda la programmazione di un "Percorso di Counselling Prenatale" in caso di feti con Cardiopatia Congenita.</p> <p>Il Counselling Prenatale consiste in un processo multidisciplinare, con il coinvolgimento di più specialisti, che con le loro consulenze specialistiche chiariscono ai futuri genitori le problematiche connesse ad una cardiopatia</p>

	<p>fetale.</p> <p>Sono comunicati i dati relativi alla mortalità e alla qualità di vita futura delle specifiche cardiopatie, la possibilità di interventi chirurgici e loro tipologia e numero, la modalità di trasmissione e il rischio di ricorrenza, al fine di decidere e pianificare la gestione più adeguata.</p> <p>Questo processo determina una ricaduta positiva anche per i singoli professionisti grazie alla possibilità di accedere ad altre competenze specialistiche in tempo reale.</p> <p>I compiti che il Centro Regionale di Riferimento per la gestione delle patologie fetali e le altre UUOCC coinvolte nel progetto sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Definizione e diagnosi della patologia fetale attraverso prestazioni diagnostiche di alta specialistica, tipo II livello • Definire la prognosi e la gestione della patologia fetale • Interazione tra le UUOCC per un adeguato counselling multidisciplinare • Interazione tra le UUOCC per un management pre-post natale e conseguente corretto approccio terapeutico, medico, chirurgico post natale • Promuovere attività di ricerca • Partecipare alla formazione degli operatori coinvolti in questo settore • Collaborare alla informazione. <p>Le risorse economico-finanziarie sono assegnate al Centro Regionale di Riferimento per la gestione delle patologie fetali dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Consorziale Policlinico di Bari e la ASL BA per l'attuazione del progetto.</p>
OBIETTIVI	<ul style="list-style-type: none"> • Potenziamento e specifica caratterizzazione nella diagnosi e gestione prenatale e post-natale delle condizioni ad alto rischio di patologia feto-neonatale • Integrazione delle attività svolte dalle UUOCC
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	<ul style="list-style-type: none"> • Avvio delle attività e identificazione delle figure professionali mediche dedicate (ambito cardiologico, cardochirurgico pediatrico, ostetrico-perinatale...) • Potenziamento delle attrezzature per la diagnostica strumentale delle patologie fetali • Formazione degli operatori coinvolti in

	questo settore
INDICATORI	<ul style="list-style-type: none">• Riduzione della mobilità extra regionale vs Strutture con Centri specializzati • Riduzione della mortalità per "malformazioni congenite"
RISULTATI ATTESI	Tutela del benessere materno infantile e gestione della patologia congenita fetale, attraverso la formulazione di una diagnosi precisa, di una prognosi corretta, di un management prenatale e perinatale adeguato e di un approccio terapeutico medico-chirurgico post natale ottimale.
RELAZIONE ANNO 2010	

LINEA PROGETTUALE 9**MALATTIE RARE**

1. **SIMaRRP – Infrastruttura logica a supporto della rete organizzativa di presa in carico dell'ammalato raro.**

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	MALATTIE RARE
TITOLO DEL PROGETTO	SIMaRRP – Infrastruttura logica a supporto della rete organizzativa di presa in carico dell'ammalato raro.
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; email: dirgen@arespuglia.it

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 1.600.000
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2010	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	La Regione Puglia è da tempo impegnata nello sviluppo e nell'organizzazione di modelli innovativi
----------	---

