



GIUNTA REGIONALE DEL LAZIO

.....

FSTRATTO DAL PROCESSO VERBALE DELLA SEDUTA DEL 30/10/2007

=====

ADDI' 30/10/2007 NELLA SEDE DELLA REGIONE LAZIO, VIA CRISTOFORO COLOMBO 212 ROMA, SI E' RIUNITA LA GIUNTA REGIONALE COSI' COMPOSTA:

MARRAZZO	Pietro	Presidente	FICHERA	Daniele	Assessore
POMPILI	Massimo	Vice Presidente	MANCINI	Claudio	"
ASTORRE	Bruno	Assessore	MICHELANGELO	Maric	"
BATTAGLIA	Augusto	"	NIERI	Luigi	"
COFFOTELLI	Anna Salome	"	RODANO	Giulia	"
COSTA	Silvia	"	TIBALDI	Alessandra	"
DALIA	Francesco	"	VALENTINI	Daniela	"
DE ANGELIS	Francesco	"	ZARATI	Filiberto	"
DI STEFANO	Marco	"			

ASSISTE IL SEGRETARIO: Domenico Antonio CUZZUPE

***** OMISSIS

ASSENTI: BATTAGLIA - DE ANGELIS - MICHELANGELO - RODANO - VALENTINI

DELIBERAZIONE N. 835

Oggetto:

Approvazione delle attività svolte nell'anno 2006, dalle Aziende sanitarie per i piani di prevenzione attiva approvati dalle DGR n.729 del 4 agosto 2005 e DGR n.1166 del 23 dicembre 2005, dei cronoprogrammi e della ripartizione delle risorse alle ASL per i piani Locali.



835 30 OTT. 2007 *ly*

OGGETTO: Approvazione delle attività svolte nell'anno 2006, dalle Aziende sanitarie per i piani di prevenzione attiva approvati dalle DGR n.729 del 4 agosto 2005 e DGR n. 1166 del 23 dicembre 2005, dei cronoprogrammi e della ripartizione delle risorse alle ASL per i piani locali.

LA GIUNTA REGIONALE

SU PROPOSTA dell'Assessore alla Sanità;

VISTO lo Statuto della Regione Lazio;

VISTA la legge costituzionale 18 ottobre 2001, n.3;

VISTA la legge regionale 18 febbraio 2002, n. 6 "Disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e disposizioni relative alla dirigenza ed al personale regionale" e successive modificazioni;

VISTO il Regolamento Regionale 6 settembre 2002, n. 1 "Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta" e successive modificazioni;

VISTO il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502 e successive modificazioni ed integrazioni, concernente il riordino della disciplina in materia sanitaria;

VISTO il Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007, che viene confermato al 2008, di cui all'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 che definisce gli interventi di prevenzione da sviluppare e le tematiche in esso contenute, ovvero:

- la prevenzione cardiovascolare suddivisa nelle seguenti iniziative:
 - diffusione della carta del rischio cardiovascolare a gruppi di soggetti;
 - prevenzione della obesità nelle donne in età fertile e nel bambino;
 - prevenzione attiva delle complicanze del diabete di tipo II nell'adulto e nel bambino, aumentando la compliance del paziente;
 - prevenzione delle recidive nei soggetti che hanno già avuto accidenti cardiovascolari, cosicché non si ripetano;
- gli screening :
 - dei tumori al seno;
 - del cancro della cervice uterina;
 - del cancro del colon- retto;
- la prevenzione degli incidenti:
 - stradali;
 - domestici;
 - sul lavoro;
- le vaccinazioni:
 - implementazione coperture vaccinali, attestabili attraverso l'anagrafe vaccinale;
 - implementazione dell'offerta vaccinale per i soggetti appartenenti alle categorie a maggior rischio;
 - miglioramento della qualità dei servizi e delle attività vaccinali;



835 30 OTT. 2007 lu

PRESO ATTO che sul Piano Nazionale della Prevenzione, che parte nel 2005, si concentrano risorse pari a 240 milioni di euro, che le Regioni hanno accettato di vincolare sulla quota del riparto CIPE destinata agli obiettivi specifici del Piano Sanitario Nazionale, ai sensi dell'art. 1, comma 34, della legge 27 dicembre 1992, n. 662, e che tale quota corrisponde al 25% della quota delle risorse spettante a ciascuna Regione per il raggiungimento degli obiettivi del piano, e che, inoltre, in aggiunta a tali risorse le Regioni impegnano risorse ulteriori per un ammontare di 200 milioni di euro, attingendo alla quota indistinta della delibera CIPE per ciascuno degli anni 2005, 2006 e 2007;

VISTO il Piano Nazionale Vaccini 2005-2007, pubblicato in Gazzetta Ufficiale (Suppl. Ordinario del 14 aprile 2005) che definisce il nuovo calendario delle vaccinazioni obbligatorie e raccomandate, introducendo nuovi vaccini, quali l'antivaricella, l'antimeningococco tipo C e l'antipneumococco, già segnalati nel Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 la sostituzione definitiva del vaccino antipolio orale vivo attenuato (OPV) tipo Sabin, con quello iniettivo inattivato (IPV) tipo Salk secondo un nuovo calendario;

VISTA la DGR 877/05 che approva il Piano Regionale vaccini;

VISTA la L. 138 del 26 maggio 2004 art. 2 bis che ribadisce la necessità di attuare i tre screening oncologici;

CONSIDERATO che il Ministero della Salute-CCM ai fini della certificazione degli adempimenti, ha richiesto alle Regioni i cronoprogrammi dei PPA 2005-2007, allegato 2 parte integrante del presente atto;

VISTE le delibere n. 729 del 4 agosto 2005 e n. 1166 del 23 dicembre 2005 che hanno approvato i piani di prevenzione attiva, elaborati secondo le linee operative e le scadenze fornite dal Ministero della Salute - CCM ;

VISTA la DGR 919 del 21 dicembre 2006 che istituisce la struttura regionale di interfaccia con il Centro regionale per il controllo delle malattie (CRCM), presso il Dipartimento di epidemiologia dell'ASL Roma E, per la quale sono state assegnate risorse con la nota DGPREV./I/6808/P/F.3a. dell' 8 marzo 2007;

VISTA la Determinazione D1166 del 30 marzo 2007 Presa d'atto della deliberazione del Direttore generale dell'ASL RME n.283 del 20 marzo 2007 "Presa d'atto DGR n.919 - Istituzione della UOC Centro Regionale Controllo Malattie -CRCM presso il Dipartimento di Epidemiologia . Modifica ed integrazione Atto aziendale A.S.L. RM/E - Rideterminazione Pianta Organica Dipartimento Epidemiologia. Integrazione della deliberazione n.760 del 4 agosto 2006"

PRESO ATTO che il Ministro della Salute attribuisce alle strutture regionali di interfaccia con il CCM le funzioni di:

- programmare le azioni nell'ambito dei singoli piani in modo condiviso e partecipato con i Dipartimenti di Prevenzione delle ASL, tenendo conto della programmazione regionale complessiva da un lato e degli obiettivi individuati nel PSN e nei piani di prevenzione attiva;
- articolare le suddette azioni in specifici cronoprogrammi, condivisi con le ASL;
- garantire il rispetto degli stessi, attraverso un costante monitoraggio delle diverse azioni, favorendo al massimo il superamento delle criticità che via via dovessero insorgere,
- valutare il raggiungimento dei diversi obiettivi specifici individuati in seno ai singoli progetti del Piano;



- produrre specifiche rendicontazioni al CCM secondo i tempi concordati;

CONSIDERATO che la funzione regionale di gestione dei flussi informativi sanitari è attribuita all'Agenzia Laziosanità- ASP di cui alla L.R. 1 settembre 1999 n.16, da ultimo modificata dall'art.135 della L.R. 28 aprile 2006, n.4 ;

VALUTATA la necessità di formare per i piani di prevenzione attiva (PPA) un tavolo tecnico regionale coordinato dalla Direzione Regionale e composto dall'ASP, dal Dipartimento di epidemiologia -CRCM della RME e dai referenti aziendali; e rispettivi tavoli tecnici per ogni singolo piano di prevenzione formati dal Dipartimento di Epidemiologia - CRCM, dai referenti per ogni piano delle aziende sanitarie locali e ospedaliere coordinati e attivati dall'ASP;

RICHIAMATA la nota n. 59944 del 18 maggio 2006 della Direzione Regionale TSSSR che precisa che i PPA di prevenzione attiva si finanziano anche con di quote dei finanziamenti aziendali vincolate alla realizzazione dei piani, e che poiché si tratta di prestazioni comprese tra i LEA i costi della prestazioni dei piani afferenti sono a carico del finanziamento ordinario della Aziende Sanitarie;

CONSIDERATO che in base all'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2004, la Regione Lazio ha assunto l'impegno di mettere a disposizione del Piano nazionale della prevenzione attiva, risorse pari a 21.692.966,00 Euro da vincolare per gli obiettivi di PSN, 18.077.471,00 Euro risorse da quota indistinta della delibera CIPE, per un totale di 39.770.437,00 Euro; e che tali risorse debbano essere ripartite tra le ASL sulla base della quota capitaria e dei singoli piani, come da tabella allegata, (all.3) che costituisce parte integrante del presente atto;

CONSIDERATO che in adempimento di quanto previsto dalla sopracitata Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, il 25% di tale importo corrispondente ad Euro 9.942.609,25 per 2007 sarà stanziato dalla Regione Lazio;

VALUTATO che la relazione sullo stato di avanzamento dei piani di prevenzione attiva al 31 dicembre 2006 (allegato 1), certificato dall'ASP, corrisponde a quanto previsto dalle DGR di approvazione dei piani, e che a seguito di alcune criticità emerse si è reso necessario modificare 2 cronoprogrammi dei singoli piani (allegato 2) e che sulla base dei piani è stata effettuata la attribuzione dei fondi potenziali alle ASL (allegato 3), che costituiscono parte integrante del presente atto;

VALUTATO altresì necessario che l'ASP e il Dipartimento di epidemiologia - CRCM della RME svolgano il ruolo di verifica delle attività delle ASL, relative ai PPA, attraverso parametri di valutazione e indicatori di processo, esito e risultato, secondo una precisa modalità di gestione (allegato 4) parte integrante del presente atto;

RITENUTO che il presente atto non è soggetto alla procedura di concertazione con le parti sociali

All'unanimità



835 30 OTT. 2007 *lu*

DELIBERA

Per le motivazioni indicate in premessa che si intendono integralmente recepite, di:

Approvare la relazione delle attività svolte dalle Aziende e certificata dall'Agenzia Laziosanità - ASP per l'anno 2006, nell'attuazione dei piani di prevenzione attiva (allegato 1) parte integrante del presente atto;

Approvare i cronoprogrammi, che si allegano (allegato 2) parte integrante del presente atto;

Approvare la ripartizione potenziale delle risorse tra le Aziende ed i singoli piani (allegato 3) parte integrante del presente atto;

Dare mandato alle ASL di coinvolgere, in base ad appositi accordi e convenzioni, le Aziende ospedaliere, presenti nel proprio territorio, nei PPA a livello locale;

Dare mandato ai DDGG delle AASSLL di nominare i referenti aziendali dei Piani di Prevenzione Attiva e dei singoli piani locali comunicandoli alla Direzione TSSSR, all'Agenzia Laziosanità-ASP e al Dipartimento di Epidemiologia - CRCM della ASL Roma E;

Dare mandato all'ASP e al Dipartimento di epidemiologia - CRCM della RME di verificare le attività delle ASL, relative ai PPA, attraverso parametri di valutazione e indicatori di processo, esito e risultato, secondo una precisa modalità di gestione (allegato 4) parte integrante del presente atto;

Dare mandato al Dipartimento di epidemiologia - CRCM e all'Agenzia Laziosanità-ASP, in base a quanto previsto dalla presente delibera, di coordinare i tavoli tecnici relativi ad ogni progetto di prevenzione attiva.



