

REGIONE CALABRIA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CROTONE

DELIBERA DEL COMMISARIO STRAORDINARIO

Deliberazione n. 108 del 04 AGO. 2015

ORIGINALE

OGGETTO: DCA n. 67 del 29.06.2015 – *"Programma Operativo 2013 – 2015. Programma 7 – Azione 7.2.2 – Obiettivi P.S.N. – Approvazione Linee Progettuali anno 2013 (Accordo Stato – Regioni 20 febbraio 2014 rep. atti n. 13/CSR e Intesa Stato – Regioni del 20 febbraio 2014 rep. atti n. 27/CSR) Linee Programmatiche 2014 – 2015"* – Assegnazione Linee Progettuali nn. 1, 2, 5, 6 e 7 al Dipartimento Area Coordinamento Distrettuale

In data 04 AGO. 2015, nei locali della Sede Legale dell'ASP in via Mario Nicoletta Crotone, il Commissario Straordinario, Dr Sergio Arena adotta la seguente delibera:

PREMESSO CHE, in data 29 Giugno 2015 il Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro – Regione Calabria – ha adottato il DCA n. 67 avente ad oggetto *" Programma Operativo 2013 – 2015. Programma 7 – Azione 7.2.2 – Obiettivi P.S.N. – Approvazione Linee Progettuali anno 2013 (Accordo Stato – Regioni 20 febbraio 2014 rep. atti n. 13/CSR e Intesa Stato – Regioni del 20 febbraio 2014 rep. atti n. 27/CSR) Linee Programmatiche 2014 – 2015"*;

PRESO ATTO che con il succitato DCA è stato recepito quanto segue:

- Intesa del 20 febbraio 2014 (repertorio atti n. 27/CSR) che ha sancito l'assegnazione delle risorse vincolate alle Regioni ai sensi dell'art. 1, comma 34 e 34 bis della Legge 662/1996 per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2013;
- Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome del 20 febbraio 2014 (repertorio atti n. 13/CSR)

DATO ATTO che con il succitato DCA sono state approvate le schede

progettuali di cui all'allegato 1) quali sviluppo, in termini di obiettivi, azioni e risultati attesi, delle linee progettuali di cui al summenzionato Accordo n. 13/2014;

DATO, altresì, ATTO CHE con il succitato DCA sono state determinate le quote di ripartizione attribuite alle singole aziende sanitarie ed ospedaliere assegnatarie delle attività previste per ciascuna linea progettuale;

CONSIDERATO CHE con nota prot. n. 56458 del 23.07.2015, nel notificare al Direttore del Dipartimento Area Coordinamento Distrettuale il DCA n. 67/2015, sono state ufficializzate le linee progettuali di competenza dell'anzidetto Dipartimento e l'annesso finanziamento attribuito alle stesse, che si allegano al presente atto per farne parte integrante e sostanziale;

RILEVATO CHE nel corso della riunione del 28.07.2015, al riguardo convocata dalla Direzione Generale con il Direttore del Dipartimento Area Coordinamento Distrettuale, sono state discusse le modalità di esecuzione delle linee progettuali di specifica competenza;

CHE, in particolare, nel corso della predetta riunione, la Direzione Generale ha dato mandato al Direttore del Dipartimento Area Coordinamento Distrettuale di predisporre opportuna proposta progettuale, da discutere in apposita riunione con la Direzione Generale (che verrà, successivamente, all'uopo convocata) che tenga conto delle indicazioni fornite dalle schede progettuali allegate al richiamato DCA n. 67/2015 in termini di obiettivi, crono programma e risultati attesi e che individui i referenti operativi delle Linee Progettuali di che trattasi e il gruppo di lavoro preposto allo sviluppo delle stesse;

TENUTO CONTO, inoltre, che nel corso della stessa riunione è stato opportunamente precisato che per gli Obiettivi di Piano relativi alle annualità 2013 - 2014, le cui risorse sono in parte già state rendicontate al competente Dipartimento regionale, si dovrà procedere ad opportuna verifica, presso l'Ufficio Ragioneria, delle disponibilità economiche residue;

VISTE le leggi in materia;

Con il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

DELIBERA

Per quanto in narrativa, che qui si intende integralmente ripetuto e confermato di:

1. Prendere atto del DCA n. 67 del 29.06.20152 avente ad oggetto "*Programma Operativo 2013 – 2015. Programma 7 – Azione 7.2.2 – Obiettivi P.S.N. – Approvazione Linee Progettuali anno 2013 (Accordo Stato – Regioni 20 febbraio 2014 rep. atti n. 13/CSR e Intesa Stato – Regioni del 20 febbraio 2014 rep. atti n. 27/CSR) Linee Programmatiche 2014 – 2015*";
2. Assegnare al Direttore del Dipartimento Area Coordinamento Distrettuale, nella persona della Dr.ssa Angela Caligiuri, che assume la funzione di coordinatore, le linee progettuali nn. 1, 2, 5, 6 e 7 di cui all'allegato 1) del DCA 67/2015, che unitamente all'annesso finanziamento attribuito alle stesse fanno parte integrante e sostanziale del presente atto;
3. Dare mandato, in virtù di quanto stabilito nel corso della riunione del 28.07.2015 al Direttore del Dipartimento Area Coordinamento Distrettuale di predisporre opportuna proposta progettuale, da discutere in apposita riunione con la Direzione Generale (che verrà, successivamente, all'uopo convocata), che tenga conto delle indicazioni fornite dalle schede progettuali allegate al richiamato DCA n. 67/2015 in termini di obiettivi, cronoprogramma e risultati attesi e che individui i referenti operativi delle Linee Progettuali di che trattasi e il gruppo di lavoro preposto allo sviluppo delle stesse;
4. Precisare che per gli Obiettivi di Piano relativi alle annualità 2013 – 2014, le cui risorse sono in parte già state rendicontate al competente Dipartimento regionale, si dovrà procedere ad opportuna verifica, presso l'Ufficio Ragioneria, delle disponibilità economiche residue;
5. Dichiarare l'immediata esecutività dell'atto;
6. Dare mandato all'Ufficio Affari Generali di provvedere a trasmettere il presente atto:

- Alla Struttura Commissariale per l'attuazione del Piano di rientro, Dipartimento regionale Tutela della Salute - Via E. Bucciarelli 30, 88100 Catanzaro;
- Al Direttore del Dipartimento Area Coordinamento Distrettuale per i provvedimenti e per le azioni di competenza.

Il Direttore Amministrativo

Il Direttore Sanitario

Il Commissario Straordinario

UFFICIO AFFARI GENERALI
SEGRETERIA GENERALE

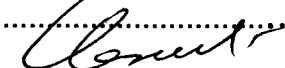
CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

Si certifica che la presente delibera è stata pubblicata nelle forme di legge all'Albo pretorio dell'Azienda in data 05 AGO. 2015 con protocollo n. 069

Crotone lì, 05 AGO. 2015

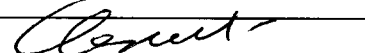
Il Responsabile del procedimento

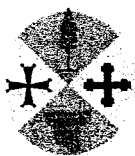
Valter Cosentino

.....


Il Direttore U.O. Affari Generali

Valter Cosentino

.....




Regione Calabria

OBIETTIVI DI PIANO 2013 - Accordo Stato-Regioni del 20 febbraio 2014 Rep. Atti n. 13/CSR
LINEA PROGETTUALE : 1. Interventi per il riassetto organizzativo e strutturale della rete dei servizi di assistenza ospedaliera e territoriale - Farmacia dei servizi
TITOLO PROGETTO : Riequilibrio Ospedale – Territorio: consolidamento della rete dell'assistenza primaria.

DURATA : 36 mesi (2013-2014 e 2015)

REFERENTE : Dirigente Servizio "Attività Territoriale"
servizio13.tuteladellasalute@pec.regione.calabria.it

IMPORTO ASSEGNATO: vedi tabella in calce

PREMESSA

I principi ispiratori dell'assistenza di primo livello erano già presenti nella Dichiarazione di Alma Ata del lontano 1978: "Le cure il primo livello di contatto degli individui e delle comunità con il Servizio sanitario. Il loro ruolo è di avvicinare il più possibile l'assistenza sanitaria ai luoghi dove la popolazione vive e lavora". Le cure primarie sono il primo punto di contatto tra il cittadino e il SSN, pertanto, diventa necessario promuovere e sviluppare un approccio di rete (Ospedale e territorio) che consenta una presa in carico di tutti i bisogni del cittadino (integrazione socio-sanitaria).

Con il Decreto Legge n°158 del 13 settembre 2012 convertito in legge n°189 del 8 novembre 2012 le Regioni organizzano l'assistenza primaria secondo modalità operative monoprofessionali denominate aggregazioni funzionali territoriali (AFT) e forme organizzative multiprofessionali denominate unità complesse di cure primarie (UCCP) che erogano prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei medici, delle altre professionalità convenzionate con il Ssn, degli infermieri, delle ostetriche, delle tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria.

Le unità complesse di cure primarie sono costituite in reti di poliambulatori territoriali dotati di strumentazione di base, aperti al pubblico per tutto l'arco della giornata, nonché nei giorni prefestivi e festivi con idonea turnazione.

Le unità complesse operano in coordinamento e in collegamento telematico con le strutture ospedaliere, con i distretti, con le organizzazioni socio-assistenziali.

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

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

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

Con deliberazione della Presidenza del Consiglio dei Ministri nella seduta del 30 luglio 2010, il presidente della Regione Calabria è stato nominato Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di rientro e l'adozione dei provvedimenti di cui alle linee di intervento previste dallo stesso piano che tra gli obiettivi prevede la riorganizzazione delle reti di assistenza territoriale.

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

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

Con il DPGR 06.05.2011, n. 34 – si è effettuata una rettifica dell' "Ospedale distrettuale" in "Centri di Assistenza Primaria Territoriale C.A.P.T."

Con Decreto dirigenziale 16.06.2011, n. 7029 - Istituzione Tavolo di Lavoro permanente sull'emergenza-urgenza presso il Dipartimento Tutela della Salute

Con la DGR 17.06.2011, n. 255 è avvenuta l'approvazione dei progetti obiettivi di PSN linee progettuali anno 2011 (Accordo Stato-Regioni 20.04.2011 rep. atti n. 84 /CSR) tra le quali nella linea progettuale



CURE PRIMARIE insistono i progetti: 1.1 Modello organizzativo regionale per il miglioramento della rete assistenziale (Riordino rete territoriale -Dipartimento di Cure Primarie); 1.1.bis Modello organizzativo regionale integrato di cure per la non autosufficienza (Chronic Care Model) ; 1.5 Sistema Informativo Unico Regionale - 118 Calabria.

Con la DGR 26.09.2011, n. 434 - Obiettivi PSN (Accordo Stato-Regioni 27.07.2011 rep. atti n. 135/CSR). Integrazione DGR n. 255 del 17.06.2011, Approvazione progetto "Riorganizzazione Rete Regionale Emergenza-Urgenza e Continuità delle Cure: Integrazione della C.A. nella C.O. del 118, secondo le linee guida "modalità organizzative per garantire l'assistenza sanitaria in H24".

Con il DPGR 28.6.2012 n. 94 Approvazione proposta programmata progetto Riordino, Riorganizzazione e Reingegnerizzazione della rete Urgenza/emergenza Regione Calabria, nel rispetto dei dettami del DPGR 18/2010.

Il consolidamento e l'adeguamento alle nuove normative successivamente intervenute si è operato in occasione dell'attuazione degli accordi nazionali con i medici di medicina generale, DGR dell'8.8.2006 n. 580 – con i Pediatri di Libera Scelta DGR dell' 1.6.2007 n. 327 e con gli specialisti ambulatoriali DGR del 15.4.2008 n. 300, che hanno favorito:

- l'avvio della sperimentazione in alcune Aziende Sanitarie della Calabria delle Unità di Assistenza Primaria;
- lo sviluppo di forme associative tramite la Medicina di associazione in rete e di gruppo al fine di fornire una risposta adeguata ai bisogni del cittadino con peculiari caratteristiche oro-geografiche del territorio calabrese;
- l'istituzione di equipe territoriale a livello distrettuale tesa a favorire la concreta integrazione con i servizi distrettuali per l'erogazione dei LEA e per la realizzazione di specifici programmi e progetti assistenziali.

Il vigente ACN per la medicina generale, seppur in via di ridenifinizione in ragione di quanto espressamente previsto dal Decreto Balduzzi, (decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, (pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 13 settembre 2012, n. 214), coordinato con la legge di conversione 8 novembre 2012, n. 189), lascia spazio a differenti soluzioni nel merito dell'organizzazione delle UCCP ed in particolare agli aspetti più propriamente strutturali. Le possibilità sono, in effetti due:

- Attivazione dell'UCCP presso strutture delle aziende sanitarie (nella nostra realtà regionale CAPT)
- Attivazione dell'UCCP presso strutture messe a disposizione dalle forme associative dei MMG.

E' di tutta evidenza, quindi, come nella nostra Regione l'attivazione delle UCCP dovrà avvenire nell'ambito della rete di integrazione ospedale-territorio.

Il processo di riorganizzazione ospedale-territorio con lo sviluppo delle cure primarie deve essere in grado di rispondere alle esigenze degli assistiti e garantire appropriatezza, equità e tempestività delle cure. A ciò potranno contribuire le farmacie pubbliche e private operanti in convenzione con il SSN che in base alla normativa vigente possono divenire Centri socio polifunzionali di ulteriori servizi.

Ciò è stato ben compreso dal Parlamento e dal Governo, che hanno varato tre anni fa una normativa innovativa, scaturita dalla legge n. 69/2009, che ha delegato il Governo alla definizione dei nuovi servizi, e dal successivo decreto legislativo n. 153/2009, attuativo della delega.

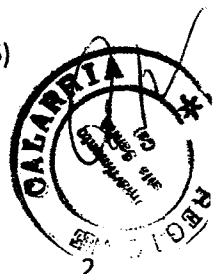
Tale normativa prevede l'erogazione in farmacia di nuovi servizi ad alta valenza socio-sanitaria, quali: la partecipazione all'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e la presa in carico di particolari pazienti cronici, la realizzazione di iniziative per il corretto uso del farmaco, la partecipazione a programmi di educazione sanitaria e prevenzione, l'effettuazione di autoanalisi di prima istanza, le prenotazioni di prestazioni specialistiche e strumentali ambulatoriali (CUP).

Quanto sopra è in coerenza agli obiettivi del Piano Operativo 2013-2015, ai programmi:

- Programma 13 Reti assistenziali per intensità di cura
- Programma 14 Riequilibrio ospedale-territorio: P14.5) Riorganizzazione dell'assistenza primaria secondo le indicazioni della legge 189/2012 e conseguenti accordi con MMG/PLS per la individuazione o rimodulazione delle forme di associazionismo
- Programma 15 Rete Emergenza -urgenza
- Programma 17– Assistenza Farmaceutica : P17-.5 Monitoraggio attività prescrittiva - P17.6) Razionalizzazione dell'uso del farmaco in ospedale e P17.6.2) Ottemperanza adempimenti LEA.