	<p>nell'ambito dell'assistenza alle persone con malattie rare.</p> <p>In questo contesto sono state realizzate, implementate e mantenute attive la rete dei presidi accreditati per l'assistenza ai pazienti, articolata per specifici gruppi di malattie rare.</p> <p>Nonostante il lavoro svolto fino ad ora, rimangono alcuni elementi di criticità del sistema, dipendenti in gran parte dalle caratteristiche intrinseche delle patologie rare.</p> <p>Le malattie rare infatti sono caratterizzate da una enorme frammentazione: questa riguarda il numero stesso delle malattie, le manifestazioni diversificate da paziente a paziente all'interno dello stesso tipo di malattia, i profili dei bisogni assistenziali, spesso molto complessi, richiedenti interventi e prestazioni non sempre compresi nei LEA.</p> <p>Per alcuni gruppi di patologie la priorità è definire i contenuti di protocolli diagnostico-terapeutici, secondo il modello dell'Evidence Based Medicine, in modo da specificare i benefici aggiuntivi rispetto ai LEA, da garantire alle persone con malattie rare.</p> <p>Per altri gruppi o singole patologie, spesso già oggetto della formulazione di protocolli, l'obiettivo è quello di definire in maniera più ampia il percorso assistenziale dei pazienti nella sua globalità, coinvolgendo non solo i referenti dei presidi accreditati, ma anche gli altri servizi della rete assistenziale che concorrono a realizzare la presa in carico dei pazienti.</p>
DESCRIZIONE	<p>Con questo progetto si intende sviluppare un modello organizzativo integrato ed omogeneo in grado di sostenere azioni diversificate:</p> <ul style="list-style-type: none">- 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 diagnostico-terapeutici specifici

	<ul style="list-style-type: none"> - l'utilizzo di un sistema informatico unico di raccolta dati che metta in rete i CIR sul territorio in tempo reale - lo svolgimento di eventi formativi per il personale delle ASL e dei Distretti individuato per la formazione di una Task Force per le Malattie Rare - acquisire risorse umane utili alla formazione specifica (counselor, psicologi, ecc) - distribuzione di materiale informativo.
OBIETTIVI	<p>Il presente progetto prevede:</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'applicazione dei PDTA, elaborati dai CIR e valutati dal Centro di Coordinamento Regionale; - la formazione di una TASK FORCE individuata tra gli operatori territoriali (ASL e Distretti) dedicata e motivata; - la realizzazione di eventi formativi rivolti agli operatori delle ASL, distretti, servizio infermieristico, farmacie ospedaliere; - l'acquisizione di risorse umane utili alla formazione specifica (counselor, psicologi, ecc), - la distribuzione di materiale informativo; <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 (CRONOPROGRAMMA)	<p>Primo Quadrimestre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sviluppo e potenziamento delle attività dei CIR <p>Secondo Quadrimestre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Applicazione dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali elaborati e validati <p>Terzo Quadrimestre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Interventi formativi realizzati sugli operatori della Task Force coinvolti nel presente progetto
INDICATORI	<ul style="list-style-type: none"> - % di presidi accreditati che usano i protocolli - % di pazienti con piani assistenziali in cui è previsto l'uso dei protocolli o per i quali si sono strutturati i percorsi assistenziali
RISULTATI ATTESI	Favorire "Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali" e garantire modelli assistenziali di eccellenza.
RELAZIONE ANNO 2010	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,

	<p>investito di funzioni sia programmatiche che assistenziali, quest'ultima assolta attraverso la individuazione: Centro di Assistenza Sovraziendale.</p> <p>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. 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 alla Malattie Rare.</p>
--	---

LINEA PROGETTUALE 10

VALORIZZAZIONE DELL'APPORTO DEL VOLONTARIATO

(LINEA PROGETTUALE, NON PRESENTATA)

LINEA PROGETTUALE 11

RIABILITAZIONE

1. PROGETTO RIABILITATIVO INDIVIDUALE

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	RIABILITAZIONE
TITOLO DEL PROGETTO	Progetto Riabilitativo Individuale
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi
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	€ 7.416.415
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2010	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	La "riabilitazione domiciliare" si pone l'obiettivo di potenziare le risorse della riabilitazione territoriale e rappresenta il contesto che rende sinergiche le componenti sanitarie e non sanitarie dell'intervento riabilitativo ed in tale ambito si inserisce il Progetto riabilitativo Individuale
----------	---