"RELAZIONE TOTALE
CCM 28_02 07.doc"



"CCM Budget
PNP.xls"



"CCM metodo
all.Delibera su piani c



"CCM PPA
cronoprogrammi.xls"

IL PRESIDENTE: F.to Pietro MARRAZZO
IL SEGRETARIO: F.to Domenico Antonio CUZZUPI

29 NOV. 2007





LAZIOSANITÀ - AGENZIA DI SANITÀ PUBBLICA



Regione Lazio

Allegato 1

ALLEG. alla DELIB. N. 835 *ly*
DEL 30 OTT. 2007

Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007
Relazione sullo stato di avanzamento al 31 dicembre 2006

REGIONE LAZIO



*Il presente allegato
è composto da
64 pagg*



Titolo del progetto

Definizione e sperimentazione di un profilo assistenziale per i soggetti con rischio cardiovascolare nella Regione Lazio

Referente

Antonio Pagano

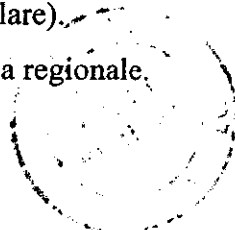
Relazione

1. Descrizione sintetica delle attività svolte e/o in corso di svolgimento
2. Specificazione delle attività non avviate o non completate entro le date di fine previste dal cronoprogramma e relative motivazione
3. Specificazione delle attività e/o traguardi eliminati o modificati rispetto a quelli indicati nel cronoprogramma iniziale e relative motivazione
4. Punti di forza e criticità nella realizzazione del piano

1. Descrizione sintetica delle attività svolte e/o in corso di svolgimento

Le attività svolte al 31 dicembre 2006 risultano le seguenti:

- a) Definizione gruppo di coordinamento e collaborazioni.
- b) Stesura del protocollo.
- c) Previsione dei costi.
- d) Elaborazione dei Piani Attuativi Aziendali (PAA).
- e) Valutazione dei PAA da parte di LazioSanità - Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio (ASP).
- f) Avvio parziale del processo di formazione (1 Azienda e finalizzato al solo uso della Carta del Rischio Cardiovascolare).
- g) Revisione del programma regionale.





LAZIOSANITA - AGENZIA DI SANITÀ PUBBLICA



Regione Lazio

La revisione del programma regionale si è resa necessaria alla luce delle seguenti criticità emerse nelle prima fase di attuazione del progetto:

- 1) il processo di riorganizzazione dell'ASP ha comportato una variazione della composizione del gruppo di lavoro che ha determinato una discontinuità nel processo di comunicazione tra gli attori coinvolti;
- 2) la mancata condivisione del programma con i MMG, le 5 Aziende Ospedaliere individuate nella versione originaria e le Aziende USL - ancor di più con queste ultime alla luce delle successive circolari regionali che hanno richiamato tutte le Aziende USL della Regione a partecipare ai piani di prevenzione attiva - ha comportato incertezza circa gli attori del processo e le indicazioni tecnico-organizzative necessarie per redigere i PAA, con conseguente notevole eterogeneità di quest'ultimi;
- 3) incertezza circa la possibilità di vincolare fondi sul progetto, almeno per il primo anno data l'eccezionale situazione di deficit del bilancio sanitario regionale.

Nella revisione del programma si è ritenuto fondamentale, prima di avviare la fase di realizzazione del nuovo modello assistenziale, procedere alla elaborazione di un protocollo operativo regionale condiviso con gli attori del progetto (Aziende USL / Ospedaliere, MMG, specialisti cardiologi) che garantisca al tempo stesso un forte indirizzo e coordinamento centrale (regione) e una flessibilità di implementazione a livello territoriale. Infatti sono chiamati a redigere il protocollo operativo oltre ai referenti regionali ed agli attori già identificati (MMG, ANMCO) anche i referenti delle Aziende USL ed Ospedaliere partecipanti.

In particolare, alla luce delle raccomandazioni regionali, il protocollo operativo intende riconoscere al Distretto sanitario il compito istituzionale di realizzare le attività di prevenzione primaria, integrando sinergicamente i diversi attori e strategie aziendali.

Il protocollo operativo avrà il compito di definire le caratteristiche tecnico-organizzative dei seguenti elementi chiave del progetto cui dovranno conformarsi i PAA:

- a) il profilo assistenziale del paziente con rischio cardiovascolare;
- b) il pacchetto formativo per i MMG relativo alla prevenzione primaria del paziente con rischio cardiovascolare;
- c) la formazione degli operatori sanitari coinvolti nel profilo assistenziale;



- d) il set di dati necessario per le attività di monitoraggio, controllo e valutazione di impatto;
- e) il sistema informativo;
- f) le modalità di valutazione di impatto.

2. Specificazione delle attività non avviate o non completate entro le date di fine previste dal cronoprogramma e relative motivazione

Per quanto descritto al punto precedente, non sono state avviate o completate alcune delle attività del progetto, di seguito elencate, previste per l'anno 2006. Infatti, l'avvio di tali attività dovrà essere preceduto dalla redazione del protocollo operativo regionale di cui al punto precedente.

- 1) Organizzazione:
 - a. la selezione dei MMG;
 - b. la presentazione del progetto ai MMG e ai centri partecipanti.
- 2) Preparazione degli strumenti di raccolta dati: definizione degli strumenti di raccolta dati e protocolli di attività integrata.
- 3) Realizzazione della rete informatizzata (collegamento MMG - specialisti):
 - a. definizione delle caratteristiche tecniche del prodotto informatizzato;
 - b. realizzazione ed implementazione del sistema gestionale-informativo.

3. Specificazione delle attività e/o traguardi eliminati o modificati rispetto a quelli indicati nel cronoprogramma iniziale e relative motivazione

Rispetto al progetto iniziale, è stata stralciata la sperimentazione di una gestione integrata MMG - specialista cardiologo del rischio cardiovascolare per i soggetti già colpiti da IMA (prevenzione secondaria) perché tale obiettivo rientra fra quelli già previsti nel progetto di prevenzione attiva sulle recidive cerebro-cardiovascolari.

La revisione del progetto inoltre ha assegnato alle Aziende USL e Ospedaliere partecipanti le attività di arruolamento e formazione dei MMG, originariamente affidate all'ASP. Tuttavia, come



LAZIOSANITA - AGENZIA DI SANITÀ PUBBLICA



Regione Lazio

già indicato al punto 1, il protocollo operativo regionale stabilirà i requisiti del pacchetto formativo al fine di garantire una omogeneità sul territorio regionale di contenuti e didattica della formazione e la loro stretta aderenza alle migliori evidenze scientifiche disponibili di efficienza ed efficacia. Pertanto non ha più senso prevedere lo svolgimento di un seminario/riunione centrale di presentazione del progetto ai MMG partecipanti quale evento finale della fase “Organizzazione”, come previsto dal cronoprogramma originario. Eventuali seminari/riunioni di presentazione con i MMG saranno organizzati dalle Aziende USL / Ospedaliere partecipanti secondo i tempi e le modalità stabilite dai rispettivi PAA.

La revisione del programma inoltre ha eliminato la scelta formulata nella versione originale di affidare all’ASP lo sviluppo di un sistema informativo ad hoc per il progetto, secondo il modello già in corso di sperimentazione per il programma di screening del colon retto, e ha demandato al protocollo operativo regionale, come già indicato al punto 1, la definizione delle caratteristiche tecniche del sistema - contenuto e formato dei dati, architettura del sistema, funzioni e specifiche del software, standard di protezione dei dati – e la scelta della soluzione realizzativa tecnicamente ed economicamente più efficiente. Infatti la società L.a.i.t S.p.A. (Lait) della Regione Lazio è ormai giunta a una fase avanzata di progettazione del sistema informativo della Medicina Generale e pertanto si intende verificare con tale società l’ipotesi che il sistema in progettazione possa gestire anche i flussi informativi dei MMG previsti da diversi piani regionali di prevenzione attiva. Se tale auspicabile opzione risultasse praticabile nei tempi previsti dal progetto di prevenzione in questione allora l’ipotesi di sistema informativo ad hoc, proposta nel progetto originario, risulterà superata.

Nella revisione del programma si è voluto comunque definire le funzioni principali cui il sistema informativo dovrà assolvere, che sono di seguito riportate:

- a. fornire alle Aziende USL / Ospedaliere di competenza nonché all’ASP i dati individuati dal protocollo operativo necessari a permettere il monitoraggio e la valutazione del progetto;
- b. permettere lo scambio di dati fra MMG e specialista cardiologo previsto dal profilo assistenziale individuato nel PAA.



Punti di forza e criticità nella realizzazione del piano

I punti di forza nella rimodulazione del piano:

- redazione di un protocollo operativo regionale in modo condiviso con tutti gli attori del sistema, cui dovranno conformarsi tutti i PAA;
- il progetto viene ricondotto nelle sedi istituzionali (aziende, distretti, etc) predisposte alle politiche di prevenzione primaria.

Le criticità nella rimodulazione del piano consistono:

- il monitoraggio del progetto ha evidenziato la estrema difficoltà da parte degli attori aziendali nel reperire nei bilanci aziendali i fondi nominalmente assegnati al progetto; la capacità di stabilire un efficace vincolo alla destinazione d'uso del finanziamento per gli anni 2006 e 2007 costituisce un requisito fondamentale per il successo del progetto;
- identificazione del sistema premiante per i diversi attori;
- governo e numerosità degli attori coinvolti;
- standardizzazione della formazione secondo contenuti e modalità didattiche di riconosciuta efficacia; in particolare, la letteratura evidenzia la difficoltà di individuare strategie di sicura efficacia nell'implementare nuove pratiche assistenziali nel setting della Medicina Generale;
- complessità di implementazione del sistema informativo e incertezza sulle soluzioni tecnologiche disponibili giacché per ora non esiste alcuna opzione già validata e le soluzioni che appaiono in grado di soddisfare meglio le necessità informative sono anche quelle a maggior contenuto sperimentale (ad es. il costituendo sistema informativo regionale della Medicina Generale);
- difficoltà di realizzare un disegno di studio che permetta una rigorosa valutazione di efficacia data la numerosità delle Aziende USL / Ospedaliere potenzialmente coinvolte e la varietà dei contesti in cui verosimilmente sarà sperimentato il nuovo modello assistenziale.