CONTESTO

L'organizzazione attuale del servizio sanitario regionale è ripartita in n. 5 Aziende sanitarie provinciali e



l'assistenza primaria viene svolta in n. 35 distretti con bacino d'utenza di circa 60.000 abitanti.

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

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

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

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

Ad oggi le UUCP sono state attivate e sono operative nelle ASP di Cosenza e nell'ASP di Catanzaro. La risposta al momento degli assistiti è estremamente positiva.

Si è avviato in questo modo un percorso che ha permesso di realizzare nel territorio un reale punto di priorità della programmazione sanitaria, sede di intercettazione della domanda di salute, di risposta sanitaria, di governo dei percorsi sanitari e socio-sanitari e della loro appropriatezza, di partecipazione diretta alla definizione dei servizi e delle prestazioni.

Un aspetto di assoluta rilevanza di questo processo culturale ed organizzativo dei servizi è stato costituito dal ruolo e dall'organizzazione dei servizi territoriali e dall'assistenza primaria, in modo particolare dal ruolo del Medico di Medicina Generale che, attraverso una rinnovata centralità è stato in grado di "cogestire" con gli specialisti ambulatoriali ed ospedalieri i percorsi assistenziali dei pazienti.

Le farmacie della Regione Calabria hanno assunto a base delle loro attività l'implementazione di servizi rivolti al cittadino bisognoso e portatore di handicap.

OBIETTIVI

Accelerare l'espansione di modello già realizzato e sperimentato con successo in tutto il territorio regionale con i necessari aggiustamenti leggendo e ragionando sui bisogni del territorio, riallineando quantità e qualità delle risorse.

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

Conferire continuità ai processi di cura: E' evidente come lo stesso progetto debba, unitamente al processo di riaggregazione del sistema delle cure primarie, puntare ad avviare percorsi in grado di conferire continuità ai più complessivi processi di cura ed a colmare gli ambiti di contiguità con l'ospedale e con l'assistenza residenziale e con il sistema di protezione sociale garantito dai comuni (in forma singola o associata). Al Dipartimento delle Cure Primarie, va conferito il ruolo di produttore, da interfacciare con quello di committenza affidato invece ai Distretti, ciò consentirà di conferire unitarietà al sistema di erogazione ed al tempo stesso di esaltare la mission di lettura dei bisogni e di programmazione in capo alle macroarticolazioni distrettuali.

Consolidare il sistema delle Cure Primarie, confermando e sviluppando le scelte strategiche individuate con gli atti di indirizzo regionali e di costituire un riferimento comune per l'implementazione della nuova organizzazione della Medicina convenzionata così come individuata nella Legge di riforma 8 novembre 2012, n. 189 (Balduzzi/2012).

Integrare il sistema di emergenza territoriale con il servizio di Continuità assistenziale.

assicurare gratuitamente la consegna a domicilio delle specialità medicinali solo a fronte della presentazione di ricetta medica da parte del cittadino richiedente il servizio.

TEMPI DI ATTUAZIONE

Tutte le Aziende Sanitarie Provinciali della Calabria sono coinvolte nella realizzazione delle attività. La durata del



progetto è di tre anni , la verifica viene effettuata annualmente e coincide con la valutazione dello stato di attuazione del P.O. 2013-2015 di cui al DCA n. 14 del 2.4.2015 al termine del triennio sarà effettuata la valutazione dei risultati raggiunti anche sotto il profilo del rapporto costo/benefici.

AZIONI

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

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

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

Sollecitare il processo di riorganizzazione ospedale/territorio con lo sviluppo delle cure primarie che deve rispondere alle esigenze degli assistiti e con il coinvolgimento dell'ADI e delle farmacie convenzionate (con attivazione sperimentale della farmacia dei servizi, oltre alla consegna dei farmaci a domicilio).

Verificare misure di gestione tese a garantire il corretto utilizzo dei farmaci prescritti.

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

di struttura

istituzione dipartimento delle cure primarie

istituzione delle UCCP e della farmacia dei servizi

n° di assistiti in h24/totale degli assistiti

n° di assistiti in h12/totale degli assistiti

di processo

definizione procedure dimissioni protette con tutti i PP.OO.

condivisione nuovo regolamento di funzionamento del servizio ADI

definizione accordi di programma con i comuni capofila di zona sociale

definizione di PDTA per BPCO – Ipertensione arteriosa – Diabete

di risultato

riduzione degli accessi in Pronto Soccorso del 20%

riduzione dei ricoveri per patologie cronico – degenerative/tot ricoveri

n° di assistiti ultra65enni in ADI pari al 4% del totale

RISULTATI ATTESI

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

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

TRASFERIBILITÀ DEI RISULTATI E DEI PRODOTTI

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

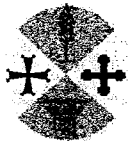
- utilizzare la scheda sanitaria informatica finalizzata alla raccolta dati quale presupposto per la creazione di un osservatorio sugli indicatori di qualità nei servizi di assistenza per le malattie croniche e per gli anziani fragili;
- la realizzazione di una banca dati finalizzata a garantire informazioni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



RIPARTO DELLE RISORSE E CRITERI DI DISTRIBUZIONE

Azienda	2013	2014	2015
ASP Cosenza	3.224.611,93	3.324.611,93	3.324.611,93
ASP Crotone	774.983,84	874.983,84	874.983,84
ASP Catanzaro	1.623.933,02	1.723.933,02	1.723.933,02
ASP Vibo Valentia	732.484,46	832.484,46	832.484,46
ASP Reggio Calabria	2.484.425,75	2.484.425,75	2.484.425,75
AO Pugliese-Ciaccio Catanzaro			
AO Annunziata Cosenza			
AO Bianchi-Melacrino-Morelli Reggio Calabria			
AO Mater Domini Catanzaro			
Totali	8.840.439,00	9.240.439,00	9.240.439,00
Criterio di distribuzione	Assegnazione delle risorse a quota capitaria		





Regione Calabria

OBIETTIVI DI PIANO 2013 - Accordo Stato-Regioni del 20 febbraio 2014 Rep. Atti n. 13/CSR
LINEA PROGETTUALE : 2. Modelli avanzati di gestione delle malattie croniche
TITOLO PROGETTO : Modalità organizzative del lavoro in rete per la gestione delle patologie croniche.
DURATA : 36 mesi
REFERENTE : Dirigente Servizio "Attività Territoriali"
servizio13.tuteladellasalute@pec.regione.calabria.it
IMPORTO ASSEGNATO: vedi tabella in calce

PREMESSA

Le malattie croniche sono la principale causa di morte in quasi tutti i Paesi. Si tratta di un ampio gruppo di malattie, che comprende le cardiopatie, l'ictus, il cancro, il diabete e le malattie respiratorie croniche, i disturbi muscolo-scheletrici, i difetti della vista e dell'udito, le malattie genetiche. In generale, sono malattie che hanno origine in età giovanile, ma che richiedono anche decenni prima di manifestarsi clinicamente. Dato il lungo decorso, richiedono un'assistenza a lungo termine, ma al contempo presentano diverse opportunità di prevenzione. Alla base delle principali malattie croniche ci sono fattori di rischio comuni e modificabili, come alimentazione poco sana, consumo di tabacco, abuso di alcol, mancanza di attività fisica. Queste cause possono generare quelli che vengono definiti fattori di rischio intermedi, ovvero l'ipertensione, la glicemia elevata, l'eccesso di colesterolo e l'obesità. Ci sono poi fattori di rischio che non si possono modificare, come l'età o la predisposizione genetica. Nel loro insieme questi fattori di rischio sono responsabili della maggior parte dei decessi per malattie croniche in tutto il mondo e in entrambi i sessi.

Le malattie croniche, però, sono legate anche a determinanti impliciti, spesso definiti come "*cause delle cause*", un riflesso delle principali forze che trainano le modifiche sociali, economiche e culturali: la globalizzazione, l'urbanizzazione, l'invecchiamento progressivo della popolazione, le politiche ambientali, la povertà.

In questo scenario, la lotta alle malattie croniche rappresenta una priorità di salute pubblica, sia nei Paesi più ricchi che in quelli più poveri. Da qui la necessità di investire nella prevenzione e nel controllo di queste malattie, da una parte riducendo i fattori di rischio a livello individuale, dall'altra agendo in maniera interdisciplinare e integrata per rimuovere le cause delle cause.

Il nuovo scenario socio-sanitario è rappresentato dall' invecchiamento della popolazione, dall'umento malattie cronico-degenerative, dall'alta incidenza di patologie croniche concomitanti, dai crescenti bisogni socio-sanitari, dalla qualità delle cure e dagli stili di vita.

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

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

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

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

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

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

Gli strumenti di traduzione organizzativa ed operativa del Chronic Care Model e del Disease Management sono:

Percorsi Assistenziali (PA)

Gestione Integrata della malattia.

CONTESTO



Il presupposto del modello Chronic Care Model è che, per essere efficaci, efficienti e attenti ai bisogni globali dei pazienti, è necessario anche l'impegno di tutto il sistema organizzativo. Le Cure Primarie hanno in affidamento in modo peculiare la cura delle cronicità, perché esse rappresentano il segmento del SSR più vicino al paziente e perché ad esse, in maniera prioritaria, è affidata la continuità della cura tra i diversi livelli di assistenza. Il Piano Operativo prevede nel Programma 13 l'organizzazione di Reti assistenziali per intensità di cura e nel P13.2) la definizione dei percorsi di cura, nonché dei percorsi diagnostico terapeutici relativi ad alcune aree di particolare interesse, in aggiunta all'area oncologica e cardiovascolare, che prevedano la integrazione ospedale/territorio.

OBIETTIVI

Creazione di reti per intensità di cura.

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

A tal fine sarà prioritaria la diffusione di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA), intesi come la contestualizzazione di linee guida relative ad una patologia o problematica clinica nella specifica realtà organizzativa tenuto conto delle risorse ivi disponibili. I PDTA sono strumenti atti a descrivere obiettivi ed azioni condivise tra le varie componenti coinvolte nella presa in carico (sia operanti nel Distretto, sia negli Ospedali), finalizzati a delineare il migliore percorso praticabile in termini di appropriatezza, privilegiando un'ottica di processo piuttosto che di singoli episodi di cura. Ai fini della concreta attuazione dei PDTA saranno pertanto definiti gli indicatori clinici ed organizzativi, di volumi di attività e di tetti di spesa previsti.

TEMPI DI ATTUAZIONE

La durata del progetto è di tre anni, la verifica viene effettuata annualmente e coincide con la valutazione dello stato di attuazione del P.O. 2013-2015 di cui al DCA n. 14 del 2.4.2015 al termine del triennio sarà effettuata la valutazione dei risultati raggiunti anche sotto il profilo del rapporto costo/benefici.

AZIONI

I percorsi definiti nel triennio riguardano: percorso cardiologico per patologie croniche (prima fra tutte lo scompenso); percorso neurologico per patologie croniche quali sclerosi multipla, sclerosi laterale amiotrofica (SLA), demenza; percorso nascita; rete diabetologia; rete riabilitazione e lungodegenza. I primi PDTA definiti riguardano le seguenti patologie: BPCO e Diabete.

Di seguito vengono elencate le strategie complessive che saranno considerate in tema di continuità dell'assistenza attraverso l'integrazione Ospedale-Territorio:

- consolidamento dei modelli di ammissione e dimissione protetta, supportati da protocolli per la presa in carico coordinata del paziente, anche tramite sistemi codificati di corresponsabilità e "figure di riferimento" (case manager);
- potenziamento degli strumenti di scambio informativo, nella fattispecie dei sistemi informativi integrati, a supporto dell'integrazione professionale, evitando la frammentazione degli interventi, garantendo la continuità del processo assistenziale e, dunque, migliorando l'assistenza erogata;
- avvio di prassi aziendali atte a definire obiettivi trasversali per il budget dell'Ospedale e per il budget del Distretto (e quindi di UCP e CAPT/CdS).

Nel contesto della riorganizzazione si ritiene prioritaria l'integrazione fra specialisti operanti sul territorio ed in ospedale. Concretamente, saranno condivisi i protocolli di cura e l'accesso alla tecnologia, anche grazie alla partecipazione congiunta alle iniziative di formazione che saranno programmate in ambito regionale.

- Costituzione per ogni rete di un gruppo tecnico comprendente alcuni clinici, Direttori Sanitari e il referente regionale, ove non già esistenti.
- Approvazione, su proposta di ogni gruppo tecnico, del "documento costitutivo" o di aggiornamento di ogni rete con l'indicazione dei criteri di qualità da soddisfare nei centri hub e nei centri spoke, e l'esplicitazione di indicatori di struttura (minimo 3-5) e processo indicatori di esito (minimo 1-2).
- Realizzazione da parte delle singole Aziende Sanitarie di quanto previsto da ciascun documento costitutivo delle reti.
- Definizione da parte dei gruppi tecnici di ogni rete del livello soglia target (= standard) per ciascun indicatore e attivazione di un flusso informativo per ogni rete, contenente i dati di misurazione degli indicatori previsti.
- Aggiornamento, su proposta di ogni gruppo tecnico, del documento di ciascuna rete, includendo lo standard per



ogni indicatore (attività annuale).

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

Approvazione del provvedimento regionale che costituisce per ogni rete il gruppo tecnico, ove non presente;

Approvazione del decreto costitutivo /di aggiornamento di ciascuna rete;

La realizzazione delle reti sarà monitorata attraverso il seguente indicatore: (n° centri hub e spoke di ciascuna rete che soddisfa l'80% dei criteri definiti nel "documento costitutivo") / (n° centri hub + centri spoke di ciascuna rete)

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

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

RISULTATI ATTESI

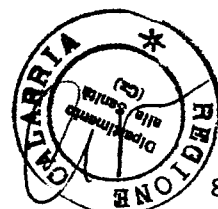
creazione delle Reti per percorsi di cura a forte integrazione ospedale-territorio.

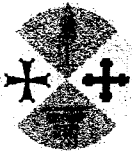
TRASFERIBILITÀ DEI RISULTATI E DEI PRODOTTI

Il modello organizzativo del lavoro in rete per le patologie croniche è trasferibile in tutte le Aziende sanitarie Calabresi.