	<p>(PRI).</p> <p>Il Progetto Riabilitativo Individuale è unico per ciascuna persona, stabilito dal Medico specialista in Riabilitazione in condivisione con gli altri professionisti.</p> <p>Attraverso la riabilitazione domiciliare si offre un trattamento che può esaurirsi a domicilio, ossia un modello di assistenza che consente al paziente di rimanere a casa nel proprio ambito familiare e relazionale, potendo ugualmente usufruire dell'assistenza di cui si ha bisogno per migliorare il decorso riabilitativo.</p> <p>Le attività di riabilitazione domiciliare fanno capo al sistema organizzativo dei Distretti socio-sanitari (DSS) e rientrano nella rete dei servizi riabilitativi territoriali.</p> <p>Già il Piano della Salute 2008/2010 si era posto l'obiettivo di potenziare l'assistenza domiciliare, promuovendone l'attivazione in tutti quei casi in cui il quadro clinico del paziente l'avesse consentito e le aspettative di un risultato efficace della terapia riabilitativa spingevano ad orientare la scelta del trattamento a domicilio del paziente.</p> <p>La rete delle cure domiciliari deve assicurare la continuità dell'assistenza medica, specialistica a domicilio per favorire il recupero delle capacità di autonomia e di relazione dei soggetti fragili nel loro contesto sociale. A tal fine struttura percorsi integrati di sostegno alla famiglia facilitando l'accesso ai servizi ed alla erogazione di presidi ed ausili necessari a domicilio.</p> <p>Con DGR n. 933 del 10 maggio 2011 la Regione Puglia ha approvato l'Atto di indirizzo e coordinamento per l'organizzazione dei servizi di riabilitazione, ospedalieri, residenziali, distrettuali e domiciliari.</p> <p>Tale documento attuativo delle Linee guida del Ministero per le attività di riabilitazione.</p> <p>Il Regolamento Regionale n. 20 del 04 agosto 2011 (R.R. di modifiche al R.R. 04 novembre 2010 n 6) all'art. 5 così recita:<i>la riabilitazione domiciliare fa capo al Sistema Organizzativo dei Distretti socio-sanitari (DSS) e si integra nella rete dei Servizi Riabilitativi Territoriali.</i></p>
DESCRIZIONE	<p>Si definiscono attività di riabilitazione gli interventi valutativi, diagnostici, terapeutici finalizzate a portare il soggetto affetto da menomazioni a contenere o minimizzare la sua disabilità in modo da ritornare attivo ed interagente entro il proprio</p>

	<p>nucleo familiare, lavorativo, scolastico e sociale. Con la DGR n. 933 del 10 maggio 2011 la Regione Puglia ha approvato l'Atto di indirizzo e coordinamento per l'organizzazione dei servizi di riabilitazione, ospedalieri, residenziali, distrettuali e domiciliari.</p> <p>Tale documento attuativo delle Linee guida del Ministero della Sanità per le attività di riabilitazione, affronta alcune tematiche fondamentali in tema di riabilitazione in ambito ospedaliero e territoriale, in particolare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • la continuità terapeutica: integrazione tra ospedale –strutture extraospedaliere e territorio • il recepimento dei principi dell'OMS in materia di riabilitazione, individuati nell'adozione della Classificazione Internazionale ICDH che ha permesso di mettere a punto uno strumento fondamentale per lo studio delle menomazioni, delle disabilità e degli handicap.
OBIETTIVI	<p>L'obiettivo del progetto consiste nel consolidare il sistema in atto per la Riabilitazione.</p> <p>Il piano di lavoro comprende:</p> <ul style="list-style-type: none"> • il flusso informativo e la gestione del sistema informatico • la definizione di linee guida in attuazione degli indirizzi ministeriali • percorsi di formazione per la gestione del paziente nelle diverse fasi del processo di riabilitazione. <p>Le risorse economico-finanziarie sono assegnate alle Aziende Sanitarie per l'attuazione del progetto.</p>
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	<p>Entro il primo semestre Definizione di linee guida</p> <p>Entro il secondo semestre Formazione per la gestione del paziente nelle varie fasi del processo riabilitativo</p>
INDICATORI	<p>L' unico indicatore valutabile è quello relativo al numero di personale formato per la gestione del paziente nelle varie fasi del processo riabilitativo. Inoltre gli interventi in ambito riabilitativo essendo interdisciplinari, risulta difficile la valutazione di indicatori di esito.</p>
RISULTATI ATTESI	<p>La finalità del progetto è quella di garantire la "continuità terapeutica": integrazione tra ospedale – strutture extraospedaliere e territorio.</p>
RELAZIONE ANNO 2010	