LAZIOSANITA - AGENZIA DI SANITÀ PUBBLICA



Regione Lazio

**Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007
Relazione sullo stato di avanzamento al 31 dicembre 2006**

Titolo del progetto: Gestione integrata del diabete per la prevenzione delle complicanze

Referente: dott.ssa Amina Pasquarella

Relazione

Nella regione Lazio sono in corso diverse attività volte alla qualificazione dell'assistenza alle persone con diabete. In tale ambito riveste un ruolo particolarmente importante il gruppo di lavoro regionale sul diabete, istituito nel dicembre 2005 dall'Assessorato alla Sanità con il compito di definire i livelli di assistenza per i pazienti diabetici. L'attività che il gruppo sta svolgendo costituisce la base per l'avvio dell'attività di riorganizzazione della rete di assistenza diabetologica nella Regione ed ha costituito la base per l'avvio del progetto Igea, relativamente a tre filoni di attività:

ricognizione dell'offerta: è stato predisposto un questionario finalizzato al censimento e alla caratterizzazione dei centri diabetologici sul territorio regionale. L'attività si è rivelata particolarmente impegnativa, sia relativamente alla raccolta dei dati che alle verifiche in merito all'accuratezza della compilazione e all'affidabilità dei dati. Ad oggi, sono disponibili i risultati preliminari ed è in via di predisposizione il rapporto conclusivo. Si fa presente che, nonostante i limiti di una indagine ad hoc basata su questionario autocompilato, i dati rilevati vanno a colmare un vuoto informativo significativo: le informazioni più recenti sulle strutture diabetologiche del Lazio sono infatti riportate nella DGR n. 11790/93 e riguardano solo le strutture ospedaliere pubbliche; anche indagini delle Società scientifiche diabetologiche, a livello nazionale, hanno sempre raggiunto risultati parziali. Il lavoro svolto ha fornito elementi utili per la individuazione dei centri diabetologici da inserire nella sperimentazione Igea.

analisi della domanda: si è predisposto un rapporto, relativo all'anno 2005, sull'assistenza ospedaliera, in regime di ricovero ordinario e in day hospital, erogata a soggetti con diabete. Le elaborazioni principali hanno riguardato: i ricoveri effettuati da soggetti diabetici nella Regione, con particolare riferimento a quelli per diabete mellito e patologie potenzialmente correlate;



l'andamento temporale degli stessi; la distribuzione delle dimissioni per tipologia di reparto; i tassi di ospedalizzazione grezzi e standardizzati per Asl di residenza; il volume di attività delle strutture ospedaliere in cui si sono registrate dimissioni per diabete mellito. Il lavoro svolto costituisce la base per la predisposizione di un rapporto più ampio che, a cadenza annuale, ricomprenda dati provenienti da tutti i sistemi informativi correnti e sia finalizzato ad una lettura complessiva delle informazioni disponibili sulla malattia, con particolare riferimento a: prevalenza, evoluzione, assistenza erogata, anche tenendo conto della dimensione dell'appropriatezza.

definizione dei profili di assistenza: si è proceduto ad una raccolta ed analisi di materiale riguardante linee guida e profili assistenziali relativi alla gestione clinico-organizzativa della persona con diabete. E' stato quindi predisposto un documento di orientamento metodologico di supporto alla definizione del profilo di assistenza per il soggetto diabetico, cui uno specifico sottogruppo ha cominciato a lavorare. Tale attività si avvarrà dell'aggiornamento delle linee guida AMD-SID-SIMMG, in corso di completamento (marzo 2007) da parte del CEVEAS e dell'ISS, adottate nell'ambito del progetto Igea.

Per quel che riguarda specificamente la parte operativa inerente la sperimentazione Igea, la Regione Lazio, nel giugno 2006, ha inviato alle ASL una circolare di indirizzo sulla predisposizione dei piani attuativi relativi alla prevenzione e, nel mese di luglio, si sono svolte riunioni tra Regione/ASP e Direzioni Sanitarie e di Dipartimenti di Prevenzione delle ASL.

Sono stati individuati i referenti per il progetto Igea nelle ASL regionali e sono stati acquisiti i relativi progetti aziendali. I piani operativi sono stati visionati e valutati in ordine alla coerenza con le linee di attività nazionali e il piano regionale deliberato.

E' stato costituito un gruppo di coordinamento ASP-Regione che ha avviato i collegamenti con le Direzioni aziendali e i referenti specifici di ASL e della Medicina generale. Sono state identificate le figure costituenti il Comitato Scientifico: rappresentanti di Laziosanità, della Regione, delle Associazioni dei pazienti, dei MMG, delle Società Scientifiche diabetologiche italiane, i referenti aziendali per il progetto, i responsabili dei CD. E' stata istituita un'attività centrale ASP-Regione relativa al budget per tutti i Piani regionali di Prevenzione; l'attività concerne quindi anche il progetto Igea, con definizione del budget per le singole ASL.

In attesa dell'acquisizione degli strumenti in via di predisposizione da parte del livello centrale (marzo 2007: le linee guida; giugno 2007: il pacchetto formativo), si è proceduto alla preparazione dell'incontro con i referenti aziendali, della Medicina generale e delle Società scientifiche che si



LAZIOSANITÀ - AGENZIA DI SANITÀ PUBBLICA



Regione Lazio

svolgerà nel mese di marzo 2007. Nel corso dell'incontro sarà condiviso il piano operativo, focalizzando in particolare sugli elementi cardine nello sviluppo della sperimentazione, le attività già in atto, gli strumenti a disposizione. Particolari criticità evidenziate nell'analisi dei singoli progetti aziendali potranno essere discusse in tale sede.

L'incontro è volto fondamentalmente a definire con le ASL partecipanti (sulla base della specifica delibera regionale) le fasi operative successive; si pensa di instaurare con le altre ASL, molte delle quali si sono già attivate per l'effettuazione della sperimentazione, un rapporto di guida/supporto, condividendo correntemente specifiche informative e strumenti. Ciò potrà facilitare, nella successiva implementazione del programma, l'entrata a pieno regime del modello organizzativo in tutte le ASL regionali.

A livello delle singole Asl sono intanto già stati identificati i centri diabetologici partecipanti e i MMG da coinvolgere e sono state indette specifiche riunioni preliminari all'avvio della sperimentazione da parte di gruppi operativi territoriali.

Si sta procedendo all'approfondimento relativamente ai sistemi informatici in uso nelle strutture diabetologiche delle ASL coinvolte nella sperimentazione, con riferimento ai requisiti del SI da utilizzare nella sperimentazione e alle possibili soluzioni operative per la messa in rete di CD-MMG.

La regione Lazio ha poi partecipato a un'indagine, promossa e condotta dall'ISS, sull'accettabilità del modello di gestione integrata della malattia e sui bisogni di informazione delle persone con diabete. Lo studio è stato realizzato tramite focus group su diversi gruppi sociali interessati al/dal diabete. I risultati forniranno dati utili per impostare la campagna di informazione nell'ambito della sperimentazione.

E' mantenuto costantemente il contatto con l'ISS in attesa del completamento dell'aggiornamento della Linea guida di riferimento/minimum data set e del pacchetto formativo di base, attraverso la partecipazione alle riunioni periodiche con i referenti regionali, coordinate dall'Istituto stesso. All'indomani dell'acquisizione degli strumenti suddetti, si procederà a: definire il percorso diagnostico-terapeutico a livello regionale con contestualizzazione a livello di ASL; formalizzare i relativi accordi; definire i dati necessari per il monitoraggio e gli strumenti per la loro raccolta; realizzare il sistema informatico; formare gli operatori.



Pianificazione d'interventi di sorveglianza e prevenzione delle recidive di accidenti cardiocerebrovascolari nel Lazio

Pianificazione d'interventi di sorveglianza e prevenzione delle recidive di incidenti cardiocerebrovascolari nel Lazio

Estremi e riferimenti dei referenti regionali

Lazio Sanità – ASP – Agenzia di Sanità Pubblica; dott.ssa Assunta De Luca.
E-mail: deluca@asplazio.it ; 06. 83060446; 333.2921916

Relazione

Descrizione sintetica delle attività svolte e/o in corso di svolgimento e se svolte nei tempi

Le attività previste entro la fine di dicembre 2006 sono state svolte al 100%.

In particolare, a partire da ottobre 2006 sono state svolte le seguenti attività:

1. Costituzione di un gruppo regionale per il coordinamento dell'intero progetto;
2. Costituzione di un sottogruppo tecnico che coordina le attività previste per la sorveglianza;
3. Costituzione di un sottogruppo tecnico che coordina le attività previste per l'attuazione degli interventi di prevenzione delle recidive;
4. Identificazione dei servizi e delle strutture che operano per favorire il controllo dei fattori di rischio modificabili e delle strutture ospedaliere che ricoverano pazienti con patologie cardio e cerebrovascolare. Sono state individuate 9 ASL (A, B, C, D, E, H, Rieti, Latina, Viterbo) e 1 AO (S.Filippo Neri). Tutte le ASL parteciperanno con il coinvolgimento di almeno un PS, almeno un reparto di cardiologia; almeno un reparto di medicina interna/neurologia, almeno un distretto o CAD.
5. Pianificazione delle attività per la sorveglianza e per gli interventi di prevenzione in base alle realtà organizzative delle singole aziende.
6. Presentazione dei progetti di PA locali di ciascuna ASL all'ASP e all'Assessorato.

Specificazione delle attività e/o traguardi eliminati o modificati rispetto a quelli indicati nel cronoprogramma iniziale e relative motivazioni



LAZIOSANITÀ - AGENZIA DI SANITÀ PUBBLICA



Regione Lazio

Metodologia

La metodologia degli interventi (sorveglianza e interventi di prevenzione) è sostanzialmente la stessa di quella prevista dal progetto regionale presentato al CCM. Alcune attività sono state adattate alle criticità organizzative riscontrate nelle Aziende partecipanti al progetto.

Di seguito è riportata la metodologia rimodulata.

1. Costituzione di un gruppo regionale per il coordinamento dell'intero progetto (ASP, Regione)

Interventi per la sorveglianza:

2. Costituzione di un sottogruppo tecnico che coordina le attività previste per la sorveglianza (ASP, regione, dip. Sc. Neurologiche Univ. "La Sapienza")
3. Potenziamento del registro per l'ictus acuto presente in tutti i PS della regione, attraverso l'aggiornamento professionale degli operatori sanitari dell'emergenza (ASP ed ASL ed aziende ospedaliere)
4. Implementazione di procedure di integrazione dei dati dei diversi sistemi informativi sanitari regionali (SIES, SIO, SIAS, SIAR, registro di mortalità, registro per l'ictus acuto) per ricostruire il percorso assistenziale del paziente con infarto miocardico o ictus (ASP)
5. Produzione di dati epidemiologici intermedi per la valutazione delle metodologie adottate (ASP)
6. Produzione di dati epidemiologici finali (ASP)
7. Implementazione di procedure di integrazione dei dati con il sistema informativo dei MMG e dei centri ospedalieri di prevenzione previsto nel progetto regionale del Piano di prevenzione 2005-2007 "Definizione e sperimentazione di un profilo assistenziale per i soggetti con rischio cardiovascolare nella regione Lazio" (ASP)
8. Valutazione, intermedia e finale, delle attività del progetto attraverso indicatori appositamente sviluppati (ASP)
9. Diffusione dei risultati (ASP, regione).