RIPARTO DELLE RISORSE E CRITERI DI DISTRIBUZIONE :

Azienda	2013	2014	2015
ASP Cosenza	2.579.689,47	2.579.689,47	2.579.689,47
ASP Crotone	619.987,05	619.987,05	619.987,05
ASP Catanzaro	1.299.146,38	1.299.146,38	1.299.146,38
ASP Vibo Valentia	585.987,55	585.987,55	585.987,55
ASP Reggio Calabria	1.987.540,54	1.987.540,54	1.987.540,54
AO Pugliese-Ciaccio Catanzaro			
AO Annunziata Cosenza			
AO Bianchi-Melacrino-Morelli Reggio Calabria			
AO Mater Domini Catanzaro			
Totali	7.072.351,00	7.072.351,00	7.072.351,00
Criterio di distribuzione	Assegnazione delle risorse a quota capitaria		





Regione Calabria

OBIETTIVI DI PIANO 2013 - Accordo Stato-Regioni del 20 febbraio 2014 Rep. Atti n. 13/CSR
LINEA PROGETTUALE : 5. Assistenza agli anziani in condizioni di fragilità e di non autosufficienza

TITOLO PROGETTO : La presa in carico fragili.

DURATA : 36 mesi

REFERENTE :Dirigente Servizio " Area delle fragilità, dipendenze patologiche, salute mentale"
servizio10.tuteladellasalute@pec.regione.calabria.it

IMPORTO ASSEGNATO: vedi tabella in calce

PREMESSA

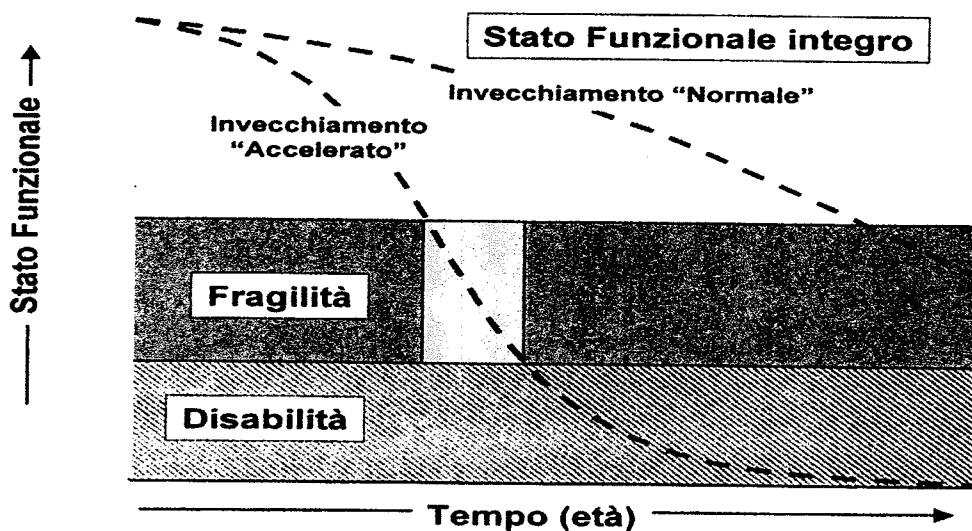
E' ormai ben noto che la sfida dei sistemi sanitari sia essenzialmente correlata alla transizione demografica ed all'affermarsi delle condizioni di cronicità e di disabilità ad esse correlate. La quota parte di assorbimento delle risorse disponibili correlate all'invecchiamento della popolazione ed ai connessi problemi assistenziali, impone l'adozione di strategie di sistema che garantiscano efficienza allocativa e sostenibilità al sistema. Nello specifico è necessario porre in essere azioni che consentano di agire su più livelli in ragione della stratificazione del rischio:

- prevenzione
- diagnosi precoce
- disease management

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

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

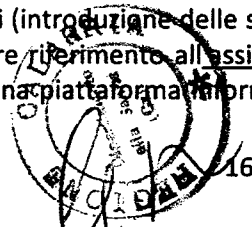
Lo schema che segue sintetizza la correlazione tra età, fragilità e disabilità.



da Ferrucci ed al.

CONTESTO

Il contesto assistenziale regionale è caratterizzato da una forte disomogeneità organizzativa, particolarmente evidente nel livello territoriale (distrettuale) di assistenza, da cui, tra l'altro, scaturisce una *debolezza della presa in carico*. L'adozione del DPGR n°12/2011, per il vero, ha finalmente formalizzato il complessivo processo assistenziale di **accesso** al sistema curante (PUA) - **valutazione multidimensionale** dei bisogni assistenziali (introduzione delle schede SVAMA e SVAMDI) - definizione dei **piani assistenziali individualizzati** (PAI) con peculiare riferimento all'assistenza domiciliare. A supporto di tale logica assistenziale, nella regione è stata implementata una piattaforma informativa



(*progetto SIGEMONA*) dedicata all'assistenza territoriale che garantisce l'informatizzazione dei PUA, delle UVM, dei servizi di assistenza domiciliare e della residenzialità. Deve però segnalarsi come, proprio in ragione dalla richiamata disomogeneità organizzativa, a tutt'oggi si assista ad una ancora parziale attuazione del progetto, significativa, peraltro, di una mancata aderenza di alcuni territori alle indicazioni del DPGR n°12. Un'ulteriore criticità è da riscontrarsi nella scarsa integrazione della medicina generale nei processi di cura e nella mancanza di continuità nei processi di cura nelle fasi di passaggio territorio - ospedale e ospedale - territorio.

Il Programma 14 Riequilibrio ospedale-territorio del Programma Operativo 2013-2015 al P14.5) Riorganizzazione dell'assistenza primaria secondo le indicazioni della legge 189/2012 e conseguenti accordi con MMG/PLS per la individuazione o rimodulazione delle forme di associazionismo, al P14.8.3) Strumenti di valutazione multidimensionali standardizzati per anziani e disabili; al P 14.8.4) Piano di riorganizzazione, riqualificazione ed implementazione delle Cure Domiciliari, con l'indicazione delle azioni mirate al raggiungimento degli standard nazionali riferiti alla popolazione anziana >65 anni (linee guida sulle cure domiciliari, definizione di profili assistenziali); al P14.8.5) Piano di riorganizzazione, riqualificazione ed implementazione dell'assistenza territoriale e distrettuale, con indicazione delle aree con maggiori criticità (anziani, disabili, pazienti psichiatrici, tossicodipendenti, minori ...); sono indicate le procedure operative per la presa in carico delle persone fragili.

OBIETTIVI

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

TEMPI DI ATTUAZIONE

Tutte le Aziende Sanitarie Provinciali della Calabria sono coinvolte nella realizzazione delle attività. La durata del progetto è di tre anni, la verifica viene effettuata annualmente e coincide con la valutazione dello stato di attuazione del P.O. 2013-2015 di cui al DCA n. 14 del 2.4.2015 al termine del triennio sarà effettuata la valutazione dei risultati raggiunti anche sotto il profilo del rapporto costo/benefici.

AZIONI

1. Definizione di una **procedura regionale di dimissione protette ospedale - territorio** (schema tipo da contestualizzare nelle singole realtà assistenziali)
2. Definizione di una **rete regionale dei Punti Unici di Accesso**
3. Definizione di un **regolamento regionale di funzionamento** dei servizi distrettuali di assistenza domiciliare, completo di standard di servizio e tariffazione per livelli di intensità assistenziale
4. Definizione di un **format regionale di formazione** per medici di medicina generale - operatori distrettuali sui temi dell'accesso al sistema curante (PUA) e della valutazione multidimensionale (SVAMA - SVAMDI)
5. Implementazione **progetto SIGEMONA**
6. Progettazione e attivazione del **CURAP** regionale
7. Progettazione e definizione di un programma regionale di **telemedicina specialistica** e di **telesalute** rivolta alle patologie croniche (*BPCO - Diabete - Malattie cardiovascolari - Disturbi cognitivi*)
8. Attivazione di una rete distrettuale di **ambulatori per le fragilità**
9. Progettazione **programma di farmacovigilanza** " Valutazione dell'abuso di farmaci inappropriati e delle reazioni avverse in pazienti anziani in politerapia"

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

di struttura

- definizione e approvazione procedure regionali di dimissioni protette
- definizione e approvazione rete regionale PUA
- definizione e approvazione regolamento servizi adi e tariffazione per livelli di intensità assistenziali
- definizione format regionale di formazione
- progettazione CURAP regionale
- definizione progetto regionale di telemedicina a supporto delle attività dei medici di medicina generale
- definizione requisiti ambulatori distrettuali per le fragilità

di processo

- attivazione procedure di dimissioni protette
- attivazione rete regionale PUA



- applicazione regolamento adi e valorizzazione delle prestazioni
- avvio formazione
- attivazione CURAP regionale
- avvio attività di telemedicina
- attivazione ambulatori per le fragilità

di risultato

- n° di dimissioni protette/totale delle dimissioni (valutati per ciascun territorio provinciale)
- n° di Pua attivati/totale dei PUA previsti (valutato per ciascuna ASP)
- n° di asp che adottano il regolamento/ totale asp
- n° di MMG formati/totale MMG
- n° di pazienti ultrasessantenni arruolati in telemedicina/ totale ultrasessantenni
- n° di ambulatori attivati/n° distretti

RISULTATI ATTESI :

L'approvazione della nuova rete territoriale, unitamente alla complessiva definizione dell'idea progettuale, consentirà di avviare un virtuoso percorso di modulazione degli interventi in ragione della stratificazione del rischio. Nel breve periodo ciò consentirà una più appropriata definizione dei processi di personalizzazione degli interventi di cura e, quindi di assicurare una più generale appropriatezza di livello. Nel medio - lungo periodo, oltre ai benefici assistenziali di appropriatezza, si concretizzerà una marcata azione di prevenzione delle cronicità/fragilità con riduzione dell'impatto delle disabilità conseguenti alle condizioni di cronicità.

TRASFERIBILITÀ DEI RISULTATI E DEI PRODOTTI:

E' di tutta evidenza come le azioni messe in campo, proprio perchè di livello regionale, basate peraltro sulla valorizzazione delle singole seppur parziali esperienze messe in campo nelle diverse realtà aziendali, garantirà a pieno la trasferibilità dei risultati.

RIPARTO DELLE RISORSE E CRITERI DI DISTRIBUZIONE :

Azienda	2013	2014	2015
ASP Cosenza	643.825,27	643.825,27	643.825,27
ASP Crotone	154.733,09	154.733,09	154.733,09
ASP Catanzaro	324.234,09	324.234,09	324.234,09
ASP Vibo Valentia	146.247,68	146.247,68	146.247,68
ASP Reggio Calabria	496.039,87	496.039,87	496.039,87
AO Pugliese-Ciaccio Catanzaro			
AO Annunziata Cosenza			
AO Bianchi-Melacrino-Morelli Reggio Calabria			
AO Mater Domini Catanzaro			
Totali	1.765.080,00	1.765.080,00	1.765.080,00
Criterio di distribuzione	Assegnazione delle risorse a quota capitaria		





Regione Calabria

OBIETTIVI DI PIANO 2013 - Accordo Stato-Regioni del 20 febbraio 2014 Rep. Atti n. 13/CSR

LINEA PROGETTUALE : 6. Contrasto alle disuguaglianze in Sanità

TITOLO PROGETTO : Medicina d'iniziativa per una sanità più equa

DURATA : 36 mesi

REFERENTE :Dirigente Servizio " Area delle fragilità, dipendenze patologiche, salute mentale"
servizio10.tuteladellasalute@pec.regione.calabria.it

IMPORTO ASSEGNATO: vedi tabella in calce

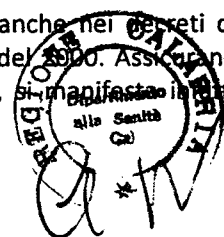
PREMESSA

L'equità di accesso ai servizi sanitari è l'obiettivo centrale del sistema sanitario nazionale, diritto alla salute sancito dalla stessa Costituzione Italiana (art. 3 paragrafo 2 e art. 32) che nel 2001 ha visto l'integrazione di un nuovo articolo che stabilisce come una delle competenze esclusive dello Stato, sia la determinazione dei livelli essenziali dei servizi relativi ai diritti civili e sociali che devono essere garantiti nel complesso del territorio nazionale. L'obiettivo prevalente risulta essere quello di garantire l'equità nell'accesso ai livelli essenziali di assistenza secondo i bisogni di cura della popolazione, contrastando le determinanti di disuguaglianza. Gli osservatori di politiche sanitarie regionali e nazionali, rilevano quanto le disuguaglianze sociali abbiano un forte impatto sulla salute degli individui e quanto, fattori quali lo stile di vita, le politiche economiche e sociali, e il ruolo dell'investimento nella salute e nell'assistenza sanitaria determinino significative differenze nello stato di salute della popolazione (OMS, 2005). Va inoltre evidenziato quanto rilevato dagli studi nella maggioranza dei paesi, sia in via di sviluppo che industrializzati, relativamente al fatto che gli individui che godono di buone condizioni socioeconomiche tendono ad avere non solo una più lunga speranza di vita ma anche di qualità migliore. Emerge dai rapporti sui determinanti delle disuguaglianze, come "il rapporto fra salute e condizione socio-economica risulta bivalente: lo stato di salute influenza la posizione socio-economica (selezione), o il contesto sociale conduce alla malattia (causa). Sicuramente gli individui nei gruppi socio-economici inferiori hanno una maggiore probabilità di sviluppare problemi di salute rispetto alle loro controparti, così da suggerire che sebbene entrambe le direzioni siano possibili, l'effetto "causa" anziché "selezione" appare la spiegazione principale per le disuguaglianze socio-economiche nella salute" (Rapporto: l'equità nell'accesso alle cure sanitarie 2007, cap 1 "I determinanti delle disuguaglianze" - C. Masseria 2007). La Regione Calabria intende, per l'offerta di salute alle categorie fragili, trarre valido supporto dalla realizzazione del progetto CCM "Linee d'intervento transculturali nella Medicina di Base e nel Materno Infantile", (soggetto capofila ASP di Catanzaro con le ASP e AO di Cagliari, Olbia, Palermo, Benevento, Catanzaro e l'INMP (Ist. Naz. Migranti e Povertà) di Roma), che ha potuto validare un percorso volto a garantire salute ai migranti in quanto categorie fragili. Nell'ambito dello stesso è stata rilevata l'efficacia dell'attivazione di Ambulatori distrettuali per utenti non iscrivibili al SSR aventi anche funzione di Centro di Orientamento ed Informazione. La Regione Calabria presenta forti criticità per quanto riguarda la qualità della vita. Utilizzando i dati del Rapporto sulla qualità della vita delle province pubblicato da il Sole 24 ore (2008). Il rapporto presenta la graduatoria delle 103 province italiane e delle regioni stilata sulla base di un indice sintetico costruito attraverso una serie di dati statistici elaborati in 36 parametri relativi a 6 macro-aree tematiche: Tenore di vita, Affari e lavoro, Servizi e Ambiente, Ordine pubblico, Popolazione e Tempo libero. Le province calabresi si collocano tutte nella parte bassa della graduatoria: Crotone al 74° posto (con 3 posti in più rispetto al 2007), Vibo Valentia all'87° (+8 posti), Cosenza all'85° (+ 5 posti), Catanzaro all'86° (+13) e Reggio Calabria al 92° (+ 5 posti). Nella classifica per Regioni, la Calabria si colloca al 17°. Questi indicatori evidenziano una situazione ancora largamente carente rispetto alla media nazionale. A ciò si aggiunge la mobilità determinate dalle spinte migratorie che interessano in particolar modo la Calabria. La regione presenta dunque ancora condizioni di forti criticità anche in termini di servizi essenziali per la qualità della vita.