LINEA PROGETTUALE 12

LA SALUTE MENTALE

1. POTENZIAMENTO DELLE ATTIVITA' DEI CENTRI DI SALUTE MENTALE

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	SALUTE MENTALE
TITOLO DEL PROGETTO	Potenziamento delle attività dei Centri di Salute Mentale
DURATA DEL PROGETTO	Pluriennale
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	€ 8.100.000
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2011	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	La Legge Regionale n. 26/2006 "Interventi in materia sanitaria", all'articolo 9, ha ribadito l'obbligo per le ASL di adottare tutti gli interventi necessari alla completa realizzazione dei Dipartimenti di Salute Mentale, in ottemperanza alla LR n. 30/98, nonché ha prescritto il potenziamento dei CSM con apertura per 12 ore al giorno, affinché essi siano in grado di garantire adeguatamente tutte le attività attribuite dalla normativa vigente - secondo le necessità assistenziali stimate - che attualmente sono spesso solo parzialmente realizzate o addirittura
----------	--

	<p>totalmente disattese.</p> <p>Va evidenziato, infatti, che la rete dei CSM esistenti sul territorio regionale presenta, ancora oggi, evidenti criticità, rilevate anche dal Piano Regionale di Salute 2008-2010, in riferimento sia alle ore di apertura (la maggioranza dei 48 CSM è tuttora aperta solo 6 ore al giorno), sia alle gravi carenze di personale (in particolare, risultano carenti gli educatori professionali, gli infermieri, i tecnici della riabilitazione, gli psichiatri, gli psicologi).</p> <p>Pertanto, a progressiva risoluzione delle inadeguatezze evidenziate, il Progetto persegue il miglioramento e la valutazione continua dell'assistenza psichiatrica, tramite l'utilizzo ottimale delle risorse, la realizzazione di processi di integrazione tra i Servizi che, a vario titolo, si occupano dei pazienti psichiatrici ed il graduale adeguamento h/12 di tutti i CSM.</p> <p>Attualmente, il programma di potenziamento è in corso di realizzazione, anche grazie al processo di ricollocazione del personale riveniente dalla disattivazione delle U.O. ospedaliere.</p>																																																								
DESCRIZIONE	<p>A fronte dello standard di personale stabilito dalla DGR n. 1400/97, le carenze rilevate, al 1 Gennaio 2010, nei 48 CSM attualmente operanti sul territorio regionale (a prescindere dal bacino d'utenza assistito) sono riportate nella tabella seguente:</p> <table border="1" data-bbox="735 1447 1423 1960"> <thead> <tr> <th>OPERATORI CARENTI PER ASL</th> <th>Medici</th> <th>Psicologi</th> <th>Educatori</th> <th>Infermieri</th> <th>Ass Sociali</th> <th>Tecnici riabilit.</th> <th>OTA-OS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ASL BA</td> <td>17</td> <td>10</td> <td>31</td> <td>62</td> <td>+2</td> <td>25</td> <td>16</td> </tr> <tr> <td>ASL BAT</td> <td>8</td> <td>3</td> <td>12</td> <td>6</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>ASL BR</td> <td>7</td> <td>+1</td> <td>12</td> <td>+4</td> <td>+2</td> <td>8</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>ASL FG</td> <td>30</td> <td>11</td> <td>27</td> <td>52</td> <td>2</td> <td>16</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>ASL LE</td> <td>20</td> <td>11</td> <td>30</td> <td>54</td> <td>5</td> <td>20</td> <td>15</td> </tr> <tr> <td>ASL TA</td> <td>20</td> <td>7</td> <td>17</td> <td>15</td> <td>+1</td> <td>14</td> <td>9</td> </tr> </tbody> </table>	OPERATORI CARENTI PER ASL	Medici	Psicologi	Educatori	Infermieri	Ass Sociali	Tecnici riabilit.	OTA-OS	ASL BA	17	10	31	62	+2	25	16	ASL BAT	8	3	12	6	2	8	4	ASL BR	7	+1	12	+4	+2	8	7	ASL FG	30	11	27	52	2	16	10	ASL LE	20	11	30	54	5	20	15	ASL TA	20	7	17	15	+1	14	9
OPERATORI CARENTI PER ASL	Medici	Psicologi	Educatori	Infermieri	Ass Sociali	Tecnici riabilit.	OTA-OS																																																		
ASL BA	17	10	31	62	+2	25	16																																																		
ASL BAT	8	3	12	6	2	8	4																																																		
ASL BR	7	+1	12	+4	+2	8	7																																																		
ASL FG	30	11	27	52	2	16	10																																																		
ASL LE	20	11	30	54	5	20	15																																																		
ASL TA	20	7	17	15	+1	14	9																																																		