Gli interventi per la prevenzione:



10. Costituzione di un sottogruppo tecnico che coordina le attività previste per l'attuazione degli interventi (ASP, Regione, rappresentanti degli operatori sanitari, Società scientifiche, Associazioni dei pazienti)

11. Identificazione dei servizi e delle strutture che operano per favorire il controllo dei fattori di rischio modificabili e delle strutture ospedaliere che ricoverano pazienti con patologie cardio e cerebrovascolare (ASP, Aziende sanitarie)

12. Individuazione di un campione di strutture della regione per la sperimentazione degli interventi. Il campione sarà composto da strutture già provviste di servizi di riabilitazione/prevenzione dedicati all'assistenza di pazienti cardio e cerebrovascolari o strutture che abbiano pianificato un potenziamento dell'esistente in quest'ottica. Si prevede comunque il coinvolgimento di almeno 5 ASL (ASP).

13. Divulgazione presso le strutture ospedaliere identificate delle indicazioni sulle modalità di dimissione del paziente con infarto e con ictus, previa condivisione con gli altri attori del percorso assistenziale. Tali indicazioni riguardano la valutazione del rischio di recidive, valutato attraverso la carta del rischio cardiovascolare nel post-infarto dello studio GISSI-prevenzione¹⁶, la correzione dei fattori di rischio, la terapia farmacologia, la terapia riabilitativa, i controlli periodici da eseguire (ASP e strutture ospedaliere)

14. Attuazione del piano di formazione del personale sanitario ospedaliero e territoriale identificato per la prevenzione delle recidive di malattie cardio e cerebrovascolare, attraverso la formazione di "facilitatori" attenendosi a quanto previsto dal modello formativo proposto dall'ISS (ASP, ospedali, distretti, dip.prevenzione, ISS, Scuola di formazione MMG)

15. Definizione e sperimentazione di un sistema informativo informatizzato relativamente alla caratterizzazione e al percorso di cura degli assistiti, con centralizzazione dell'archivio dei dati presso l'ASP (ASP, ospedali, servizi territoriali)

16. Attuazione di interventi educativi per i pazienti con patologie cardio e cerebrovascolari sulla prevenzione delle recidive in alcune aree della regione, mediante iniziative specifiche o divulgazione con manifesti, opuscoli ecc. (ASP, ASL, Associazioni di pazienti)

17. Valutazione, intermedia e finale, degli interventi con indicatori appositamente sviluppati (ASP)



LAZIOSANITÀ - AGENZIA DI SANITÀ PUBBLICA



Regione Lazio

18. Presentazione dei risultati raggiunti (ASP, Regione)

19. Pianificazione di una proposta di diffusione degli interventi sperimentati su tutto il territorio regionale (ASP, Regione).

In sede del comitato di coordinamento sono stati definiti gli indicatori, modificati rispetto alla proposta riportata nel progetto regionale presentato al CCM. La seguente proposta di indicatori è scaturita da un'analisi delle possibili criticità organizzative delle singole realtà aziendali e quindi individuati al fine di rendere fattibile il monitoraggio delle attività previste dal progetto.

Definizione degli indicatori per il monitoraggio del progetto:

- N° riunioni del gruppo di coordinamento tecnico del progetto (almeno 1 al mese)

Sorveglianza

Indicatori di processo:

- N° riunioni del sottogruppo di lavoro (almeno 1 ogni 2 mesi)
- N° strutture di PS che aderiscono alla sorveglianza per ASL partecipante / totale strutture di PS di ciascuna ASL (almeno 1 PS per ASL)
- Corsi di formazione per la gestione dell'ictus acuto in PS (riconoscimento sintomi, terapia, uso della scala per l'identificazione del deficit neurologico NIH-SS) per ciascuna ASL (Indicare quantità e tipo di evento formativo, tipologia partecipante)
- Tabelle di sintesi delle procedure d'integrazione dei dati

Indicatori di esito:

- N° di report sui dati raccolti per patologie cerebrovascolare in PS e sulla relativa qualità per ciascuna struttura di PS (qualità buona dei dati - 60% primi sei mesi; successivamente 85%);
- Un documento tecnico sulle procedure adottate
- Un documento tecnico relativo ai risultati ottenuti
- Organizzazione di un evento pubblico per la presentazione dei risultati che descrivono il percorso assistenziale del paziente con ictus e con infarto



desunti dall'integrazione dei dati dei sistemi informativi (registro ictus di PS, SIES, SIO)

Prevenzione secondaria

Indicatori di processo:

- N° riunioni del sottogruppo di lavoro (almeno 1 ogni 2 mesi)
- N° strutture o servizi/reparti che aderiscono all'attuazione degli interventi per ASL / totale strutture o servizi/reparti individuati per ASL
- Eventi formativi per la prevenzione delle recidive cardio e cerebrovascolari per il personale sanitario per ciascuna ASL (Indicare quantità e tipo di evento formativo, tipologia partecipante)
- Un documento tecnico per la informatizzazione delle carte di prevenzione secondaria di ictus e di IMA (tracciato record, applicativo utilizzato, scarico dati)
- Un documento per il flusso informativo sviluppato ad hoc (ASL-ASP)

Indicatori di esito:

- N° di pazienti con patologia cardio e cerebrovascolare dimessi dall'ospedale con le indicazioni previste dal progetto/totale pazienti dimessi dall'ospedale (60% primi sei mesi; successivamente 85%);
- N° iniziative educative svolte per il paziente a rischio di un secondo evento di ictus o infarto (almeno 1 per ASL)
- Un documento tecnico sulla metodologia dell'implementazione degli interventi nelle singole ASL
- Un documento sui risultati della sperimentazione dell'uso delle carte di prevenzione delle recidive
- Un documento di proposta per la diffusione degli interventi in ambito regionale

Punti di forza e criticità nella realizzazione del piano



LAZIOSANITA - AGENZIA DI SANITÀ PUBBLICA



Regione Lazio

Criticità

La rimodulazione di alcune attività e di indicatori è scaturita da alcune criticità esistenti in molte realtà aziendali:

- per la sorveglianza, risulta difficile introdurre una nuova metodologia di approccio alla gestione dei pazienti con le patologie cerebro e cardiovascolari in PS (poco personale, elevato turn over del personale, non conoscenza degli strumenti utili alla identificazione del deficit neurologico con scale standardizzate), pertanto partire con poche strutture risulta più semplice seguire e motivare il personale;
- per gli interventi di prevenzione (carta della prevenzione per ictus e infarto) i reparti che ricoverano pazienti con ictus sono più difficili da coinvolgere in quanto non abituati a gestire il paziente in un ottica di prevenzione delle recidiv;, questo non avviene invece nei reparti di cardiologia che ricoverano pazienti con IMA. Pertanto risulta necessario sensibilizzare maggiormente i reparti che ricoverano ictus, questo è possibile solo coinvolgendo pochi reparti per permettere una adesione al progetto più ampia e un monitoraggio più attento degli interventi.

Punti di forza

Tutte le ASL (PS, reparti, territorio) hanno mostrato un vivo interesse al progetto presentato dalla regione, di base questo è già un punto di forza viste le grandi difficoltà finanziarie ed organizzative in cui versano.

Dall'analisi delle realtà locali è emerso che esistono già esperienze che vedono l'integrazione tra ospedale e territorio al centro per la gestione dei pazienti con infarto, ciò costituisce un buon punto di partenza per le attività previste dal progetto.



TITOLO: Interventi per la Prevenzione dell'Obesità

nella Regione Lazio

Il PPA contrasto all'obesità è articolato in due sottoprogetti (DGR 1166 del 23.12.05):

1. Prevenzione dell'obesità e del sovrappeso in età evolutiva nella Regione Lazio
Referente: Noemi Pavoni
2. Sorveglianza e prevenzione dell'obesità e del sovrappeso nella popolazione adulta della Regione Lazio

Referente: Esmeralda Castronuovo

1. DESCRIZIONE SINTETICA DELLE ATTIVITÀ SVOLTE E IN CORSO DI SVOLGIMENTO

Tra Luglio e Dicembre 2006 sono state svolte quattro riunioni, raccolti e valutati i piani operativi delle 12 ASL, definiti metodi e strumenti per l'indagine nelle scuole e iniziato ad elaborare gli ulteriori strumenti per le diverse linee di attività.

Di seguito si riporta la descrizione analitica delle attività svolte nel periodo considerato:

- Giugno/Luglio: definizione del protocollo operativo elaborato dall'ASP
- Luglio: riunione del 27.07.06 con i Referenti delle ASL: presentazione e discussione del protocollo operativo
- Luglio/Settembre: raccolta bibliografica (la raccolta documenti è periodicamente aggiornata)
- Ottobre: riunione (19.10.06) con i Referenti delle ASL: si è discusso degli strumenti da acquisire a livello regionale per l'avvio del progetto e dei vincoli e criticità presenti nelle diverse ASL. E' stato sollecitato l'invio dei singoli piani attuativi.
- Ottobre/Novembre: l'ASP ha raccolto e valutato i piani delle 12 ASL; costituito un gruppo di lavoro tecnico scientifico e stimato il campione minimo di bambini di età 8-9 anni- (terza elementare) che ogni ASL deve valutare per avere una stima attendibile del sovrappeso e obesità. Il numero di bambini da arruolare è stato inviato alle ASL e successivamente discusso.



LAZIOSANITÀ - AGENZIA DI SANITÀ PUBBLICA



Regione Lazio

- Novembre: Attivazione delle collaborazioni con enti e istituzioni attraverso la costituzione di un gruppo tecnico scientifico, rappresentante diversi enti e istituzioni (IUSM, INRAN, Istituto d'Igiene, professionisti del settore). Nel primo incontro, svoltosi il 13.11.06, si è discusso della necessità di un intervento di sorveglianza e prevenzione uniforme su tutto il territorio regionale e delle modalità per l'individuazione di un setting omogeneo di metodi e strumenti.
- Novembre: riunione (22.11.06) con i Referenti delle ASL: sono stati discussi i piani operativi presentati e i contenuti emersi dalla riunione con il gruppo tecnico scientifico. Per ogni linea di attività dei due sottoprogetti si sono concordati e definiti metodi e tempi per l'avvio della fase esecutiva.



Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007

Relazione sullo stato di avanzamento al 31 dicembre 2006

SCREENING

Titolo del progetto: Consolidamento dei programmi di screening mammografico mediante la messa a punto di un sistema gestionale web, la messa a disposizione gratuita per le ASL con squilibri organizzativi ed il recupero dei dati delle ASL

Referente: dott.ssa Alessandra Barca

Descrizione sintetica delle attività svolte e/o in corso di svolgimento:

A seguito della DGR 4236/97 che istituiva i programmi di screening del cancro della mammella e delle cervice uterina, ogni ASL ha provveduto alla individuazione e, alcune volte alla realizzazione in proprio, di un software gestionale. Ogni software deve garantire al programma di screening la gestione di tutte le fasi del percorso e di rispondere al debito informativo nei confronti dell'ASP attraverso un flusso di dati trimestrali per alimentare gli archivi di record individuali contenenti le informazioni relative al percorso delle donne coinvolte dallo screening. La forte disomogeneità dei prodotti informatici ha creato enormi difficoltà sia alle ASL, non sempre in grado utilizzare software molto spesso non accreditati, sia all'ASP poiché non in grado di effettuare una valutazione puntuale delle attività dei programmi per mancanza di informazioni. Per superare tali difficoltà si è pensato di sviluppare un software di gestione in grado di centralizzare alcune funzioni e avere un database unico, aggiornato in tempo reale da tutti gli operatori del sistema.