CONTESTO :

Il Servizio Sanitario Nazionale fin dalla sua attivazione nel 1978, è stato basato sul principio dell'universalità e su tre cardini fondamentali: l'equità, l'uguaglianza, la solidarietà.

La legge istitutiva del SSN esplicita infatti gli obiettivi di superamento delle disuguaglianze nelle condizioni socio-sanitarie del Paese attraverso: "la promozione, il mantenimento ed il recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio" (L.833 del 1978, art.1, comma 3). Nella stessa legge, una particolare attenzione è stata posta alle disuguaglianze territoriali (L. 833/1978, art. 2, comma 2, punto a), poi ripresa anche nei decreti di riforma della L. 833/1978, in particolare il D.Lgs. 502/1992, il D.Lgs. 229/1999 e la Legge n. 328 del 2000. Assumendo l'erogazione di livelli essenziali di assistenza in condizioni di uniformità sul territorio nazionale, si manifesta l'opportunità di



garantire che tutti i cittadini possano accedere a servizi sanitari e sociali appropriati ed efficaci, nel rispetto, quindi, di un principio di equità.

Il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 ed i successivi hanno posto le basi per innestare interventi atti a ridurre le disuguaglianze nella salute, evidenziando la necessità di valutare l'impatto degli atti di programmazione sanitaria sull'equità. Così il PSR ed il P.R.P. afferenti alla Regione Calabria hanno determinato azioni coerenti, volte a ridurre le barriere e le criticità che determinano disparità di offerta di salute.

Ancor oggi il tema dell'equità di accesso, del contrasto delle disuguaglianze e del superamento del divario strutturale e qualitativo dell'offerta sanitaria tra le diverse realtà regionali rappresenta anche per la Regione Calabria un asse prioritario nella programmazione sanitaria. Tale obiettivo in una politica sanitaria volta a potenziare il territorio permette di pensare ad azioni che coinvolgano in primis i servizi di prima assistenza e che possano lavorare con tutti gli attori della "rete".

Tra le azioni del Programma 11 – sanità pubblica al P11.1) Azioni coerenti con il Programma nazionale di Prevenzione vi è la messa a sistema di strumenti di monitoraggio epidemiologico del territorio regionale attraverso la valorizzazione dei sistemi informativi sanitari e dei sistemi di sorveglianza di popolazione.

OBIETTIVI

- Promozione di azioni di **medicina d'iniziativa**, volte a contrastare la disuguaglianza favorire l'equità di accesso e tutela delle categorie fragili (migranti, rom, età evolutiva, anziani, ecc.);
- Implementazione **percorsi comuni fra Medicina di Base, Continuità Assistenziale e Distretti Socio Sanitari** atti ad individuare e raggiungere le categorie fragili;
- Pianificazione **d'interventi di tipo preventivo e programmazione integrata** con la "rete" territoriale;
- Attivazione presso ogni Distretto Socio-Sanitario di servizi innovativi **"Ambulatori dedicati aventi anche funzione di Centri di Orientamento ed Informazione"** (da ora in poi **ACOI**) rivolti ai soggetti "non iscrivibili al SSR" fra essi i Migranti e categorie fragili. Tali ambulatori, aperti due volte a settimana, dovranno avere fra il personale anche i mediatori transculturali e assistenti sociali. Gli stessi saranno attivati presso ogni DSS delle ASP regionali ed avranno fra le loro competenze anche:
- rilevare i bisogni, supportare, accompagnare le categorie "fragili" e predisposizione di percorsi innovativi volti a contribuire alla "ridistribuzione del bene salute".
- attivare **équipes itineranti** da realizzare in cooperazione con i Consultori Familiari che per vocazione lavorano con una metodologia basata sull'offerta attiva così da raggiungere in tempi più brevi le categorie fragili e maggiormente a rischio.
- Implementazione di **azioni di tutela e prevenzione** dello stato di salute degli anziani, relativamente agli organi di senso della vista e dell'udito che permettono di migliorare la qualità della vita di categorie fragili e di mantenere un migliore contatto con la realtà;
- Creazione di un **Osservatorio Regionale** finalizzato a monitorare i bisogni ed i livelli di accessibilità delle prestazioni socio-sanitarie e sanitarie.
- **Informazione:** promuovendo una diffusa e capillare informazione per la popolazione.
- **Arruolamento di figure professionali di mediazione transculturale** per un'attività integrata.
- **Coinvolgimento dei Consultori Familiari** quali servizi di primo livello che di per sé si occupano tra l'altro di categorie fragili (donne, famiglie, bambini, migranti e rom ecc.);
- **Interventi di educazione socio-sanitaria**, alle fasce più deboli della popolazione, anche fuori dai normali presidi sanitari.

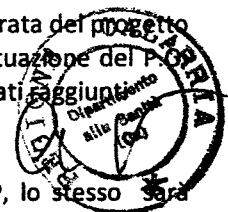
TEMPI DI ATTUAZIONE

Tutte le Aziende Sanitarie Provinciali della Calabria sono coinvolte nella realizzazione delle attività. La durata del progetto è di tre anni, la verifica viene effettuata annualmente e coincide con la valutazione dello stato di attuazione del P.O. 2013-2015 di cui al DCA n. 14 del 2.4.2015 al termine del triennio sarà effettuata la valutazione dei risultati.

AZIONI

Per il raggiungimento degli obiettivi sopraindicati, il progetto vedrà il coinvolgimento di tutte le ASP, lo stesso sarà coordinato a livello Regionale da un Comitato di Coordinamento, costituito dai referenti Aziendali dell'area immigrazione e consultoriali, che avrà il compito di predisporre, monitorare e valutare le fasi attuative del progetto, di elaborare le relative linee guida e i protocolli operativi, anche sotto il profilo del rapporto costo/benefici.

Conclusa la fase della formazione si procederà alla comunicazione esterna del progetto, coinvolgendo M.M.G., P.L.S., M.C.A., farmacie, privato sociale, associazioni di volontariato ecc. ed alla diffusione e realizzazione di materiale



informativo e di strumenti utili a permettere agli operatori di perseguire gli obiettivi di progetto.

- Implementazione dell'attività di rete dei servizi di base in cooperazione con la "rete" istituzionale e del privato sociale del territorio;
- Attivazione di metodologie operative dinamiche e multidisciplinari attraverso l'offerta attiva della medicina d'iniziativa;
- Promozione delle attività di sensibilizzazione ed educazione sanitaria nelle scuole e nei punti di aggregazione dei soggetti fragili quali (nomadi, migranti, aree di povertà, anziani ecc.);
- Cooperazione con organismi afferenti alla rete territoriale, includendo le associazioni onlus e del privato sociale al fine di consentire la massima diffusione delle attività previste dal progetto;
- Arruolamento di mediatori transculturali;
- Attività di monitoraggio e diffusione delle buone pratiche.

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

- Apertura degli ACOI: n. di ore aperte al pubblico
- Attività degli ACOI: n. di accessi e n. di prestazioni erogate
- Medicina d'iniziativa: n. di percorsi attivati a favore delle fasce deboli e n. di utenza raggiunta
- Interventi di educazione sanitaria sensibilizzazione: n. degli incontri e delle attività di sensibilizzazione prodotte
- Attività di Integrazione: n. di azioni sinergiche attivate con i Consultori familiari, n. di azioni prodotte in cooperazione con la "rete" operativa sul territorio, n. protocolli d'intesa, accordi di collaborazione ecc..
- Osservatorio Regionale: Attivazione Osservatorio Regionale e n di report prodotti
- Monitoraggio Valutazione e diffusione buone pratiche: realizzazione di 4 monitoraggi e report finale

RISULTATI ATTESI

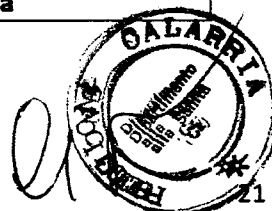
- Apertura degli ACOI: attivazione almeno del 30% di ACOI
- Attività degli ACOI: totale di apertura al pubblico di almeno il 50% del totale delle ore previste;
- Arruolamento personale: arruolamento almeno del 50% del personale indicato
- Medicina d'iniziativa: raggiungimento almeno del 50% dell'utenza individuata attraverso i MMG
- Interventi di educazione sanitaria sensibilizzazione: aumento del 30% dell'attività
- Attività di Integrazione: maggiore coinvolgimento dei servizi di primo livello fra essi i Consultori, implementazione delle azioni sinergiche attivate, protocolli d'intesa, accordi di collaborazione ecc..
- Osservatorio Regionale: Attivazione Osservatorio Regionale
- Monitoraggio Valutazione e diffusione buone pratiche: realizzazione di monitoraggio e valutazione finale attraverso report.

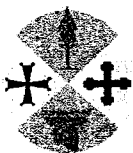
TRASFERIBILITÀ DEI RISULTATI E DEI PRODOTTI

Messa a regime delle attività in tutte le ASP

RIPARTO DELLE RISORSE E CRITERI DI DISTRIBUZIONE :

Azienda	2013	2014	2015
ASP Cosenza	580.466,62	364.756,99	364.756,99
ASP Crotone	139.505,86	132.803,50	132.803,50
ASP Catanzaro	292.326,31	183.693,71	183.693,71
ASP Vibo Valentia	131.855,49	127.996,12	127.996,12
ASP Reggio Calabria	447.224,73	281.029,68	281.029,68
AO Pugliese-Ciaccio Catanzaro			
AO Annunziata Cosenza			
AO Bianchi-Melacrino-Morelli Reggio Calabria			
AO Mater Domini Catanzaro			
Totali	1.591.379,00	1.090.280,00	1.090.280,00
Criterio di distribuzione	Assegnazione delle risorse a quota capitaria		





Regione Calabria

OBIETTIVI DI PIANO 2013 - Accordo Stato-Regioni del 20 febbraio 2014 Rep. Atti n. 13/CSR

LINEA PROGETTUALE : 7. Cure palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica

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

DURATA : 36 mesi

REFERENTE : Servizio territoriale servizio7.tuteladellasalute@pec.regione.calabria.it

IMPORTO ASSEGNATO: vedi tabella in calce

PREMESSA :

In ottemperanza a quanto previsto dalla L. 38/2010 e tenuto conto delle lacune non colmate con la stessa, la Conferenza Stato/Regioni ha approvato, nella seduta del 25 luglio 2012, l' "Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della Legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministro della Salute, di cui all'art. 5 della Legge 15 marzo 2010, n. 38, di definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore".

Nell'Intesa in parola si legge che "[...] Le strutture sanitarie che erogano cure palliative e terapia del dolore assicurano un programma di cura individuale e personalizzato che, nel riconoscere la dignità e l'autonomia del paziente offre un'assistenza che deve rispettare standard di qualità e appropriatezza evidenziando, così come sottolineato dal legislatore, le diverse specificità dei percorsi assistenziali nelle cure palliative e nella terapia del dolore. Da questa esigenza è stato necessario costituire due reti nazionali specifiche così come definite dall'art. 2 comma 1 della legge 38/2010 " [...] volte a garantire la continuità assistenziale del malato dalla struttura ospedaliera al suo domicilio e costituite dall'insieme delle strutture sanitarie, ospedaliere e territoriali, e assistenziali, delle figure professionali e degli interventi diagnostici e terapeutici [...] L'ambito di riferimento delle cure palliative e della terapia del dolore in età pediatrica necessita di strutture e percorsi specifici così come stabilito dalla legge 38/2010 che tiene conto dell'Accordo Stato/Regioni del 27 giugno 2007 e del documento tecnico approvato il 20 marzo 2008 dalla Conferenza Stato/Regioni. La definizione della rete di assistenza della terapia del dolore nell'adulto ha richiesto un particolare impegno per la mancanza di riferimenti normativi precedenti che potessero indicare la direzione verso cui rivolgersi. La definizione di requisiti minimi e delle modalità organizzative, risponde dunque all'esigenza primaria di fornire cure adeguate ai bisogni del malato e della sua famiglia per qualunque patologia evolutiva durante tutto il suo decorso, per ogni età e in ogni luogo di cura, sull'intero territorio nazionale, garantendo equità nell'accesso ai servizi e qualità delle cure nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza.

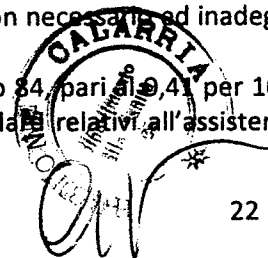
Nel P.O. 2013/2015 al Programma 14.4. Rete di Terapia del dolore, Rete di Cure palliative, Rete di terapia del dolore e cure palliative in età pediatrica insiste la Riorganizzazione ed implementazione delle Reti (dolore/palliazione).

CONTESTO :

La Regione Calabria, con la DGR n. 320 del 2 maggio 2006, disponeva l'attivazione di una rete dei servizi per i malati terminali per consolidare il sistema di assistenza integrato ed articolato tra ospedali, hospice ed assistenza domiciliare, al fine di aumentare la speranza e la qualità di vita dei malati terminali. Il modello organizzativo cui la Regione si ispira, nell'ambito delle cure palliative, prevede infatti l'attivazione ed il coordinamento di tutte le risorse intra ed extra-ospedaliere, coinvolgendo anche le organizzazioni di volontariato ed il Terzo Settore secondo i principi di prossimità e sussidiarietà previsti dalla Legge 328/00 (Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali).

Con riferimento alla realizzazione degli hospice in base alla Legge 39/99, la Regione ha approvato la DGR 466 del 7 agosto 2000, "Programma regionale per la realizzazione di Centri residenziali di cure palliative (Hospice) all'interno della rete di assistenza ai malati terminali" con annessi i "requisiti specifici strutturali, tecnologici ed organizzativi". Successivamente, nel Piano Sanitario Regionale 2004-2006 è stato ribadito l'obiettivo di voler portare a compimento le strutture residenziali al fine di garantire l'assistenza a "pazienti in fase critica che per diverse motivazioni non possono essere seguiti in regime domiciliare e per i quali il ricovero ospedaliero risulta non necessario ed inadeguato alle loro esigenze".