	Totale operatori carenti	102	41	12 9	185	4	91	61
OBIETTIVI	<p>Criticità strutturali. Dalla ricognizione effettuata alla stessa data, si registra una diffusa inadeguatezza delle sedi dei CSM rispetto agli standard previsti. Tali carenze sussistono rispetto alla dislocazione eccessivamente periferica, alle problematiche strutturali (compresi gli arredi, i materiali, le attrezzature, il parco-automezzi, ecc.) alla scarsa accessibilità, alla mancanza di rispetto della privacy. La qualità della struttura fisica dei CSM (sedi principali e ambulatori) in relazione ai requisiti richiesti dal Regolamento Regionale 3/2005, è stata valutata dai Direttori DSM come segue:</p> <p>buona: 32</p> <p>sufficiente: 36</p> <p>insufficiente, mediocre: 18</p> <p>non adeguata: 20</p> <p>non valutata: 2</p> <p>Per l'adeguamento strutturale e strumentale dei CSM va evidenziata la possibilità di utilizzo dei Fondi Comunitari, ai fini di inserire le azioni più urgenti da realizzare nel 2° triennio della programmazione comunitaria.</p> <p>L'Assessorato per le Politiche della Salute ha individuato priorità atte a potenziare, sistematizzare e migliorare le attività del DSM; tali priorità, di seguito richiamate, sono peraltro coerenti con quelle richieste dal Piano di Rientro ed i relativi risultati attesi ed aggiornate rispetto alle problematiche discusse ed agli orientamenti assunti a livello nazionale:</p> <ul style="list-style-type: none"> • INSERIMENTO SOCIOLAVORATIVO. La Regione Puglia ha approvato, con DGR n. 471 del 23/2/2010, Linee Guida regionali che definiscono percorsi integrati finalizzati all'inserimento socio lavorativo di persone con problemi psichici ed uno Schema di Protocollo di Intesa Interistituzionale, cui successivamente è 							