Secondo quanto previsto dalla prima fase del cronoprogramma, si è proceduto anzitutto ad effettuare un'analisi delle criticità del flusso di dati, basati sul tracciato record standard, che, con periodicità trimestrale, le ASL sono obbligate ad inviare all'ASP.



LAZIOSANITÀ - AGENZIA DI SANITÀ PUBBLICA



Regione Lazio

E' stata condotta un'indagine fra le singole ASL coinvolte, sui diversi software utilizzati. Sono emersi sette gestionali creati e aggiornati da altrettante figure di produzione applicativi (che comprendono case di produzione esterne e sviluppatori interni).

Ciascuna figura ha interpretato in modo leggermente diverso dalle altre le specifiche tecniche inerenti il tracciato record dei dati, creando così dei continui ed onerosi contrattempi nella regolare gestione delle informazioni ricevute.

Inoltre, l'esistenza di un tracciato record prestabilito ha sfavorito possibili miglioramenti, perché ogni modifica avrebbe richiesto nuovo lavoro da parte di tutti gli sviluppatori e, nel caso delle ditte esterne, nuove risorse finanziarie.

Come strumenti di transizione verso il sistema centralizzato sono stati adottati due software applicativi: uno sviluppato in collaborazione con una casa di produzione esterna e un altro prodotto internamente.

Il primo consente di lanciare interrogazioni preimpostate sulla banca dati di uno dei gestionali screening, mostrando a video i risultati in tempo reale. E' stato sperimentato con successo presso una ASL, permettendo così di conoscere le informazioni necessarie all'ASP senza attendere l'invio trimestrale dei dati.

Il secondo realizza il trasbordo dei dati presenti nel tracciato record verso la banca dati di *S.Q.T.M.*, la scheda computerizzata relativa al III livello, evitando così agli operatori di dover reinserire alcune informazioni già presenti nella banca dati del proprio gestionale, in particolare i dati anagrafici e le informazioni relative al percorso di screening.

Sulla base dell'esperienza acquisita dalla ASP Laziosanità attraverso lo sviluppo di un gestionale web per lo screening del cancro del colon retto si sta procedendo ad una analisi sia del software che delle modalità di connessione per migliorarne le sue potenzialità e procedere allo sviluppo di moduli integrativi.



Alla luce di quanto rilevato è stata avviata la fase di definizione degli elementi distintivi del nuovo sistema informativo centralizzato che, messo a disposizione delle ASL, permetterà di superare le inefficienze attuali.

Allo scopo di predisporre l'architettura software per un'eventuale e futura inclusione di ulteriori programmi di screening, è stato pensato di adottare un sistema a più moduli:

- un modulo principale, per la gestione comune dell'anagrafica, del sistema degli inviti, la refertazione;
- più moduli aggiuntivi, ciascuno dedicato a uno specifico programma di screening, per la gestione del 1° e del 2° livello.

Sono attualmente in fase di discussione con l'Area Informatica dell'ASP le specifiche tecniche del suddetto sistema; al momento le soluzioni proposte sono:

- Architettura web esistente prodotta da Eurosoft per la gestione dello screening del cancro del colon retto; in questo caso verrebbero mantenuti i moduli esistenti integrandoli con il nuovo modulo aggiuntivo dello screening mammografico;
- Architettura client/server, dove la banca dati risiede sul server centrale, mentre l'applicativo è un software tradizionale che interroga il server tramite connessioni Internet. La gestione degli aggiornamenti e della manutenzione viene effettuata centralmente, facendo sì che l'applicativo ASL si aggiorni automaticamente tramite la Rete;
- Architettura web ex-novo per lo screening mammografico da affiancare all'architettura web esistente per la gestione dello screening del cancro del colon retto.



LAZIOSANITÀ - AGENZIA DI SANITÀ PUBBLICA

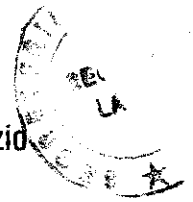


Regione Lazio

Specificazione delle attività non avviate o non completate entro le date di fine previste dal cronoprogramma e relative motivazioni:

A causa del ritardo nell'erogazione dei fondi previsti (erogati dalla Regione Lazio all'ASP in data dicembre 2006) tutte le attività risultano ritardate rispetto alla scadenza del cronoprogramma. In particolare:

- Perfezionamento commessa del software gestionale dello screening della mammella mediante l'integrazione di nuovi moduli informatici, Realizzazione dei moduli web → è stata avviata l'analisi delle criticità del modulo web CCR terminata la quale si procederà alla realizzazione dei restanti moduli.
- Stipula accordi ASL → è stata effettuata una stipula con la Roma B nell'ambito dello sviluppo degli strumenti di transizione verso il sistema centralizzato per accedere ai database dell'azienda
- Formazione del personale coinvolto → la formazione è stata fatta per il solo CCR nei confronti degli operatori coinvolti; verrà completata per i restanti operatori dopo la realizzazione del modulo web per lo screening mammografico
- Offerta ASL del prodotto realizzato e recupero dei dati delle ASL già immagazzinati nei rispettivi software gestionali e adattamento al nuovo software → Si è provveduto ad una analisi degli archivi per individuare la qualità ed il disallineamento dei dati; inoltre è stata sviluppata una procedura che sta permettendo il recupero dei dati (ad oggi terminato per 3 ASL); questa ha ottimizzato la qualità complessiva degli archivi, ora si è in attesa della realizzazione del modulo web per lo screening mammografico per completare l'adattamento dei dati al nuovo software.



Specificazione delle attività e/o traguardi eliminati o modificati rispetto a quelli indicati nel cronoprogramma iniziale e relative motivazioni:

Si chiede la rimodulazione dei tempi previsti piuttosto che delle attività da svolgere.

Punti di forza e criticità nella realizzazione del piano:

Il progetto è realizzabile e permetterà di uniformare la situazione disomogenea dovuta alle diverse tipologie di software in uso presso le aziende.

Provvederà a recuperare tutte le informazioni che non sono state mai inviate per problemi di estrazione dai gestionali aziendali e quindi completare gli archivi che risiedono all'ASP permettendo di effettuare valutazioni più appropriate e puntuali.

Il sistema permetterà agli operatori di inserire le informazioni relative al percorso delle donne coinvolte attraverso una maschera di inserimento che arricchirà in tempo reale un unico database centralizzato.

E' in studio la possibilità di integrare il sistema informativo degli screening con altri sistemi informativi che risiedono all'ASP (Sistema Informativo Ospedaliero, Sistema Assistenza Specialistica)



Titolo del progetto: Consolidamento dei programmi di screening citologico mediante la messa a punto di un sistema gestionale web, la messa a disposizione gratuita per le ASL con squilibri organizzativi ed il recupero dei dati delle ASL

Referente: dott.sa Alessandra Barca

Descrizione sintetica delle attività svolte e/o in corso di svolgimento:

A seguito della DGR 4236/97 che istituiva i programmi di screening del cancro della mammella e delle cervice uterina, ogni ASL ha provveduto alla individuazione e alcune volte, alla realizzazione in proprio, di un software gestionale. Ogni software deve garantire al programma di screening la gestione di tutte le fasi del percorso e di rispondere al debito informativo nei confronti dell'ASP attraverso un flusso di dati trimestrali per alimentare gli archivi di record individuali contenenti le informazioni relative al percorso delle donne coinvolte dallo screening. La forte disomogeneità dei prodotti informatici ha creato enormi difficoltà sia alle ASL, non sempre in grado utilizzare software molto spesso non accreditati, sia all'ASP poiché non in grado di effettuare una valutazione puntuale delle attività dei programmi per mancanza di informazioni. Per superare tali difficoltà si è pensato di sviluppare un software di gestione in grado di centralizzare alcune funzioni e avere un database unico, aggiornato in tempo reale da tutti gli operatori del sistema.

Secondo quanto previsto dalla prima fase del cronoprogramma, si è proceduto anzitutto ad effettuare un'analisi delle criticità del flusso di dati, basati sul tracciato record standard, che, con periodicità trimestrale, le ASL sono obbligate ad inviare all'ASP.

E' stata condotta un'indagine fra le singole ASL coinvolte sui diversi software utilizzati. Sono emersi sette gestionali creati e aggiornati da altrettante figure di produzione applicativi (che comprendono case di produzione esterne e sviluppatori interni). Ciascuna figura ha interpretato in modo leggermente diverso dalle altre le specifiche tecniche inerenti il tracciato record dei



dati, creando così dei continui ed onerosi contrattamenti nella regolare gestione delle informazioni ricevute.

Inoltre, l'esistenza di un tracciato record prestabilito ha sfavorito possibili miglioramenti, perché ogni modifica avrebbe richiesto nuovo lavoro da parte di tutti gli sviluppatori e, nel caso delle ditte esterne, nuove risorse finanziarie.

Sulla base dell'esperienza acquisita dalla ASP Laziosanità attraverso lo sviluppo di un gestionale web per lo screening del cancro del colon retto si sta procedendo ad una analisi sia del software che delle modalità di connessione per migliorarne le sue potenzialità e procedere allo sviluppo di moduli integrativi.

Alla luce di quanto rilevato è stata avviata la fase di definizione degli elementi distintivi del nuovo sistema informativo centralizzato che, messo a disposizione delle ASL, permetterà di superare le inefficienze attuali.

Allo scopo di predisporre l'architettura software per un'eventuale e futura inclusione di ulteriori programmi di screening, è stato pensato di adottare un sistema a più moduli:

- un modulo principale, per la gestione comune dell'anagrafica, del sistema degli inviti, la refertazione;
- più moduli aggiuntivi, ciascuno dedicato a uno specifico programma di screening, per la gestione del 1° e del 2° livello.

Sono attualmente in fase di discussione con l'Area Informatica dell'ASP le specifiche tecniche del suddetto sistema; al momento le soluzioni proposte sono:

- Architettura web esistente prodotta da una ditta esterna per la gestione dello screening del cancro del colon retto; in questo caso verrebbero mantenuti i moduli esistenti integrandoli con il nuovo modulo aggiuntivo dello screening citologico;
- Architettura client/server, dove la banca dati risiede sul server centrale, mentre l'applicativo è un software tradizionale che interroga il server tramite connessioni Internet. La gestione degli aggiornamenti e della manutenzione viene effettuata



centralmente, facendo sì che l'applicativo ASL si aggiorni automaticamente tramite la Rete;

- Architettura web ex-novo per lo screening citologico da affiancare all'architettura web esistente per la gestione dello screening del cancro del colon retto.