In base alla Legge 39/99, i posti complessivi per gli Hospice programmati in Calabria sono 84, pari al 9,41 per 10.000 abitanti. Considerando quanto indicato nel DM Salute 43/2007: "Definizione degli standard relativi all'assistenza ai



malati terminali in trattamento palliativo in attuazione dell'articolo 1, comma 169 della legge 30 dicembre 2004, n. 311", il numero complessivo di posti letto attualmente già programmati non richiede aggiornamenti. Se si considera che, secondo dati ISS, il numero di decessi per cancro in Regione Calabria è nell'intorno di 4.500/anno, deriverebbe un fabbisogno di circa 80 posti letto.

Nella Regione Calabria, a fine 2013, risultano operativi n. 2 Hospice per un totale di 20 posti letto complessivi. Uno dei due hospice è pubblico (Hospice San Giuseppe Moscati di Cassano Jonio - ASP di CS), il secondo è stato dato in gestione alla Fondazione "Via delle Stelle" (Hospice Via delle Stelle - San Sperato - ASP di Reggio Calabria); sono in fase di completamento gli Hospice di Siderno, Melicucco (ASP di Reggio Calabria) e Catanzaro; infine, sono in fase di programmazione gli Hospice di Rogliano e Nicotera.

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

La Rete di Terapia del Dolore è composta da un Centro Hub sito nell'AO di Cosenza dove sono allocati n° 10 posti letto e gestisce processi ad alta complessità. Sono, altresì, programmate Strutture Spoke di tipo ospedaliero e territoriale in tutte le Province con l'integrazione delle AFT. In particolare risultano attivi gli Spoke ospedalieri presso: ASP di Catanzaro (Ospedale di Lamezia Terme), ASP di Crotone (Ospedale), ASP di Vibo Valentia (Ospedale), AO di Reggio Calabria (Ospedale Morelli), AO Pugliese- Ciaccio (Ospedale Ciaccio); mentre risultano attivi gli Spoke territoriali di I livello presso: ASP di Cosenza (Poliambulatorio di Serra Spiga), ASP di Catanzaro (Poliambulatorio di Catanzaro Lido), ASP di Reggio Calabria (Poliambulatorio di Cinquefrondi). Completano la Rete di Terapia del dolore i Nuclei di Cure Primarie che si stanno organizzando a vario titolo sul territorio regionale. È da includere, come subarticolazione della Rete di terapia del dolore, la Rete per lo Studio delle Cefalee, già attiva, formata dal Centro di riferimento regionale dell'AO "Pugliese Ciaccio" di Catanzaro e da altri ambulatori posti nell'ambito delle altre Province.

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

La ricostruzione della Rete di terapia del dolore e delle cure palliative Regionale, necessita di una forte azione di integrazione della componente di governo clinico e organizzativo che risente troppo delle differenti esperienze professionali da cui sono originate le singole esperienze ospedaliere e distrettuali.

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

TEMPI DI ATTUAZIONE

- La durata del progetto è di tre anni , la verifica viene effettuata annualmente e coincide con la valutazione dello stato di attuazione del P.O. 2013-2015 di cui al DCA n. 14 del 2.4.2015 al termine del triennio sarà effettuata la valutazione dei risultati raggiunti anche sotto il profilo del rapporto costo/benefici.

AZIONI

- Riorganizzazione ed implementazione delle Reti (dolore/palliazione);
- Definizione dei requisiti di accreditamento e dei protocolli di cura per l'assistenza domiciliare;
- Individuazione di azioni per l'appropriatezza prescrittiva e prestazionale;
- Definizione del tariffario per cure palliative residenziali sulla base dell'intensità assistenziale e della patologia del paziente;
- Implementazione dell'informazione, da parte delle Aziende sanitarie ed ospedaliere, ai cittadini (Carta dei servizi, poster, ecc.), anche attraverso i social network, garantendo l'effettiva disponibilità/accessibilità alle cure palliative per i malati anche nelle fasi iniziali ed alla Rete di terapia del dolore anche per i pazienti con cronicità e disabilità correlate al dolore. E' necessario e prioritario educare alla palliazione anche con iniziative pubbliche (Giornata del sollievo, ecc.);
- Programmazione di audit periodici con le Aziende per il monitoraggio degli obiettivi.

INDICATORI:

Approvazione del documento di programmazione ed attuazione delle Reti (dolore/palliazione);
Percentuale di posti letto attivati rispetto ai programmati nei tempi previsti;
Percentuale del personale dedicato che è stato destinatario di eventi di formazione.

RISULTATI ATTESI :

Riorganizzazione sul territorio regionale delle reti di cure palliative e terapia del dolore.



Ogni rete aziendale di cure palliative deve essere operativa in tutte le sue articolazioni assistenziali ed al suo interno vanno coordinati e sviluppati i servizi ospedalieri e territoriali, pubblici e privati, dedicati alla cura di tali malati e per offrire un valido supporto alle loro famiglie.

La rete sanitaria è strettamente integrata con quella socio-assistenziale, al fine di offrire un approccio completo alle esigenze della persona malata, alla quale deve essere garantito anche un adeguato supporto psicologico durante il programma assistenziale e per i familiari anche dopo il decesso del congiunto per l' accompagnamento al lutto.

Nella rete deve essere favorita l'integrazione delle organizzazioni non profit e delle Associazioni di volontariato.

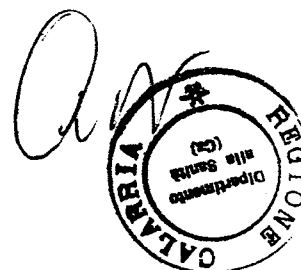
operativa in tutte le sue articolazioni assistenziali ed al suo interno vanno coordinati e sviluppati i servizi ospedalieri e territoriali, pubblici e privati, dedicati alla cura di tali malati e per offrire un valido supporto alle loro famiglie.

TRASFERIBILITÀ DEI RISULTATI E DEI PRODOTTI:

Il modello organizzativo del lavoro in rete delle cure palliative e della terapia del dolore è trasferibile in tutte le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere della Calabria.

RIPARTO DELLE RISORSE E CRITERI DI DISTRIBUZIONE :

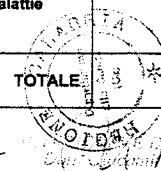
Azienda	2013	2014	2015
ASP Cosenza	820.402,53	820.402,53	820.402,53
ASP Crotone	188.476,53	188.476,53	188.476,53
ASP Catanzaro	394.941,47	394.941,47	394.941,47
ASP Vibo Valentia	178.140,66	178.140,66	178.140,66
ASP Reggio Calabria	604.213,81	604.213,81	604.213,81
AO Pugliese-Ciaccio Catanzaro	450.000,00	450.000,00	450.000,00
AO Annunziata Cosenza	450.000,00	450.000,00	450.000,00
AO Bianchi-Melacrino-Morelli Reggio Calabria	450.000,00	450.000,00	450.000,00
AO Mater Domini Catanzaro			
Totali	3.536.175,00	3.536.175,00	3.536.175,00
Criterio di distribuzione	Assegnazione delle risorse a quota capitaria		



ALLEGATO 2 - Linee progettuali e riparto somme assegnate alle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere**Obiettivi P.S.N. 2013- Accordo Stato-Regioni del 20 febbraio 2014 (repertorio Atti n. 13/CSR) - assegnazione risorse linee progettuali**

Linea progettuale	Titolo progetto	Importo 2013
1. Interventi per il riassetto organizzativo e strutturale della rete dei servizi di assistenza ospedaliera e territoriale - Farmacia dei servizi	Riequilibrio Ospedale - Territorio: consolidamento della rete dell'assistenza primaria.	8.840.439,00
2. Modelli avanzati di gestione delle malattie croniche	Modalità organizzative del lavoro in rete per la gestione delle patologie croniche.	7.072.351,00
3. Implementazione del Piano di indirizzo per la riabilitazione di cui all'Accordo Stato-Regioni del 10 febbraio 2011	Definizione modello di offerta delle prestazioni riabilitative : Istituzione rete riabilitativa.	707.235,00
4. Assistenza ai pazienti in condizioni di Stato Vegetativo e Stato di Minima Coscienza nella fase degli esiti (Accordo Stato-Regioni del 5 maggio 2011)	Messa a regime del servizio di assistenza domiciliare di pazienti in stato vegetativo (SV) e stato di minima coscienza (SMC)	1.591.279,00
5. Assistenza agli anziani in condizioni di fragilità e di non autosufficienza.	La presa in carico fragili	1.765.080,00
6. Tutela della fragilità e contrasto alle disuguaglianze in sanità (Accordo 22 novembre 2012)	Medicina d'iniziativa per una sanità più equa	1.591.379,00
7. Cure palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica.	Riorganizzazione della rete regionale di cure palliative e terapia del dolore.	3.536.175,00
8. Sviluppo dei processi di umanizzazione all'interno dei percorsi assistenziali	Umanizzazione delle cure nella Regione Calabria	1.414.470,00
9. Interventi per l'implementazione della rete per le malattie rare e per la promozione della rete nazionale dei tumori rari	Creazione di una Rete Calabrese dei Tumori Rari da integrare con la Rete Nazionale per i Tumori Rari	1.944.897,00
10. Tutela della maternità - percorso nascita - partoanalgesia	Riorganizzazione del percorso nascita integrazione ospedale-territorio	3.493.877,00
11. Tutela della fertilità e della funzione ormonale nelle giovani donne affette da neoplasia o malattie croniche degenerative mediante l'istituzione di biobanche del tessuto ovarico e cellule germinali	Realizzazione di una rete regionale interdisciplinare per l'attuazione di percorsi diagnostico-terapeutici finalizzati alla preservazione della fertilità in giovani affetti da patologia neoplastica e al successivo supporto alla procreazione dei soggetti guariti.	1.414.470,00
12. Implementazione di percorsi diagnostico-assistenziali e di supporto per migliorare la vita delle donne affette da malattie croniche invalidanti della sfera uro-genitale (endometriosi infiltrante, vulvodinia, cistite interstiziale)	Implementazione di percorsi diagnostico-assistenziali e di supporto per migliorare la vita delle pazienti con endometriosi infiltrante	530.426,00
13. Implementazione della rete nazionale dei centri territoriali per la prevenzione e la diagnosi precoce delle infezioni da HPV	Prevenzione delle infezioni da HPV attraverso la vaccinazione	530.426,00
14. Implementazione della rete nazionale dei centri territoriali per la prevenzione primaria e la diagnosi precoce dei tumori dell'apparato genitale maschile	Implementazione rete oncologica per la diagnosi precoce dei tumori maschili	530.426,00
15. Definizione di modelli di assistenza ai bambini e adolescenti affetti da patologie croniche, disturbi del comportamento, dell'apprendimento del linguaggio, da autismo, da disturbo del deficit da attenzione/ipercattività (ADHD) e da psicosi affettive e non affettive dell'infanzia e dell'adolescenza mediante l'organizzazione di Centri di riferimento a valenza regionale e/o interregionale e la realizzazione di reti assistenziali	Percorsi clinico-assistenziali integrati per minori con patologie neuropsichiche, neurologiche, psichiatriche, neuropsicologiche e del neuro sviluppo	1.414.470,00
16. Sviluppo di strumenti del governo clinico e della valutazione della qualità e della sicurezza delle prestazioni - Risk management	Sicurezza e rischio clinico	3.536.175,00
17. Implementazione del "Codice Etico" nelle Aziende Sanitarie	Implementazione della "carta etica" degli operatori sanitari	354.703,00
18. Piano Nazionale Prevenzione	PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE	8.486.821,00
19. Superamento OPG e salute mentale	Miglioramento del trattamento dei disturbi borderline di personalità	2.828.940,00
20. Sicurezza nei luoghi di lavoro	Sicurezza in edilizia ed agricoltura e prevenzione delle malattie professionali	707.235,00
TOTALE		52.291.274,00

pag. no 1 di 2



Dott. Carmine Brunelli

pagina 2 di 2

ALLEGATO 2 - Tabelle di equidistribuzione a ripartizione somme assegnate alle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere
Oggetto: PGN 2013 - art. 2 commi 3 e 4 della Legge 662/99
Acordo Stato Regioni 20.01.2014 n. 14258 e Intesa Stato Regioni 20.02.14 n. 27258 - Programma Operativo 2013-2015 FSC n. 14 del 1 aprile 2015