	<p>stata data massima diffusione con iniziative regionali e locali. L'inserimento socio lavorativo è stato ribadito quale priorità per il benessere e l'inclusione sociale delle persone con problemi psichici, inserendolo nell'ultimo Piano Sociale Regionale quale obiettivo vincolante nella programmazione dei Piani di Zona, cui i CSM partecipano con un ruolo di piena responsabilità.</p> <ul style="list-style-type: none">• MIGLIORAMENTO ASSISTENZA SPDC E GESTIONE EMERGENZE-URGENZE. Il Progetto quadriennale per la valutazione ed il miglioramento della qualità dell'assistenza nei SPDC, appena concluso, ha prodotto strumenti e procedure operative mutuati dal modello dell'accreditamento professionale tra pari e già applicate. E' indispensabile l'elaborazione di raccomandazioni di buone pratiche sulla gestione integrata delle emergenze-urgenze psichiatriche, coerenti con le Raccomandazioni su ASO/TSO prodotte dal Gruppo Interregionale Salute Mentale della Conferenza delle Regioni e recepite dalla Regione Puglia con DGR n. 1499 del 4/8/2009, nonché la definizione di linee guida sulla gestione dei comportamenti aggressivi e la prevenzione delle contenzioni meccaniche in SPDC, in linea con un documento specifico sul tema delle contenzioni prodotto dal Gruppo Interregionale Salute Mentale.• POTENZIAMENTO RIABILITAZIONE TERRITORIALE E RIDUZIONE DELLA RESIDENZIALITA' "PESANTE". Vanno regolamentate le nuove tipologie di strutture e Servizi previsti dall'art 9 L.R. 26/2006, relative a modalità assistenziali più de-istituzionalizzanti e integrate con il tessuto sociale territoriale.• SUPERAMENTO DELL'OPG. La Giunta Regionale ha approvato, a valere sulle risorse vincolate della L.662/96 e sul cofinanziamento regionale, un Progetto per
--	--

la riabilitazione ed il reinserimento sociale di persone dimesse dall'OPG. Vanno avviati i primi contatti per la valutazione dei pazienti dimissibili in tempi brevi e costituito un gruppo di lavoro che si occupi delle azioni da porre in essere.

- **DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE.** Il potenziamento della rete dei Servizi territoriali per tali disturbi e la definizione di appropriati percorsi di cura è considerata una priorità in tutti i Documenti ufficiali prodotti dalla Regione Puglia, a partire dal Piano Regionale di Salute 2008-2010, vista l'assoluta attualità ed il sempre più elevato allarme sociale legato alla diffusione di tali patologie tra i giovani. Vanno avviati interventi di prevenzione, sensibilizzazione, informazione ed educazione sanitaria su tali argomenti, che prevede altresì la definizione di modelli omogenei di trattamento ed il rinforzo ed una migliore strutturazione della rete dei Servizi.
- **SISTEMA INFORMATIVO SALUTE MENTALE.** La Regione Puglia non è ancora dotata di un funzionale sistema informativo per la Salute Mentale; i dati sui fruitori dei Servizi e sulle prestazioni erogate vengono raccolti in modo disomogeneo e talora poco attendibile, per cui non possono essere utilizzati per una adeguata programmazione dell'assistenza a livello regionale e locale. Nel corso del 2011 dovrà essere realizzata un' "Area Applicativa per la Salute Mentale" facente parte dell'istituendo Sistema Informativo Sanitario Regionale (SISR), a partire dal Sistema Informativo nazionale Salute Mentale (SISM) approvato con Decreto Ministeriale pubblicato sulla G.U. n. 254 del 29/10/2010.