Specificazione delle attività non avviate o non completate entro le date di fine previste dal cronoprogramma e relative motivazioni:

A causa del ritardo nell'erogazione dei fondi previsti (erogati dalla Regione Lazio all'ASP in data dicembre 2006) tutte le attività risultano ritardate rispetto alla scadenza del cronoprogramma. In particolare:

- Perfezionamento commessa del software gestionale dello screening della mammella mediante l'integrazione di nuovi moduli informatici, Realizzazione dei moduli web → è stata avviata l'analisi delle criticità del modulo web CCR terminata la quale si procederà alla realizzazione dei restanti moduli.
- Stipula accordi ASL → è stata effettuata una stipula con una ASL romana nell'ambito dello sviluppo degli strumenti di transizione verso il sistema centralizzato per accedere ai database dell'azienda
- Formazione del personale coinvolto → la formazione è stata fatta per il solo CCR nei confronti degli operatori coinvolti; verrà completata per i restanti operatori dopo la realizzazione del modulo web per lo screening citologico
- Offerta ASL del prodotto realizzato e recupero dei dati delle ASL già immagazzinati nei rispettivi software gestionali e adattamento al nuovo software → Si è provveduto ad una analisi degli archivi per individuare la qualità ed il disallineamento dei dati; inoltre è stata sviluppata una procedura che sta permettendo il recupero dei dati (ad oggi terminato per 3 ASL); questa ha ottimizzato la qualità complessiva degli archivi, ora si è in attesa della realizzazione del modulo web per lo screening citologico per completare l'adattamento dei dati al nuovo software.



Specificazione delle attività e/o traguardi eliminati o modificati rispetto a quelli indicati nel cronoprogramma iniziale e relative motivazioni:

Si chiede la rimodulazione dei tempi previsti piuttosto che delle attività da svolgere.

Punti di forza e criticità nella realizzazione del piano:

Il progetto è realizzabile e permetterà di uniformare la situazione disomogenea dovuta alle diverse tipologie di software in uso presso le aziende.

Provvederà a recuperare tutte le informazioni che non sono state mai inviate per problemi di estrazione dai gestionali aziendali e quindi completare gli archivi che risiedono all'ASP permettendo di effettuare valutazioni più appropriate e puntuali.

Il sistema permetterà agli operatori di inserire le informazioni relative al percorso delle donne coinvolte attraverso una maschera di inserimento che arricchirà in tempo reale un unico database centralizzato.

E' in studio la possibilità di integrare il sistema informativo degli screening con altri sistemi informativi che risiedono all'ASP (Sistema Informativo Ospedaliero, Sistema Assistenza Specialistica).



LAZIOSANITÀ - AGENZIA DI SANITÀ PUBBLICA



Regione Lazio

Titolo del progetto: Consolidamento e riequilibrio dei programmi di screening mediante un programma di formazione / sensibilizzazione dei professionisti e della società civile (formazione dei formatori MMG, retraining degli specialisti, empowerment e partnership con le associazioni)

Referente: dott.sa Alessandra Barca

Descrizione sintetica delle attività svolte e/o in corso di svolgimento:

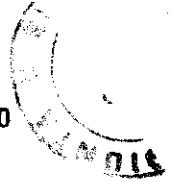
Sottoprogetto "Empowerment e partnership con le associazioni":

E' stata attivata una collaborazione con il CEREF - Centro Ricerca e Formazione di Padova con il quale sono state sviluppate le fasi di:

- Analisi bibliografica e ricognizione delle esperienze svolte a livello locale.
- Identificazione delle fasi del profilo assistenziale complesso che implicano l'empowerment dei vari stakeholder, ed in particolare delle associazioni.
- Individuazione delle variabili personali e di comunità/contesto che incidono sull'“empowerment” relativamente alle varie fasi ed ai vari stakeholder.
- Identificazioni delle implicazioni della comunicazione.
- Identificazione delle caratteristiche dei processi di comunicazione da considerare/utilizzare rispetto ai contenuti ed alle finalità comunicative per i diversi stakeholder.
- Identificazione di metodologie e dei relativi strumenti.
- Costruzione di una griglia di finalità, impatto, vantaggi e svantaggi dei diversi metodi e strumenti.

A seguito della fase analitica del Progetto, sono stati prodotti alcuni strumenti da mettere a disposizione dei professionisti al fine di promuovere l'empowerment e la partnership con le associazioni.

- Carta dei Rapporti tra gli stakeholders (Istituzioni sanitarie, Organizzazioni di rappresentanza dei cittadini, Associazioni di volontariato, Cittadini fruitori dei servizi sanitari)



- Indagine presso i Coordinatori dei programmi di screening sulle attività svolte ed i programmi in atto rispetto all'empowerment
- Questionario per l'indagine presso le Associazioni
- Questionario per gli utenti
- Questionario per gli operatori
- Glossario

Sottoprogetto "Formazione di animatori di formazione (formatori) dei MMG".

Sono state realizzate tutte le fasi del sottoprogetto:

1. è stato costituito un board scientifico, in collaborazione con la Scuola di formazione FIMMG, per la programmazione degli interventi formativi degli Animatori di formazione;
2. è stato strutturato il Piano di formazione finalizzato principalmente a fornire ai discenti gli strumenti culturali relativi ai Programmi di Screening, utili a costituire il background formativo necessario per la formazione dei MMG sul territorio del Lazio.

I contenuti del corso: conoscere i principi, gli obiettivi, gli aspetti organizzativi di un PS; il PS Mammografico nella Regione Lazio; il PS Citologico nella Regione Lazio; il PS Cancro del Colon-Retto nella Regione Lazio; la definizione del ruolo del MMG all'interno della organizzazione di un PS; aspetti psicologici di un PS e la comunicazione al paziente.

3. è stato realizzato un corso di formazione in tre edizioni, che ha permesso la formazione di 73 Animatori.

Sottoprogetto "Retraining dei professionisti":

L'ASP, in funzione di coordinamento dei programmi di screening della Regione Lazio, ha stipulato un accordo con la Società Italiana di Endoscopia Digestiva, il St. Mark's Hospital di Londra e con l'Università Cattolica del Sacro Cuore, per la realizzazione di un corso di formazione di training-retraining di equipe endoscopiche specifico per gli operatori impegnati nel programma di screening del Cancro del Colon Retto ritenendo strategica l'attuazione di un curriculum formativo di alto livello che concorra a garantire la massima qualità professionale, l'integrazione tra le professionalità coinvolte, la sicurezza dei soggetti destinatari e degli operatori.



Sono state realizzate due edizioni del corso della durata di due giorni: a ciascuna edizione hanno partecipato 10 equipe composte da un endoscopista ed un tecnico/infermiere appartenenti ad un medesimo centro di endoscopia.

Il corso è stato preceduto dalla prima fase di una Survey delle performances colonscopiche:

Il primo giorno di autoassessment si è svolto con il seguente programma: Letture (Principi e metodi dei programmi di screening; Tecniche per l'esecuzione delle colonscopie; Tecniche di sedazione; Workshop sul follow-up e sulla sorveglianza: stato di adesione alle linee-guida); esecuzione didattica di colonscopia e discussione tra pari; prove pratiche su modelli animali-organi isolati con supervisore.

Il secondo giorno è stato dedicato all'effettuazione da parte di ciascuna delle equipe partecipanti, di sedute endoscopiche ambulatoriali diagnostico-terapeutiche con la supervisione esterna degli altri partecipanti e dei docenti. Ad ogni seduta è seguita la valutazione critica del caso. Nel corso della giornata Letture brevi su: Principi e metodi dei programmi di screening; Tecniche per l'esecuzione delle colonscopie. Workshop sulle tecniche (pulizia, sedazione, endoscopia, polipectomia). E' stato somministrato un Questionario per infermieri di endoscopia su sedazione e preparazione.

Più in generale gli argomenti affrontati sono stati i seguenti: dolore al pz e sospensione esame / disponibilità anestesista; trattamento Polipi (fino a 10 mm / semplici: asportare con ansa a freddo / più grandi: day hospital con esami sangue ed ECG); le complicanze: sorveglianza post-polipectomia / (in)utilità DH; sorveglianza complicanze e fattore distanza pz - ospedale in provincia; trattamento soggetti che fanno uso di anticoagulanti (sospenderli altrimenti non si può fare polipectomia); possibilità studio sulla polipectomia ambulatoriale con dati delle complicanze; intervallo analisi sangue / colonscopia; raccolta anamnesi: uso anticoagulanti, cardiopatico, ecc.; comunicare o meno le LG da seguire al pz; incontri con gli oncologi per concordare la sorveglianza; ruolo dell'infermiere, rapporto medico infermiere; programma di risk management.

Nel mese successivo il corso, è stata completata la Survey delle performances colonscopiche con la raccolta dei dati relativi a 15 colonscopie consecutive eseguite dai medici endoscopisti che hanno partecipato al corso. E' stato poi somministrato, a distanza di 3 mesi dal corso, un questionario di autovalutazione dell'impatto del corso con lo scopo di raccogliere la valutazione soggettiva sull'impatto del corso.



Specificazione delle attività non avviate o non completate entro le date di fine previste dal cronoprogramma e relative motivazioni:

Nessuna

Specificazione delle attività e/o traguardi eliminati o modificati rispetto a quelli indicati nel cronoprogramma iniziale e relative motivazioni:

Piano di formazione

Per l'anno 2007 si prevede la realizzazione di una nuova serie di Corsi di Aggiornamento, destinati al personale coinvolto nei PS e dedicato all'approfondimento di tematiche cliniche inerenti l'attività di screening. Tale programma si propone il perseguimento degli obiettivi formativi di cui alla DG.R. 2039 del 2001 di assicurazione del conseguimento e il mantenimento di un'adeguata capacità tecnica specifica e di garantire il miglioramento continuo di qualità delle prestazioni prodotte dal PS.

1. corso sui cancri intervallo
2. recepimento del sistema Bethesda 2001
3. Seminario sull' introduzione al test HPV

Progetto di comunicazione e sensibilizzazione

Con l'obiettivo di incrementare l'estensione d'invito ai PS mammografico e citologico, di sensibilizzare gli operatori verso l'importanza dei programmi organizzati, e di favorire un processo di fidelizzazione delle donne ed un accesso consapevole ed informato al PS, è stata attivata una collaborazione tra l'ASP ed alcune associazioni che si occupano di tutela delle donne, in particolare la Casa Internazionale delle Donne che raccoglie nel direttivo numerose associazioni che si occupano della tutela, assistenza ed aiuto della donna. Sono state inoltre contattate le rappresentanze sindacali per la realizzazione di progetti volti al raggiungimento delle donne nei luoghi di lavoro e per l'attivazione di campagne di sensibilizzazione rivolte ai cittadini.

Verranno costituiti gruppi di lavoro che definiranno strategie di sensibilizzazione e comunicazione.



LAZIOSANITÀ - AGENZIA DI SANITÀ PUBBLICA



Regione Lazio

Punti di forza e criticità nella realizzazione del piano:

Importanza degli obiettivi formativi in funzione del miglioramento della qualità dei PS, e conseguente buona risposta da parte degli operatori chiamati a partecipare.