Linee progettuali	Programmi del Piano Operativo 2013-2015 cui si riferisce la linea progettuale	Attività/Interventazioni svolte nelle Aziende	L.E.A.	AZIENDE SANITARIE PROVINCIALI										AZIENDE OSPEDALIERE					Totale
				Cosenza	Crotone	Catanzaro	Vibo Valentia	Reggio Calabria	Pugliese-Crotone	Anunziata Cosenza	Brinchi-Meleto-Reggio Calabria	Mare Donnici							
8. Sviluppo dei processi di immunizzazione all'interno dei percorsi assistenziali	Programma 13 Reti assistenziali per interventi di cura P13.2 Definizione dei percorsi di cura, nonché dei percorsi diagnostico-terapeutici relativi ad alcune aree di particolare interesse in aggiunta all'area oncologica e cardiovascolare, che prevedano la integrazione ospedale-territorio	Programma 13 Reti assistenziali per interventi di cura P13.2 Definizione dei percorsi di cura, nonché dei percorsi diagnostico-terapeutici relativi ad alcune aree di particolare interesse in aggiunta all'area oncologica e cardiovascolare, che prevedano la integrazione ospedale-territorio	ospedali/territorio	157.163,33	157.163,33	157.163,33	157.163,33	157.163,33	157.163,33	157.163,33	157.163,33	157.163,33	157.163,33	157.163,33	157.163,33	1.414.470,00			
9. Interventi per l'implementazione delle reti per le malattie rare e per le patologie rare della rete nazionale dei tumori del	Programma 13 Reti assistenziali per interventi di cura P13.2 Definizione dei percorsi di cura, nonché dei percorsi diagnostico-terapeutici relativi ad alcune aree di particolare interesse in aggiunta all'area oncologica e cardiovascolare, che prevedano la integrazione ospedale-territorio	Attività e servizi delle reti assistenziali rare e delle reti oncologiche (tumori rari) Attività e servizi complementari al funzionamento dei centri impianti di organi e/o tessuti non diversamente finanziati (solo AO)	ospedali/territorio	138.689,70	138.689,70	138.689,70	138.689,70	138.689,70	138.689,70	138.689,70	138.689,70	138.689,70	138.689,70	138.689,70	277.379,40	1.944.687,00			
10. Tutela della maternità - percorso nascita - partorienza	Programma 13 Reti assistenziali per interventi di cura P13.2 Definizione dei percorsi di cura, nonché dei percorsi diagnostico-terapeutici relativi ad alcune aree di particolare interesse in aggiunta all'area oncologica e cardiovascolare, che prevedano la integrazione ospedale-territorio	Attività e processi di integrazione ospedale-territorio (gestimento nascita naturale)	ospedali/territorio	715.664,10	291.220,30	315.810,30	208.555,90	672.223,35	464.693,27	433.799,26	302.298,52					3.493.877,00			
11. Tutela della fertilità e della funzione riproduttrice nelle giovani donne affette da infertilità o malattie croniche	Programma 13 Reti assistenziali per interventi di cura P13.2 Definizione dei percorsi di cura, nonché dei percorsi diagnostico-terapeutici relativi ad alcune aree di particolare interesse in aggiunta all'area oncologica e cardiovascolare, che prevedano la integrazione ospedale-territorio	Tutte le attività rese in funzione della realizzazione del programma P13.2 Definizione dei percorsi diagnostico-terapeutici relativi ad alcune aree di particolare interesse in aggiunta all'area oncologica e cardiovascolare, che prevedano la integrazione ospedale-territorio	ospedali/territorio	151.550,36	151.550,36	151.550,36	151.550,36	151.550,36	353.677,50	151.550,36	151.550,36					1.414.470,00			
12. Implementazione di percorsi diagnostico-assistenziali e di supporto per le reti delle cure primarie, oncologiche, della fertilità e della funzione riproduttrice	Programma 13 Reti assistenziali per interventi di cura P13.2 Definizione dei percorsi di cura, nonché dei percorsi diagnostico-terapeutici relativi ad alcune aree di particolare interesse in aggiunta all'area oncologica e cardiovascolare, che prevedano la integrazione ospedale-territorio	Tutte le attività rese in funzione della realizzazione del programma P13.2 Definizione dei percorsi diagnostico-terapeutici relativi ad alcune aree di particolare interesse in aggiunta all'area oncologica e cardiovascolare, che prevedano la integrazione ospedale-territorio	ospedali/territorio	67.504,86	57.142,86	57.142,86	57.142,86	57.142,86	100.000,00	57.142,86	57.142,86					630.426,02			
13. Implementazione della rete nazionale dei centri tematici per le patologie rare e in diagnosi precoce delle reti dei tumori	PROGRAMMA 11 - SANITA' PUBBLICA P11.1.1 Azioni connesse con il programma nazionale di prevenzione HPV	Valutazione delle coperture vaccinali per ciclo completo - promozione e ottimizzazione dell'offerta dei servizi vaccinali - potenziamento dei servizi dedicati	prevenzione	212.804,50	43.831,75	91.846,05	41.428,03	140.514,84								530.428,00			
14. Implementazione delle reti nazionali per la prevenzione per le patologie rare e la diagnosi precoce dei tumori dell'intero sistema sanitario	PROGRAMMA 11 - SANITA' PUBBLICA P11.1.1 Azioni connesse con il programma nazionale di prevenzione HPV	Implementazione di una rete tematica per la prevenzione primaria e la diagnosi precoce dei tumori dell'intero sistema sanitario	prevenzione	212.804,50	43.831,75	91.846,05	41.428,03	140.514,84								530.428,00			
15. Definizione di modelli di assistenza ai bambini e adolescenti affetti da patologie croniche, disturbi del comportamento, disadattamento e del linguaggio, da autismo, da disturbo del deficit da attenzione/iperattività (ADHD) e da disturbo della condotta e non altro	Programma 14 Regolazione ospedale-territorio P14.8.5.3 Regolazione dell'assistenza territoriale per pazienti psichiatrici, P14.8.5.5 Regolazione dell'assistenza territoriale per pazienti psichiatrici	Definizione di modelli di assistenza - Attività dei Centri di Assistenza e di Cura per le patologie croniche, disturbi del comportamento, del linguaggio, dell'iperattività/deficit da attenzione/iperattività (ADHD) e da disturbo della condotta e non altro	territorio	615.937,82	123.997,39	250.879,24	117.197,49	397.508,05								1.414.470,00			

Pagina 3 di 12

Page 4 di 12



ALLEGATO 2 - Tabella di equivalenza e riparto somme assegnate alle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere
Obiettivi PSN 2014 - art.1 commi 34 e 34bis legge 662/96
Programma Operativo 2013-2016 (PCA n. 14 del 2 aprile 2013)

Linee progettuali	Programmi del Piano Operativo 2013-2015 cui si riferisce la linea progettuale	Attività/interventazioni svolte nelle Aziende	L.E.A.	AZIENDE SANITARIE PROVINCIALI						AZIENDE OSPEDALIERE					TOTALE finanziamento linee progettuali
				Cosenza	Crotone	Catanzaro	Vibo Valentia	Reggio Calabria	Pugliese-Catanzaro	Anunziata Cosenza	Bianchi-Melacchino-Morelli Reggio Calabria	Mater Domini			
1. Interventi per il riassetto organizzativo e strutturale della rete dei servizi di assistenza ospedaliera e territoriale - Fomato dei servizi	Programma 13 Reti assistenziali per intensità di cura Programma 14 Riquilibrio ospedale-territorio: P14.5) Programmazione dell'assistenza primaria secondo le indicazioni della legge 169/2012 e conseguenti accordi con MMG/PLS per la individuazione o rimodulazione delle forme di associazionismo. Programma 15 Reti Emergenza-urgenza - Programma 17- Assistenza Farmaceutica - P17-5 Razionalizzazione dell'uso del tampono in ospedale e P17.6.2) Ottemperanza adempimenti LEA	Accelerare il percorso di attivazione delle Unità Complesse di Cure primarie e lo sviluppo del Distretto attraverso una piena integrazione con la Medicina Generale. Accelerazione del passaggio dal modello del MMG "single point" al modello "Unità di Cure Primarie". Assunzione da parte del Distretto della responsabilità della presa in carico del paziente cronico e complesso. Accelerare il processo di riorganizzazione ospedaliera/territoriale con lo sviluppo delle cure primarie che deve rispondere alle esigenze degli assistiti e con il coinvolgimento dell'ACI e delle strutture convenzionate (con attivazione sperimentale della farmacia dei servizi: oltre alla consegna dei farmaci a domicilio) Verifica misure di gestione tese a garantire il corretto utilizzo dei farmaci prescritti.	territorio	3.324.611,93	674.983,84	1.723.933,02	632.484,46	2.484.425,75						9.240.439,00	
2. Modelli innovativi di gestione delle malattie croniche	Programma 13 Reti assistenziali per intensità di cura P13.2) Definizione del percorso di cura, nonché dei percorsi diagnostico-terapeutici relativi ad alcune aree di particolare interesse, in aggiunta all'area oncologica e cardiovascolare, che prevedano la integrazione ospedale/territorio.	Gestione sul territorio delle patologie croniche. Le Cure Primarie hanno in ambito in modo peculiare la cura delle cronicità. Gli strumenti di attuazione organizzativa ed operativa dei Chronic Care Model e del Disease Management sono: - Percorsi Assistenziali (POT/A) - Gestione integrata della malattia	territorio	2.578.689,47	619.987,05	1.299.146,38	585.987,55	1.987.540,54						7.072.251,00	
3. Implementazione del Piano di indirizzo per la riabilitazione di cui all'Accordo Stato-Regioni del 10 febbraio 2011	Programma 13 Reti assistenziali per intensità di cura P13.2) Definizione dei percorsi di cura, nonché dei percorsi diagnostico-terapeutici relativi ad alcune aree di particolare interesse, in aggiunta all'area oncologica e cardiovascolare, che prevedano la integrazione ospedale/territorio: 14 HT rete riabilitazione e lungodegenza	Attuazione del Piano di indirizzo per la riabilitazione. Definizione del modello di offerta delle prestazioni riabilitative con una chiara articolazione del percorso di cura nei diversi setting assistenziali, dal ricovero in acuto alla dimissione ed alla presa in carico territoriale (domiciliare o residenziale).	territorio/ospedale	193.478,68	46.499,02	97.435,96	43.949,06	149.065,52					176.808,75	707.235,00	
4. Assistenza ai pazienti in condizioni di Stato Vegetativo e Stato di Minima Coscienza nella fase degli esiti (Accordo Stato-Regioni del 5 maggio 2011)	Programma 14 Riquilibrio ospedale-territorio:	Attuazione di percorsi assistenziali in strutture dedicate e a domicilio (Accordo Stato Regioni del 5 maggio 2011 - linee di indirizzo per l'assistenza alle persone in SV e SMC 7)	territorio	155.945,34	922.941,82	133.667,44	178.223,25	200.501,15						1.591.279,00	
5. Assistenza agli anziani in condizioni di fragilità e di non autosufficienza	Programma 14 Riquilibrio ospedale-territorio P14.8.3) Strumenti di valutazione multidimensionali standardizzati per anziani e disabili; P14.8.4) Piano di riorganizzazione, riqualificazione ed implementazione delle Cure Domiciliari, con l'indicazione delle azioni mirate al raggiungimento degli standard nazionali riferiti alla popolazione anziana >65 anni (linee guida sulle cure domiciliari); P14.8.5) Piano di riorganizzazione, riqualificazione ed implementazione dell'assistenza territoriale e distribuita, con indicazione delle aree con maggiori criticità (anziani, disabili, pazienti psichiatrici, tossicodipendenti, minori...);	P14.8.5.1) Riqualificazione dell'assistenza territoriale ospedaliera e semiresidenziale per anziani. P14.8.5.2) Riqualificazione dell'assistenza territoriale residenziale e semiresidenziale per disabili	territorio/ospedale	643.825,27	154.733,09	324.234,09	146.241,68	496.039,87						1.765.080,00	
6. Tutela della fragilità e contrasto alle disuguaglianze in sanità (Accordo 22 novembre 2012)	PROGRAMMA 11 – SANITÀ PUBBLICA P11.1) Azioni coerenti con il Programma nazionale di prevenzione	Messa a sistema di strumenti di monitoraggio epidemiologico del territorio regionale attraverso la valorizzazione dei sistemi informativi sanitari e dei sistemi di sorveglianza di popolazione.	prevenzione	364.756,99	132.803,50	183.893,71	127.996,12	281.029,68						1.080.280,00	



Handwritten signature and date:
 12/05/2013
 Dott. Giuseppe...
 (Illegible handwritten text)

REGIONE
LIGURIA
Dipartimento
alla Sanità
(C2)

ALLEGATO 2 - Tabella di equivalenza e riparto somme assegnate alle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere
Obiettivo PSN 2014 - art.1 comma 34 e 34bis legge 662/96
Programma Operativo 2013-2015 (POC n. 14 del 2 aprile 2013)



Handwritten signature and date: 21/12/13

Linee progettuali	Programmi del Piano Operativo 2013-2015 cui si riferisce la linea progettuale	Attività/intervent/azioni svolte nelle Aziende	L.E.A.	AZIENDE SANITARIE PROVINCIALI						AZIENDE OSPEDALIERE						TOTALE finanziamento linea progettuale
				Cosenza	Crotone	Catanzaro	Vibo Valentia	Reggio Calabria	Pugliese-Claccio-Catanzaro	Annunziata Cosenza	Bianchi-Melacchino-Morelli Reggio Calabria	Mater Domini				
14. Implementazione della rete nazionale dei centri territoriali per la prevenzione primaria e la diagnosi precoce dei tumori dell'apparato genitale maschile	PROGRAMMA 11 – SANITÀ PUBBLICA P11.1) Azioni coerenti con il Programma nazionale di Prevenzione	Implementazione di una rete territoriale per la prevenzione primaria e la diagnosi precoce dei tumori dell'apparato genitale maschile	prevenzione	212.804,50	43.831,75	91.846,85	41.428,06	140.514,84							530.428,00	
15. Definizione di modelli di assistenza ai bambini e adolescenti affetti da patologie croniche, disturbi del comportamento, dell'apprendimento e del linguaggio, da autismo, da disturbo del deficit da attenzione-iperattività (ADHD) e da psicosi affettive e non affettive dell'infanzia e dell'adolescenza	Programma 14 Riquilibrio ospedale-territorio P14.8.5.3) Riquilibrare l'assistenza territoriale per pazienti psichiatrici- P14.8.5.5) Implementazione dell'assistenza territoriale per Minori	Definizione di modelli di assistenza - Attività dei Centri di riferimento e delle rete assistenziale per la presa in carico di bambini e adolescenti affetti da patologie croniche, disturbi del comportamento, dell'apprendimento e del linguaggio, da autismo, da disturbo del deficit da attenzione-iperattività (ADHD) e da psicosi affettive e non affettive dell'infanzia e dell'adolescenza	territorio	515.937,82	123.987,39	259.829,24	117.197,49	397.508,05							1.414.470,00	
16. Sviluppo di strumenti del governo clinico e della valutazione della qualità e della sicurezza delle prestazioni - Risk Management	PROGRAMMA 18 – SICUREZZA E RISCHIO CLINICO	- Implementare le attività del rischio clinico quale risposta globale ed integrata alle richieste di maggiore sicurezza, di maggiore appropriatezza delle prestazioni sanitarie, di maggiore qualità. - Aumentare la sicurezza dei pazienti e degli operatori sanitari completando e attuando quelle misure che consentono di ridurre gli eventi avversi prevenibili e indirettamente i costi. - Favorire il ruolo e l'autonomia del Rischio Clinico onde ottenere procedure di miglioramento continuo dei processi assistenziali e della appropriatezza, riconducendo ad una gestione unitaria e uniforme gli aspetti di rischio inerenti la sicurezza e la gestione del contenzioso medico-legale quale obiettivo di risultato del governo clinico aziendale. - Potenziare e rendere più operativa la rete Regionale per la Gestione del Rischio Clinico che uniformi le organizzazioni delle singole Aziende determinando una omogenea diffusione delle iniziative, degli strumenti di prevenzione e della cultura sulla sicurezza.	ospedale	333.333,33	333.333,33	333.333,33	333.333,33	333.333,33	467.377,08	467.377,08	467.377,08	467.377,08	467.377,08		3.538.174,97	
17. Implementazione del "Codice Etico" nelle Aziende Sanitarie	Programma 14 Riquilibrio ospedale-territorio PROGRAMMA 18 – SICUREZZA E RISCHIO CLINICO	Adozione della "Carta etica" quale strumento per garantire la coerenza tra valori individuali e condivisi e scelte professionali attuate dando vita al Codice di comportamenti con regole professionali concordate, per unità organizzativa coinvolta, nel rispetto dei diversi codici deontologici, delle leggi e dei contratti, valorizzando la formazione e l'esperienza degli operatori al fine di attuare l'umanizzazione delle cure con conseguente aumento del gradimento da parte dei cittadini.	aziende	39.411,44	39.411,44	39.411,44	39.411,44	39.411,44	39.411,44	39.411,44	39.411,44	39.411,44	39.411,44		354.703,00	
18. Piano Nazionale Prevenzione	PROGRAMMA 11 – SANITÀ PUBBLICA P11.1) Azioni coerenti con il Programma nazionale di Prevenzione P11.2) Qualificazione dei programmi vaccinali e di screening con adeguamento agli standard nazionali. PROGRAMMA 12 – SANITÀ VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	Implementazione attività linea ad ottimizzare: 1. la copertura vaccinale per vaccinazione anti-influenzale nell'anziano; 2. le attività di screening oncologico (mammella, cervice uterina e colon-retto); 3. la sicurezza alimentare ed il controllo degli alimenti	prevenzione	3.095.627,29	743.984,45	1.558.975,62	703.186,05	2.385.048,60							8.486.821,00	