Per diverse tra le attività già citate (es. inserimento lavorativo, riabilitazione territoriale, controllo sui percorsi riabilitativi residenziali, un più stretto collegamento tra i servizi del DSM, in particolare CSM-SPDC, per evitare rischiose separazioni che alimentano rischi di "psichiatriche

	<p>parallele", ecc.) ed altre importanti attività da realizzare pienamente, quali l'assistenza psichiatrica negli Istituti di Pena e l'applicazione di misure alternative alla detenzione e all'OPG per pazienti psichiatrici autori di reato, l'incremento dell'assistenza domiciliare, identificazione ed intervento precoce nei disturbi mentali gravi, integrazione dell'assistenza erogata con le altre agenzie sanitarie quali Distretti Sociosanitari e MMG, attività di prevenzione primaria e lotta allo stigma, tempestiva individuazione dei bisogni di salute emergenti (es. migranti non integrati nel tessuto sociale), formazione, miglioramento della qualità e valutazione, si considera fondamentale 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 garantire il governo clinico e la promozione della salute mentale nel territorio.</p>
<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, dati i vincoli posti dal Piano di Rientro al reclutamento di personale aggiuntivo. Pertanto, il cronoprogramma degli interventi viene a definirsi come di seguito: primo semestre 2011: prosecuzione delle attività dei Gruppi di Lavoro già attivati nel 2010 secondo semestre 2011: approvazione di Linee Guida, Raccomandazioni e Direttive finalizzate al potenziamento ed al miglioramento della qualità dell'assistenza psichiatrica</p>
<p>INDICATORI</p>	<p>- n° raccomandazioni, linee guida, direttive prodotte</p>
<p>RISULTATI ATTESI</p>	<p>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 ricollocazione del personale ASL in esubero e la redistribuzione più equa del personale. Migliorare la qualità della "psichiatria di comunità" in ogni ASL.</p>

LINEA PROGETTUALE 13

PIANO NAZIONALE DI PREVENZIONE

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 28 dicembre 2010, n. 2994

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
LINEA PROGETTUALE	PREVENZIONE
TITOLO DEL PROGETTO	Implementazione linee progettuali piano regionale della prevenzione 2012-2012. Anno di riferimento: 2011
DURATA DEL PROGETTO	12 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	€ 18.218.369
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2010	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	<p>Con l'Intesa Stato Regioni del 29/04/2010 è stato approvato il Piano Nazionale per gli anni 2012/2012, recepito dalla Regione Puglia con DGR n. 2994 del 28/12/2010.</p> <p>Il Piano Regionale della Prevenzione 2012/12, si pone, nella Puglia, come vincolo e come opportunità, in un contesto di importanti cambiamenti che il piano stesso può aiutare a sostenere, prevedendo:</p>
----------	--

	<ul style="list-style-type: none"> • la continuità delle attività del Piano nazionale della Prevenzione 2005/07 e succ. proroghe, in termini di completamento degli obiettivi non ancora raggiunti e di consolidamento/estensione di quelli raggiunti • lo sviluppo di ciascuna delle macro aree individuate dal PNP 2010/12 ed, all'interno di esse, di un congruo numero di linee di intervento • la messa a regime delle attività di sorveglianza previste dal PNP 2010/12.
DESCRIZIONE	<p>Attraverso 30 linee progettuali il PRP della Puglia copre le quattro macroaree in cui è suddiviso il piano nazionale: medicina predittiva (2 linee), prevenzione universale (19 linee), prevenzione della popolazioni a rischio (6 linee), prevenzione delle complicanze e delle recidive della malattia (3 linee).</p> <p>Le linee progettuali sono state scelte sulla base di quattro variabili maggiori. Rilevanza epidemiologica, continuità con il precedente PRP, norme regionali e programmazione regionale in essere, sorveglianza epidemiologica.</p> <p>Per i dettagli si rimanda alla DGR 2994/2010.</p>
<p>OBIETTIVI</p> <p>TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)</p>	<p>Per l'anno 2011, primo anno di attività nel territorio in quanto il 2010 è stato dedicato alla progettazione ed approvazione del piano, per ciascuna linea progettuale sono indicati nella DGR 2994/10 obiettivi intermedi da raggiungere e relativi indicatori, che saranno oggetto della valutazione da parte del CCM come previsto dall'Accordo Stato regioni ed ai quali si rimanda per i dettagli.</p>