Un punto di criticità per la realizzazione dei progetti, è determinata dalla disponibilità di fondi insufficienti che determina la necessità di ricorrere alle risorse interne, con grave pregiudizio per la realizzazione di tutte le attività programmate.



Titolo del progetto: Correzione degli squilibri territoriali mediante attuazione di un sistema centralizzato di lettura del pap-test.

Referente: dott.ssa Alessandra Barca

Descrizione sintetica delle attività svolte e/o in corso di svolgimento:

La mancata ottimizzazione delle risorse impiegate per la lettura del pap-test di screening ha contribuito a ostacolare l'incremento dei volumi di attività derivanti dalla copertura totale della popolazione target. Coerentemente con gli obiettivi del piano per il miglioramento dei programmi di screening del cancro della cervice uterina e al fine di razionalizzare le attività di lettura è stato studiato un progetto che prevede l'invio dei prelievi citologici da parte di più centri di screening presso un numero di laboratori regionali limitato.

Mediante un'analisi del fabbisogno di attrezzature necessarie a supportare un ipotetico carico di lavoro, è stato possibile identificare il numero di centri utile ad assorbire tutte le letture di screening assicurando al tempo stesso la massima qualità della lettura del preparato citologico.

Per l'analisi sono state formulate diverse considerazioni:

- identificazione dei centri di lettura a modalità convenzionale e automatizzata su tutto il territorio laziale;
- identificazione delle ASL autosufficienti nella lettura;
- numero minimo di vetrini fissato per i centri in lettura manuale e automatizzata;
- 40% di adesione della popolazione al test di screening.

I risultati mostrano chiaramente che il numero di centri di lettura tradizionali e automatizzati dislocati nella regione Lazio risulta essere più che sufficiente a soddisfare il reale fabbisogno regionale; non si ravvisa quindi la necessità di ulteriori centri di lettura.

Nell'ambito di un *Progetto Sperimentale di Centralizzazione della lettura Citodiagnostica dei PAP-TEST di Screening* è stato svolto uno studio che intende confrontare la lettura automatizzata per la citologia cervicale tramite lo strumento FocalPointGS, centralizzata per più



AZIOSANITA - AGENZIA DI SANITÀ PUBBLICA



Regione Lazio

ASL, e la metodica convenzionale di lettura dei vetrini per il PAP-TEST, decentrata per più ASL.

Per il confronto tra le due diverse modalità di lettura sono stati calcolati:

- **tasso di inadeguati tecnici;**
- **tasso delle ripetizioni;**
- **tempi medi di refertazione.**

Dall' analisi emerge che:

- **la quota di inadeguati tecnici sul totale dei vetrini letti si riduce passando dalla lettura convenzionale a quella automatizzata;**
- **con la lettura automatizzata aumenta invece la quota dei referti con indicazione a ripetere la citologia sui pap test totali.**

Pur non essendo ancora formalmente identificate come centri regionali di riferimento, sono già state stipulate delle convenzioni con alcune ASL che presso questi centri inviano i propri preparati in lettura.

Specifici corsi di formazione sono stati attivati per il personale dei due centri dotati di lettura automatizzata ed è stata promossa la partecipazione agli eventi formativi del GISCi per quanto riguarda la lettura citologica.

Specificazione delle attività non avviate o non completate entro le date di fine previste dal cronoprogramma e relative motivazioni:

L'integrazione tra il software di gestione dei dati relativi alle refertazioni con FocalPointGS (lettura automatizzata) e quello dello screening è stata subordinata alla realizzazione del nuovo software gestionale web-based, il tutto è stato però rallentato dalla indisponibilità dei fondi che sono stati erogati all'ASP solo nel dicembre 2006.



Per identificare i criteri per la distribuzione del carico di letture per ogni centro regionale deve essere creato un apposito tavolo tecnico e, quindi, promossa la stipula di nuove convenzioni con tutte le ASL.

Per quanto riguarda le procedure per la gestione dei preparati citologici esiste già un protocollo condiviso fra i centri che utilizzano lettura automatica.

E' prevista una revisione che permetta di recepire il TBS2001 e la possibilità di utilizzare l'HPV per il triage dei border-line. Inoltre è necessario rivedere il protocollo per quanto riguarda il comportamento dei "no further review", attualmente sottoposti a rapid review.

Specificazione delle attività e/o traguardi eliminati o modificati rispetto a quelli indicati nel cronoprogramma iniziale e relative motivazioni:

Il progetto non è stato modificato nelle azioni ma nei tempi di realizzazione per il ritardo dell'erogazione dei fondi.

Punti di forza e criticità nella realizzazione del piano:

Il progetto permetterà di:

Ottenere un collegamento informatizzato tra i sw di gestione dei programmi di screening e quello di gestione dell'apparecchiatura per la lettura, che faciliti la qualità e l'efficienza di tale integrazione e per migliorare un'attività di monitoraggio e valutazione.

Ottenere una standardizzazione delle procedure di gestione come requisito della qualità della stessa.

I punti critici rappresentati dall'indisponibilità dei fondi erogati nei tempi previsti; nella disomogeneità dei Sistemi Informatici gestionali delle ASL e la difficoltà organizzativa delle ASL nel passaggio da un sistema a gestione locale a quello centralizzato, focalizzato su pochi centri.



Titolo del progetto: Integrazione dello screening spontaneo tramite colonscopia nel programma di screening organizzato per la prevenzione del cancro del colon-retto.

Referente: dott.sa Alessandra Barca

Descrizione sintetica delle attività svolte e/o in corso di svolgimento:

Il progetto inizialmente era intitolato “fattibilità colonscopia in rischio generico” e prevedeva l’invito di 10.000 soggetti in età compresa fra i 50 e i 70 anni ad effettuare una colonscopia come test di primo livello dello screening. È stato costituito un gruppo di lavoro composto da clinici, epidemiologi e esperti di sanità pubblica presso l’ASP. Il gruppo di lavoro ha prodotto un disegno dello studio e in seguito un protocollo operativo.

Specificazione delle attività non avviate o non completate entro le date di fine previste dal cronoprogramma e relative motivazioni:

La concomitante esperienza dello studio pilota dello screening con test del sangue occulto fecale ha messo in evidenza però enormi carenze organizzative dei centri di secondo livello, che non hanno messo a disposizione dello screening sufficiente tempo/struttura per assorbire il carico di lavoro generato dai FOBT positivi (i problemi organizzativi sono emersi per alcuni centri già prima dell’attivazione degli inviti e comunque per altri dopo l’invito di una minima parte della popolazione target). Considerando che l’invito di 10.000 soggetti ad effettuare la colonscopia come test di primo livello avrebbe generato un volume di attività endoscopica di molto superiore a quella generata dai 20.000 inviti ad effettuare il test FOBT invitati fino ad oggi, è stata valutata non fattibile la sperimentazione.

Si è deciso dunque di rimodulare il progetto e di sottoporlo nuovamente al Ministero.



Specificazione delle attività e/o traguardi eliminati o modificati rispetto a quelli indicati nel cronoprogramma iniziale e relative motivazioni:

Il progetto proposto attualmente si intitola “Integrazione dello screening spontaneo tramite colonscopia nel programma di screening organizzato per la prevenzione del cancro del colon-retto”

Razionale: l’esperienza precedente dei programmi mammografico e citologico ha insegnato come sia poco efficiente in termini di spesa ed equità ignorare l’esistenza dello screening spontaneo. Nella nostra regione è stimato che circa il 17% della popolazione target dello screening del colon retto sia coperta spontaneamente, la quasi totalità per aver effettuato una colonscopia di prevenzione nei dieci anni precedenti.

Nella nostra regione esiste un sistema informativo che raccoglie record nominativi individuali per tutte le prestazioni specialistiche effettuate da tutte le strutture sanitarie del Lazio pubbliche e private.

Obiettivi: integrare lo screening spontaneo tramite colonscopia nel programma di screening della regione.

Metodi: costituzione di un gruppo interdisciplinare per definire la gestione del richiamo successivo a colonscopia negativa e del follow up in seguito a colonscopia positiva. Record linkage fra gli archivi delle prestazioni specialistiche e le anagrafiche del programma di screening. Verranno identificati tutti i soggetti target che hanno effettuato una colonscopia nei centri partecipanti al programma regionale dal 2000 (anno da cui è disponibile l’archivio della specialistica) ad oggi. Per questi soggetti verranno raccolte le informazioni relative al motivo della colonscopia all’esito e all’istologia dagli archivi dei centri. In base alle informazioni raccolte i soggetti saranno instradati in un percorso di screening appropriato come definito dal gruppo interdisciplinare.

Risultati attesi: (ricognizione SIAS) ci aspettiamo che almeno un 10% della popolazione target risulti già screenato in base alle informazioni degli archivi. I pazienti con esiti positivi di



colonscopia e/o istologia potranno usufruire di un sistema automatico per la gestione degli inviti del follow up.

Output: il progetto produrrà un database integrato basato sull'anagrafica della popolazione target e che includerà le colonscopie di prevenzione effettuate spontaneamente e i test di screening effettuati su invito.

Il progetto produrrà inoltre una procedura che permetterà di iterare periodicamente l'integrazione degli archivi.

Punti di forza e criticità nella realizzazione del piano:

- Il progetto è fattibile.
- Libera risorse del Servizio Sanitario, limitando sprechi e iniquità di accesso e garantendo appropriatezza.
- Si può portare a termine in tempi relativamente brevi.
- L'inclusione solo dei centri partecipanti al programma garantisce simile qualità nell'esecuzione dei test per chi aderirà all'invito e per chi lo ha effettuato spontaneamente.
- Il progetto garantirà un follow up gestito centralmente e garantito per protocollo anche ai soggetti che hanno ricevuto una diagnosi fuori dal programma.

Ogni altro elemento utile all'analisi e interpretazione dello stato dell'arte del piano:

Il progetto così rimodulato viene sottoposto al giudizio del Ministero.



Titolo del progetto: Progetto di screening mammografico nelle zone a bassa adesione.

Referente: dott.sa Alessandra Barca

Descrizione sintetica delle attività svolte e/o in corso di svolgimento:

Il progetto prevede di colmare gli squilibri territoriali in alcune zone della regione Lazio che non hanno raggiunto adeguate estensioni e adesioni della popolazione target.

E' stata effettuata un'analisi per conoscere le zone che non sono state mai raggiunte dal programma di screening e il censimento delle strutture di I livello per verificarne l'accessibilità. Inoltre si è effettuata un'analisi riguardo all'eventuale fabbisogno di mammografi per sopportare un'ipotetico carico di lavoro prodotto sotto le ipotesi di adesione al 40 e al 60% .

E' stato preparato un questionario somministrato ai coordinamenti dei programmi aziendali per conoscere la situazione aggiornata circa il personale coinvolto e il tempo dedicato allo screening.

E' in corso di svolgimento uno studio che riguarda alcune ASL sulla correlazione tra adesione e livello socio economico.

Si sta procedendo ad una analisi del materiale informativo prodotto dalle ASL per organizzare una campagna di informazione regionale.