ALLEGATO 2 - Tabella di equivalenza e riparto somme assegnate alle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere
Obiettivi PSN 2014 - art. 1 commi 34 e 34bis legge 662/96
Programma Operativo 2013-2015 (OCA n. 14 del 2 aprile 2013)

Linee progettuali	Programmi del Piano Operativo 2013-2015 cui si riferisce la linea progettuale	Attività/interventi/azioni svolte nelle Aziende	L.E.A.	AZIENDE SANITARIE PROVINCIALI					AZIENDE OSPEDALIERE					TOTALE finanziamento linee progettuale
				Cosenza	Crotone	Catanzaro	Vibo Valentia	Reggio Calabria	Pugliese-Ciaccio-Catanzaro	Annunziata Cosenza	Blanchi-Melacrino-Morelli Reggio Calabria	Mater Domini		
18 Superamento OPG e salute mentale	Programma 16 - Sanità penitenziaria P16.2) Disattivazione Ospedali Psichiatrici Giudiziani e individuazione dei percorsi di presa in carico dei relativi pazienti; Piano di organizzazione, riqualificazione ed implementazione dell'assistenza sanitaria ai pazienti con misure di sicurezza definitiva provenienti dagli Ospedali Psichiatrici Giudiziani a seguito della chiusura delle strutture e dei nuovi pazienti nelle medesime condizioni; Programma 14 Riequilibrio ospedale-territorio: P14.8 5.3) Riqualificazione dell'assistenza territoriale per pazienti psichiatrici	Superamento OPG : DPGSCA n. 99 del 9.7.2013 "Programma per la realizzazione di strutture sanitarie ex-ospedaliere per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziani, ai sensi della legge 17 febbraio 2012, n. 9, art.3-ter e s.m.i." Salute mentale: Recepimento il "Piano di azioni nazionale per la salute mentale (PANSM)". promuovere l'implementazione in una prima fase anche a livello sperimentale e per singoli segmenti del Piano.	ospedale-territorio	1.031.875,64	247.994,79	519.658,48	234.394,99	795.016,11						2.828.940,00
20 Sicurezza nei luoghi di lavoro	PROGRAMMA 11 - SANITA' PUBBLICA P11.1) Azioni coerenti con il Programma nazionale di Prevenzione - P11.3) Prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro	Piano regionale edilizia ed agricoltura - potenziamento dei controlli, dei sistemi di sorveglianza e dei sistemi di monitoraggio.	prevenzione	112.066,11	26.933,30	56.437,14	25.456,30	66.342,15						307.235,00
TOTALI				14.887.205,19	5.339.519,60	7.928.547,60	4.341.989,65	11.697.275,30	2.171.282,33	2.462.634,03	1.853.031,28	1.118.140,01		61.790.174,99



Regione Calabria
 IL DIRIGENTE DEL SETTORE
 Confluenza Regionali
Del IV

ALLEGATO 2 - Tabella di equivalenza e riparto somme assegnate alle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere
 Obiettivo PSN 2015 - art.1 commi 34 e 34bis legge 66/2016
 Programma Operativo 2013-2015 (GDA n. 14 del 2 aprile 2013)

Linee progettuali	Programmi del Piano Operativo 2013-2015 cui si riferisce la linea progettuale	Attività/intervent/azioni svolte nelle Aziende	L.E.A.	AZIENDE SANITARIE PROVINCIALI					AZIENDE OSPEDALIERE					TOTALE finanziamento linee progettuali
				Cosenza	Crotone	Catanzaro	Vibo Valentia	Reggio Calabria	Pugliese-Crotone-Catanzaro	Anunziata Cosenza	Bianchi-Melechior-Morelli Reggio Calabria	Mater Domini		
1. Interventi per il riassetto organizzativo e strutturale delle reti dei servizi di assistenza ospedaliera e territoriale - Farmacia dei servizi	Programma 13 Reti assistenziali per intensità di cura Programma 14 Riquilibrio ospedale-territorio Programma 15 Rete di assistenza primaria secondaria e indicazioni della legge 169/2012 e conseguenti accordi con MMG/PLS per la riorganizzazione o immodulazione delle forme di associazione Programma 16 Assistenza farmacia - Programma 17 - Monitoraggio attività prescrittiva - P17.6) Razionalizzazione dell'uso del farmaco in ospedale e P17.6.2) Ottemperanza adempimenti LEA	Accelerare il percorso di attivazione delle Unità Complesse di Cure primarie e lo sviluppo del Distretto attraverso una piena integrazione con la Medicina Generale. Accelerazione del passaggio dal modello del MMG "single point" al modello "Unità di Cure Primarie". Assunzione da parte del Distretto della responsabilità della presa in carico del paziente cronico e complesso. Accelerare il processo di riorganizzazione ospedaliero-territoriale con lo sviluppo delle cure primarie che deve rispondere alle esigenze degli assistiti e con il coinvolgimento dell'ADI e delle farmacie convenzionate (con attivazione spemantale della farmacia dei servizi, oltre alla consegna dei farmaci a domicilio). Verifica misure di gestione messe a garanzia il corretto utilizzo dei farmaci prescritti.	territorio	3.324.611,93	874.963,84	1.723.933,02	832.484,46	2.484.425,75					9.240.439,00	
2. Modelli avanzati di gestione delle malattie croniche	Programma 13 Reti assistenziali per intensità di cura Programma 14 Riquilibrio ospedale-territorio Programma 15 Rete di assistenza primaria secondaria e indicazioni della legge 169/2012 e conseguenti accordi con MMG/PLS per la riorganizzazione o immodulazione delle forme di associazione Programma 16 Assistenza farmacia - Programma 17 - Monitoraggio attività prescrittiva - P17.6) Razionalizzazione dell'uso del farmaco in ospedale e P17.6.2) Ottemperanza adempimenti LEA	Gestione sul territorio delle patologie croniche. Le Cure Primarie hanno in affidò in modo peculiare la cura delle cronicità. Gli strumenti di riduzione organizzativa ed operativa del Chronic Care Model e del Disease Management sono: - Percorsi Assistenziali (P17.1) - Gestione Integrata della malattia	territorio	2.579.689,47	619.987,05	1.299.146,38	585.987,55	1.987.540,54					7.072.351,00	
3. Implementazione del Piano di indirizzo per la riabilitazione di cui all'Accordo Stato-Regioni del 10 febbraio 2011	Programma 13 Reti assistenziali per intensità di cura Programma 14 Riquilibrio ospedale-territorio Programma 15 Rete di assistenza primaria secondaria e indicazioni della legge 169/2012 e conseguenti accordi con MMG/PLS per la riorganizzazione o immodulazione delle forme di associazione Programma 16 Assistenza farmacia - Programma 17 - Monitoraggio attività prescrittiva - P17.6) Razionalizzazione dell'uso del farmaco in ospedale e P17.6.2) Ottemperanza adempimenti LEA	Attivazione del Piano di indirizzo per la riabilitazione "riduzione del modello di offerta delle prestazioni riabilitative con una chiara articolazione del percorso di cura nei diversi setting assistenziali, dal ricovero in acuto alla dimissione ed alla presa in carico territoriale (domiciliare o residenziale).	territorio/ospedale	193.476,60	46.499,02	97.435,96	43.949,06	149.065,52				179.608,75	707.235,00	
4. Assistenza ai pazienti in condizioni di Stato Vegetativo e Stato di Minima Coscienza nella fase degli esiti (Accordo Stato-Regioni del 5 maggio 2011)	Programma 14 Riquilibrio ospedale-territorio Programma 15 Rete di assistenza primaria secondaria e indicazioni della legge 169/2012 e conseguenti accordi con MMG/PLS per la riorganizzazione o immodulazione delle forme di associazione Programma 16 Assistenza farmacia - Programma 17 - Monitoraggio attività prescrittiva - P17.6) Razionalizzazione dell'uso del farmaco in ospedale e P17.6.2) Ottemperanza adempimenti LEA	Attivazione di percorsi assistenziali in strutture dedicate e a domicilio (Accordo Stato-Regioni del 5 maggio 2011) linee di indirizzo per l'assistenza alle persone in SV e SMC 7	territorio	155.945,34	822.941,82	133.667,44	178.223,25	200.501,15					1.581.279,00	
5. Assistenza agli anziani in condizioni di fragilità e di non autosufficienza	Programma 14 Riquilibrio ospedale-territorio Programma 15 Rete di assistenza primaria secondaria e indicazioni della legge 169/2012 e conseguenti accordi con MMG/PLS per la riorganizzazione o immodulazione delle forme di associazione Programma 16 Assistenza farmacia - Programma 17 - Monitoraggio attività prescrittiva - P17.6) Razionalizzazione dell'uso del farmaco in ospedale e P17.6.2) Ottemperanza adempimenti LEA	P14.8.5.1) Riqualificazione dell'assistenza territoriale residenziale e semiresidenziale per anziani. P14.8.5.2) Riqualificazione dell'assistenza territoriale residenziale e semiresidenziale per disabili	territorio/ospedale	643.825,27	154.733,09	324.234,09	146.247,98	496.039,87					1.765.080,00	
6. Tutela della fragilità e contrasto alle disuguaglianze in sanità (Accordo 22 novembre 2012)	PROGRAMMA 11 – SANITÀ PUBBLICA P11.1) Azioni coerenti con il Programma nazionale di Prevenzione	Messa a sistema di strumenti di monitoraggio epidemiologico del territorio regionale attraverso la valorizzazione dei sistemi informativi sanitari e dei sistemi di sorveglianza di popolazione.	prevenzione	364.756,99	132.803,50	183.693,71	127.996,12	281.029,68					1.080.280,00	



21.12.16
 [Signature]

Linee progettuali	Programmi del Piano Operativo 2013-2015 cui si riferisce la linea progettuale	Attività/interventazioni svolte nelle Aziende	L.E.A.	AZIENDE SANITARIE PROVINCIALI										AZIENDE OSPEDALIERE					TOTALE finanziamento linee progettuali
				Cosenza	Crotone	Caltanaro	Vibo Valentia	Reggio Calabria	Pugliese-Ciecco Caltanaro	Annunziata Cosenza	Sanfilippo Morelli Reggio Calabria	Mileto Domini							
7. Cure palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica	14.4. Rete di Tempio del dolore, Rete di Cure palliative, Rete di terapia del dolore e cure palliative in età pediatrica 14.4.1. Riorganizzazione ed implementazione Rete Pall (dolore/palliazione) 14.4.3. Individuazione di azioni per l'appropriatezza prescrittiva e prestazioni 14.4.5. Implementazione dell'informazione, da parte delle Aziende sanitarie ed ospedaliere, ai cittadini (Cura dei servizi, poster, ecc.), anche attraverso i social network, garantendo l'effettiva disponibilità/accessibilità alle cure palliative per i malati anche nelle fasi iniziali ed alla Rete di terapia del dolore anche per i pazienti con cronicità e disabilità correlata al dolore.	Tutte le attività rese in funzione della realizzazione dei programmi con particolare riguardo alla riorganizzazione ed implementazione delle Reti (dolore/palliazione). Applicazione delle linee Guida per l'attuazione delle Reti di Cure Palliative e di terapia del dolore, ai sensi della legge 38/2010 approvata con i Decreti Delegati n. 111 del 6 e n. 113 del 6 settembre 2011 finalizzate a garantire l'unità di offerta ed i relativi percorsi di cura, anche domiciliare, su tutto il territorio regionale.	ospedale/territorio	620.402,53	188.478,53	394.941,47	178.140,66	804.213,81	450.000,00	450.000,00	450.000,00		3.536.175,00						
8. Sviluppo dei processi di umanizzazione all'interno dei percorsi assistenziali	Programma 13 Reti assistenziali per intensità di cura P13(2) Definizione dei percorsi di cura, nonché dei percorsi diagnostico-terapeutici relativi ad alcune aree di particolare interesse, in aggiunta all'area oncologica e cardiologica, che prevedano la integrazione ospedale/territorio.	Programma regionale di umanizzazione delle cure, monitoraggio della qualità percepita, individuazione di un set minimo di obiettivi informativi e formativi mirati agli operatori e ai caregiver anche in relazione alle linee progettuali complementari. Attività e servizi complementari al funzionamento dei centri trapianti di organi e/o tessuti non diversamente finanziati (solo AO).	ospedale/territorio	157.163,33	157.163,33	157.163,33	157.163,33	157.163,33	157.163,33	157.163,33	157.163,33	157.163,33	1.414.470,00						
9. Interventi per l'implementazione delle reti per le malattie rare e per la promozione delle reti nazionali dei tumori rari	Programma 13 Reti assistenziali per intensità di cura P13(2) Definizione dei percorsi di cura, nonché dei percorsi diagnostico-terapeutici relativi ad alcune aree di particolare interesse, in aggiunta all'area oncologica e cardiologica, che prevedano la integrazione ospedale/territorio.	Attività e servizi delle reti ospedale hub and spoke comprese: la rete delle malattie rare e SHS (attività e servizi complementari al funzionamento dei centri trapianti di organi e/o tessuti non diversamente finanziati (solo AO)).	ospedale/territorio	138.689,70	138.689,70	138.689,70	138.689,70	138.689,70	138.689,70	696.689,70	138.689,70	277.379,40	1.964.897,00						
10. Tutela della maternità - percorso nascita - perinatalità	Programma 13 Reti assistenziali per intensità di cura Programma 13 Reti assistenziali per intensità di cura Programma 13 Reti assistenziali per intensità di cura 13.1. Individuazione dei presidi secondo il modello Hub & Spoke secondo la logica dell'intensità delle cure (es. rete trauma, oncologia, iclus, impianti, ecc.); relativa individuazione dei Centri di riferimento. P13.2. Definizione dei percorsi di cura, nonché dei percorsi diagnostico-terapeutici relativi ad alcune aree di particolare interesse, in aggiunta all'area oncologica e cardiologica, che prevedano la integrazione ospedale/territorio.	Attivazione processi di integrazione ospedale territorio (Dipartimento maternità-infanzia). Tutte le attività rese in funzione della realizzazione dei programmi. Prevedere percorsi integrati di assistenza a giovani donne affette da malattie oncologiche, malattie autoimmuni e malattie croniche invalidanti al fine di proteggere la fertilità e preservare la loro capacità riproduttiva. Attività delle reti multidisciplinari di specialisti e definizione dei percorsi appropriati di preservazione della fertilità. Attività dei centri di riferimento per macrocarie fetali. Attività e servizi complementari al funzionamento dei centri trapianti di organi e/o tessuti non diversamente finanziati (solo AO).	ospedale/territorio	715.664,10	291.230,30	315.610,30	208.559,90	672.223,35	464.993,27	433.299,26	392.296,52		3.483.817,00						
11. Tutela della fertilità e della funzione ovarica nelle giovani donne affette da neoplasia o malattie croniche degenerative mediante l'istituzione di biobanche del tessuto ovarico e cellule germinali	Programma 13 Reti assistenziali per intensità di cura 13.1. Individuazione dei presidi secondo il modello Hub & Spoke secondo la logica dell'intensità delle cure (es. rete trauma, oncologia, iclus, impianti, ecc.); relativa individuazione dei Centri di riferimento. P13.2. Definizione dei percorsi di cura, nonché dei percorsi diagnostico-terapeutici relativi ad alcune aree di particolare interesse, in aggiunta all'area oncologica e cardiologica, che prevedano la integrazione ospedale/territorio.	Tutte le attività rese in funzione della realizzazione dei programmi. Attività relative ai percorsi diagnostico-assistenziali per le presidi in carico globale delle donne affette da tali patologie, dei Centri di specializzati assistenziali e dei servizi territoriali interfacciali.	ospedale/territorio	151.550,36	151.550,36	151.550,36	151.550,36	151.550,36	353.617,50	151.550,35	151.550,35		1.414.470,00						
12. Implementazione di percorsi diagnostico-assistenziali e di supporto per migliorare la vita delle donne affette da malattie croniche invalidanti della sfera urogineale (endometriosi, infertilità, uterodinia, ciste ovariche)	Programma 13 Reti assistenziali per intensità di cura 13.1. Individuazione dei presidi secondo il modello Hub & Spoke secondo la logica dell'intensità delle cure (es. rete trauma, oncologia, iclus, impianti, ecc.); relativa individuazione dei Centri di riferimento. P13.2. Definizione dei percorsi di cura, nonché dei percorsi diagnostico-terapeutici relativi ad alcune aree di particolare interesse, in aggiunta all'area oncologica e cardiologica, che prevedano la integrazione ospedale/territorio.	Tutte le attività rese in funzione della realizzazione dei programmi. Attività relative ai percorsi diagnostico-assistenziali per le presidi in carico globale delle donne affette da tali patologie, dei Centri di specializzati assistenziali e dei servizi territoriali interfacciali.	ospedale/territorio	67.568,86	57.142,86	57.142,86	57.142,86	57.142,86	100.000,00	57.142,86	57.142,86		530.428,02						
13. Implementazione della rete nazionale dei centri territoriali per la prevenzione e la diagnosi precoce delle infezioni da HPV	PROGRAMMA 11 - SANITÀ PUBBLICA P11.1) Azioni coerenti con il Programma nazionale di Prevenzione	Valutazione delle coperture vaccinali per ciclo completo - promozione e ottimizzazione dell'offerta dei servizi vaccinali - potenziamento dei servizi dedicati	prevenzione	212.804,50	43.831,75	91.846,85	41.428,06	140.514,84					530.428,00						

ALLEGATO 2 - Tabelle di equivalenza e riparto somme assegnate alle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere
Obiettivi PSN 2015 - art.1 commi 34 e 34bis legge 662/96
Programma Operativo 2013-2015 (OCA n. 14 del 2 aprile 2015)

Linee progettuali	Programmi del Piano Operativo 2013-2015 cui si riferisce la linea progettuale	Attività/interventazioni svolte nelle Aziende	L.E.A.	AZIENDE SANITARIE PROVINCIALI						AZIENDE OSPEDALIERE						TOTALE finanziamento linee progettuali
				Cosenza	Crotone	Calanzano	Vibo Valentia	Reggio Calabria	Pugliese-Crotone Calanzano	Annunziata Cosenza	Bianchi-Molacrin-Morelli Reggio Calabria	Mater Domini				
14. Implementazione delle reti nazionali dei centri territoriali per la prevenzione primaria e la diagnosi precoce dei tumori dell'apparato genitale maschile	PROGRAMMA 11 – SANITÀ PUBBLICA P.1.1 Azioni coerenti con il Programma nazionale di Prevenzione	Implementazione di una rete territoriale per la prevenzione primaria e la diagnosi precoce dei tumori dell'apparato genitale maschile	prevenzione	212.804,50	43.831,75	91.846,85	41.428,06	140.514,84						530.428,00		
15. Definizione di modelli di assistenza ai bambini e adolescenti affetti da patologie croniche, disturbi del comportamento, disturbi dell'apprendimento e del linguaggio, da autismo, da disturbo del deficit da attenzione/iperattività (ADHD) e da psicosi affettive e non affettive (collaborazione di Centri di riferimento a valenza regionale ed interregionale e la realizzazione di reti assistenziali)	Programma 14 Riquilibrio ospedale-territorio P.1.1.3 Riquilibrare l'assistenza territoriale per pazienti psichiatrici- P.1.4.8.5.5 Implementazione dell'assistenza territoriale per Minori	Definizione di modelli di assistenza - Attività dei Centri di riferimento e della rete assistenziale per la presa in carico di bambini e adolescenti affetti da patologie croniche, disturbi del comportamento, dell'apprendimento e del linguaggio, da autismo, da disturbo del deficit da attenzione/iperattività (ADHD) e da psicosi affettive e non affettive dell'infanzia e dell'adolescenza	territorio	515.937,82	123.997,39	259.829,24	117.197,49	397.508,05						1.414.470,00		
16. Sviluppo di strumenti del governo clinico e della valutazione della qualità e della sicurezza delle prestazioni - Risk Management	PROGRAMMA 18 – SICUREZZA E RISCHIO CLINICO	- Implementare le attività del rischio clinico quale processo globale ed integrato alle richieste di maggiore sicurezza, di maggiore appropriatezza delle prestazioni sanitarie, di maggiore qualità. - Assicurare la sicurezza dei pazienti e degli operatori sanitari completando e attuando quelle misure che consentono di ridurre gli eventi avversi prevenibili e induribilmente i costi. - Favorire il ruolo e l'autonomia del Rischio Clinico come elemento procedurale di miglioramento continuo del processo assistenziale e della sicurezza, ricorrendo ad una gestione unitaria e uniforme gli aspetti di rischio inerenti la sicurezza e la gestione del contenuto medico-clinico aziendale. - Potenziare e rendere più operativa la rete Regionale per la Gestione del Rischio Clinico che unifica le organizzazioni delle singole Aziende determinando una omogenea diffusione delle iniziative, degli strumenti di prevenzione e della cultura sulla sicurezza.	ospedale	333.333,33	333.333,33	333.333,33	333.333,33	333.333,33	467.377,08	467.377,08	467.377,08	467.377,08		3.536.174,97		
17. Implementazione del "Codice Etico" nelle Aziende Sanitarie	Programma 14 Riquilibrio ospedale-territorio PROGRAMMA 18 – SICUREZZA E RISCHIO CLINICO	Adozione della "carta etica" quale strumento per garantire la coerenza tra valori individuali e condivisi e scelte professionali eticamente fondate, in linea con il Codice di comportamento con regole professionali concordate, per unità organizzativa coinvolta, nel rispetto dei diversi codici deontologici, delle Leggi e dei contratti, valorizzando la formazione e l'esperienza degli operatori al fine di attuare l'umanizzazione delle cure con conseguente aumento del gradimento da parte dei cittadini.	azienda	39.411,44	39.411,44	39.411,44	39.411,44	39.411,44	39.411,44	39.411,44	39.411,44	39.411,44		384.703,00		
18. Piano Nazionale Prevenzione	PROGRAMMA 11 – SANITÀ PUBBLICA P.1.1.1 Azioni coerenti con il Programma nazionale di Prevenzione P.1.1.2 Qualificazione dei programmi vaccinali e di screening con adeguamento agli standard nazionali. PROGRAMMA 12 – SANITÀ VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE	Implementazione attività tese ad ottimizzare: 1. la copertura vaccinale per vaccinazione anti-influenzale nell'anziano; 2. le attività di screening oncologico (mammiella, cervice uterina e colon-retto); 3. la sicurezza alimentare ed il controllo degli alimenti	prevenzione	3.095.627,29	743.984,45	1.558.975,62	703.185,05	2.385.048,60						8.486.821,00		



Regione Calabria
11/11/2012

Il Dirigente del Settore
[Signature]

ALLEGATO 2 - Tabella di equivalenza e riparto somme assegnate alle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere
Obiettivi PSN 2015 - art.1 commi 34 e 34bis legge 662/95
Programma Operativo 2013-2015 (DCA n. 14 del 2 aprile 2013)

Linee progettuali	Programmi del Piano Operativo 2013-2015 cui si riferisce la linea progettuale	Attività/interventazioni svolte nelle Aziende	L.E.A.	AZIENDE SANITARIE PROVINCIALI					AZIENDE OSPEDALIERE					TOTALE finanziamento linea progettuale
				Cosenza	Crotone	Calanzaro	Vibo Valentia	Reggio Calabria	Pugliese-Clechio Calanzaro	Anunziata Cosenza	Bianchi-Morelli Reggio Calabria	Mater Domini		
19. Superamento OPG e salute mentale	Programma 16 - Sanità penitenziaria P16.2) Disattivazione Ospedali Psichiatrici Giudiziari e individuazione dei percorsi di presa in carico dei relativi pazienti. Piano di organizzazione, riqualificazione ed implementazione dell'assistenza sanitaria ai pazienti con misure di sicurezza detentiva provenienti dagli Ospedali Psichiatrici Giudiziari e seguito della chiusura delle strutture e dei nuovi pazienti nelle medesime condizioni. Programma 14 Riequilibrio ospedale-territorio. P14.8.5.3) Riqualificazione dell'assistenza territoriale per pazienti psichiatrici	Superamento OPG : DPG-CA n. 99 del 9.7.2013 "Programma per la realizzazione di strutture sanitarie extraspedaliere per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, ai sensi della legge 17 febbraio 2012, n. 9, art.3 ter e s.m.i. - Salute mentale : Ricepire il "Piano di azioni nazionale per la salute mentale (PANSIM)" - promuovere l'implementazione in una prima fase anche a livello sperimentale e per singoli segmenti del Piano.	ospedale-territorio	1.031.875,64	247.994,79	519.658,48	234.394,99	795.016,11					2.828.940,00	
20. Sicurezza nei luoghi di lavoro	PROGRAMMA 11 - SANITA PUBBLICA P11.1) Azioni coerenti con il Programma nazionale di Prevenzione - P11.3) Prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro.	Piano regionale edilizia ed agricoltura - potenziamento dei controlli, dei sistemi di sorveglianza e dei sistemi di monitoraggio.	prevenzione	112.066,11	26.933,30	56.437,14	25.456,30	86.342,15					307.235,00	
TOTALI				14.887.205,19	8.339.619,60	7.928.547,60	4.341.989,65	11.697.276,30	2.171.262,33	2.452.634,03	1.853.631,28	1.118.140,01	51.790.174,99	



12/12/12

IL DIRETTORE DEL SERVIZIO
 Dott. Giuseppino...

REGIONE CALABRIA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CROTONE

Partita I.V.A. e Codice Fiscale 01997410798
Sede Legale: Via M. Nicoletta, Centro Direzionale "Il Granaio"

ASP Crotone

Magna Grecia

Protocollo nr.59841 del 05/08/2015 (INTERNO)



Al Direttore del Dipartimento
Area Assistenza Distrettuale
Dr.ssa Angela Caligiuri

Al Responsabile S.E.R.T.
Dr. Domenico Capria

Al Direttore del Dipartimento
Materno Infantile
Dr. Francesco Paravati

Al Direttore del Dipartimento
Medicina e Specialità Mediche
Dr.ssa Tullia Prantera

Al Direttore del C.S.M. di Crotone
Dr.ssa Elina Suffredini

Al Direttore del Dipartimento
di Prevenzione
Dr. Domenico Tedesco

SEDE

OGGETTO: Notifica atti deliberativi nn. 108-109-111-112-113-114

Si comunica che all'Albo Pretorio on line dell'Azienda sono state pubblicate le Delibere nn. 108 - 109 - 111 - 112 - 113 - 114, adottate dal Commissario Straordinario in data 04 Agosto 2015 aventi ad oggetto "DCA n. 67 del 29.06.2015 - "Programma Operativo 2013 - 2015. Programma 7 - Azione 7.2.2. - Obiettivi P.S.N. - Approvazione Linee Progettuali anno 2013 (Accordo Stato - Regioni 20 Febbraio 2014 rep. atti n. 13/CSR e Intesa Stato - Regioni del 20 Febbraio 2014 rep. atti n. 27/CSR) Linee Programmatiche 2014 - 2015" - Assegnazione Linee Progettuali dal n. 1 al n. 20".

Considerato che le Delibere di che trattasi constano di numerosi allegati, si invitano le SS.LL. in indirizzo a voler scaricare direttamente dal sito aziendale l'atto di Propria competenza.

La presente ha valore di notifica a tutti gli effetti di legge.

Il Direttore f.f. Ufficio
Affari Generali e Legali
Dr.ssa Anna Giordano

REGIONE CALABRIA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CROTONE

Partita I.V.A. e Codice Fiscale 01997410798
Sede Legale: Via M. Nicoletta, Centro Direzionale "Il Granaio"

ASP Crotone

Magna Grecia

Protocollo nr.59824 del 05/08/2015 (PARTENZA)



REGIONE CALABRIA

Dipartimento n. 13

"Tutela della Salute"

Struttura Commissariale

Ufficio BDE - Piano di Rientro

Via Buccarelli, 30

commissariotoadacta.tuteladellasalute@pec.regione.calabria.it

88100

CATANZARO

OGGETTO: Trasmissione atto deliberativo n. 108 del 04 Agosto 2015

Unitamente alla presente si trasmette copia dell' atto deliberativo n.108, adottato dal Commissario Straordinario il 04 Agosto 2015 avente ad oggetto "DCA n. 67 del 29.06.2015 - "Programma Operativo 2013 - 2015. Programma 7 - Azione 7.2.2. - Obiettivi P.S.N. - Approvazione Linee Progettuali anno 2013 (Accordo Stato - Regioni 20 Febbraio 2014 rep. atti n. 13/CSR e Intesa Stato - Regioni del 20 Febbraio 2014 rep. atti n. 27/CSR) Linee Programmatiche 2014 - 2015" - Assegnazione Linee Progettuali nn. 1, 2, 5, 6 e 7 al Dipartimento Area Coordinamento Distrettuale".

Il Direttore f.f. Ufficio
Affari Generali e Legali
Dr.ssa Anna Giordano