E' in via di costituzione un Osservatorio per la salute delle Donne che ha come obiettivo di aumentare l'adesione delle donne, in particolare appartenenti a fasce deboli della popolazione, ai programmi di screening citologico e mammografico.

Per raggiungere l'obiettivo dell'aumento della partecipazione ai programmi di screening delle donne che non hanno mai avuto accesso a questo servizio, è stata attivata una collaborazione tra l'ASP ed alcune associazioni che si occupano di tutela delle donne. In particolare è stata avviata una collaborazione con la Casa Internazionale delle Donne che raccoglie nel direttivo numerose associazioni che si occupano della tutela, assistenza ed aiuto. Verranno costituiti gruppi di lavoro che definiranno strategie di sensibilizzazione, comunicazione e fidelizzazione.

Sono state contattate le principali associazioni femminili e rappresentanze sindacali, che hanno espresso interesse per l'iniziativa; in particolare, le associazioni che hanno come finalità la tutela di donne immigrate, che hanno subito abusi o violenze nonché socialmente svantaggiate.



Nello specifico, si sta avviando una collaborazione con i centri antiviolenza che offrono assistenza a circa 1500 donne l'anno. Una seconda collaborazione viene attivata con l'associazione "Vita di Donna" che si rivolge ad un gruppo di donne residenti in un'area degradata di Roma.

Altre collaborazioni verranno portate avanti.

L'esperienza maturata fin qui dimostra che le associazioni sono disponibili per attivare campagne di sensibilizzazione e comunicazione. Per il genere di attività che svolgono ed il contatto diretto con le utenti possono essere uno strumento efficace di avvicinamento delle donne, in particolare le più svantaggiate.

È stato messo a punto un sistema di personalizzazione delle lettere d'invito. È stata messa a punto una strategia di empowerment: questionario utenti, questionario operatori, prototipo carta dei rapporti con le associazioni, glossario per agire in partnership (come riportato fra le attività del progetto "Consolidamento e riequilibrio dei programmi di screening mediante un programma di formazione / sensibilizzazione dei professionisti e della società civile").

Specificazione delle attività non avviate o non completate entro le date di fine previste dal cronoprogramma e relative motivazioni:

Il progetto iniziale prevedeva l'acquisto da parte dell'ASP di tecnologie quali unità mobili per raggiungere alcune zone a bassa copertura della popolazione target. Questo ha compromesso l'avanzare delle attività per indisponibilità dei fondi.

I dati raccolti attraverso le indagini preliminari hanno evidenziato che la bassa adesione non è solamente determinata dalla carenza di strutture di I livello ma anche da inefficaci campagne informative, da scarsa attenzione nelle strategie comunicative, scarsa conoscenza dell'eterogeneità della popolazione target e dei suoi bisogni di salute e, in particolare per la città di Roma, dalla concorrenza dello screening opportunistico. Pertanto rispetto al cronoprogramma presentato si propone di rimodulare il piano secondo quanto segue.



Specificazione delle attività e/o traguardi eliminati o modificati rispetto a quelli indicati nel cronoprogramma iniziale e relative motivazioni:

- Istituzione di un gruppo di esperti (ASP, ASL, ONS) per individuazione delle ASL carenti di strutture e quindi non in grado di aumentare il ritmo degli inviti necessario a garantire una ipotetica adesione in media con il tasso nazionale.
- Promuovere un'associazione (consorzio) tra ASL per l'acquisto di Unità Mobili da poter utilizzare per raggiungere zone a bassa copertura. Le unità mobili potranno essere di tipo analogico e digitale in base a considerazioni fatte dal gruppo tecnico.
- Promuovere strategie per conoscere i determinanti della non adesione e modificare alcune componenti organizzative per aumentare l'adesione, tenendo conto che nella città di Roma l'adesione da cui si parte è più bassa che nel resto della regione.
- Realizzazione delle campagne informative per sensibilizzare le donne alla partecipazione.

Punti di forza e criticità nella realizzazione del piano:

I punti di forza sono:

- Coinvolgimento attivo delle ASL nella stesura dei piani attuativi secondo cronoprogrammi ben definiti negli obiettivi da raggiungere (completa estensione del programma sul territorio e aumento dell'adesione della popolazione target);
- Modulazione del progetto rispetto ai determinanti della non adesione al programma di screening (carenza di strutture, mancata comunicazione, scarsa conoscenza dei bisogni di salute della popolazione target).

I punti critici sono:

- La disponibilità dei fondi per l'acquisto del mezzo mobile, in accordo tra più ASL.



Titolo del progetto: Miglioramento della qualità e dell'efficienza dello screening citologico mediante la realizzazione di una rete di collegamento con il sistema centralizzato di lettura del pap-test e un'azione di retraining e informatizzazione del secondo livello colposcopico

Referente: dott.sa Alessandra Barca

Descrizione sintetica delle attività svolte e/o in corso di svolgimento:

Azione A

La situazione della citologia non è particolarmente frammentata, sebbene esista per alcune ASL una difficoltà nel coprire il volume di attività. Le risorse presenti sul territorio sarebbero in grado di sostenere gli screening e correttamente utilizzate.

E' stata condotta un'analisi sulle risorse strumentali necessarie a coprire un'ipotetica domanda.

In particolare, sottraendo dalla popolazione bersaglio regionale triennale la quota di popolazione relativa alle ASL autosufficienti e ipotizzando un'adesione al pap-test di screening del 40% dovrebbero essere letti circa 550.000 vetrini nel round temporale (triennio).

I tre strumenti FocalPointGS riuscirebbero, a pieno regime, a leggere circa 450.000 vetrini in tre anni (50.000 l'anno per ogni FocalPoint). Tenendo conto dei parametri minimi fissati per ogni centro di lettura (convenzionale o automatizzato), i rimanenti 100.000 vetrini potenzialmente prodotti nel round temporale non giustificano l'acquisto di un'ulteriore macchina, che lavorerebbe con carichi sub-ottimali.

Ben diversa è la situazione attuale nella regione Lazio, in cui sono presenti in tutto il territorio regionale 3 strumenti FocalPointGS e 6 centri di lettura convenzionale e dove a fronte di un'adesione regionale al primo passaggio di screening del 23% e di un'estensione del 50% vengono letti 170.000 vetrini nel round temporale (triennio). Dei 3 centri uno non lavora per i programmi di screening, gli altri due leggono un numero di vetrini ridotto. Altri centri di lettura con grandi volumi di attività sono presenti nella regione ma non partecipano ai programmi di screening.

I risultati ottenuti dai trial sull'utilizzo dell'HPV come test di screening primario, hanno portato a pianificare uno studio pilota per la sua introduzione. Gli stessi risultati hanno evidenziato i



limitati benefici della citologia in fase liquida, la cui introduzione deve essere motivata da forti necessità organizzative.

3 delle 6 ASL non autosufficienti hanno attivato convenzioni per la lettura centralizzata.

3 hanno cambiato il sistema informativo gestionale durante il 2006 in attuazione del PPA, portando a 7 su 12 il numero delle ASL con SI adeguato.

Sono state effettuate attività formative per l'introduzione del test HPV nello studio pilota e come triage.

Azione B

Sono state analizzate le criticità del flusso informativo e sono state effettuate site-visits da parte dell'ASP in ogni ASL per individuare i gli ostacoli nel flusso informativo e proporre soluzioni. Il secondo livello e l'istologia sono risultati i punti più difficili da inserire nel sistema gestionale informativo in modo corretto.

È emersa la necessità di recepire le modifiche alle linee guida dello screening citologico per quanto riguarda il triage con HPV e la nuova refertazione TBS2001. Per stabilire un protocollo condiviso sono stati attivati contatti con le società scientifiche.

Sono state individuate le possibili modifiche al sistema informativo per adottare il TBS2001 e per il triage con HPV.

Specificazione delle attività non avviate o non completate entro le date di fine previste dal cronoprogramma e relative motivazioni:

Azione A

Delle 6 ASL, 3 hanno centralizzato le letture, in 1 è in corso di riattivazione lo screening partito in via sperimentale, 1 ha una bassa estensione del programma e 1 ASL non ha mai attivato il programma di screening citologico. Questa attività è dunque in ritardo, ma implica un forte impegno di spesa da parte delle ASL e questo è un forte ostacolo.



Specificazione delle attività e/o traguardi eliminati o modificati rispetto a quelli indicati nel cronoprogramma iniziale e relative motivazioni:

Azione A

I recenti sviluppi sulla possibilità di utilizzare l'HPV nello screening, come triade dell'ASCUS, e delle LSIL oltre 35 anni, e in via sperimentale come test primario seguito da citologia come test di triade, hanno imposto una modifica nelle attività previste: la possibilità di introdurre nuove tecnologie non si limita alla lettura automatica ma anche all'utilizzo del molecolare.

I limitati benefici della citologia in fase liquida emersi dallo studio NTCC hanno portato a un approccio più prudente nella sua introduzione.

L'automazione della lettura è considerata equivalente, non superiore, a quella manuale, ma riduce i tempi. Dunque la Regione ha deciso di procedere verso l'automazione solo nella misura in cui sia necessario per supplire alla carenza di lettori.

L'analisi della situazione ha chiaramente messo in evidenza che non esiste un bisogno di nuove attrezzature nel breve periodo né di macchinari per la lettura automatica né di macchine per la lettura dei test HPV.

Azione B

Le modifiche al software gestionale centralizzato web potranno essere inserite ab origine visto il ritardo della sua messa a punto, non sarà fortunatamente più necessario rivedere la commessa. Per alcune ASL sarà comunque necessario apportare modifiche al loro software gestionale se non decidono di utilizzare quello web.

La formazione del personale non potrà più essere incentrata solo sugli operatori di II livello, dato che molte delle modifiche al protocollo coinvolgono in particolare l'organizzazione, le modalità di prelievo e la lettura citologica.

Il monitoraggio della performance dei colposcopisti verrà effettuato tramite la survey sul secondo livello GISCi, dunque l'attività viene inclusa nel monitoraggio del progetto.



Punti di forza e criticità nella realizzazione del piano:

Azione A

La principale carenza strutturale in quasi tutte le ASL attive è il sistema informativo e gestionale del programma. Punto di forza e possibile criticità del piano è la sua sinergia con il progetto del SI web, che potrebbe risolvere in parte questa carenza strutturale.

La nuova articolazione del piano permetterà alle ASL e alla regione di governare l'introduzione delle nuove tecnologie nello screening citologico. Le pressioni economiche da parte delle aziende produttrici e del mercato da una parte e le difficoltà di cassa delle ASL dall'altro rappresentano criticità.

Azione B

Il progetto permetterà di standardizzare il protocollo regionale secondo quanto detta le nuove linee guida nazionali ed europee.



LAZIOSANITA - AGENZIA DI SANITÀ PUBBLICA



Regione Lazio

Titolo del progetto: Attuazione dello screening per il cancro del colon retto con il test del sangue occulto fecale su popolazione a rischio generico.

Referente: dott.sa Alessandra Barca

Descrizione sintetica delle attività svolte e/o in corso di svolgimento:

Nell'ambito dell'attività di consolidamento del Progetto di Fattibilità dello screening rivolto a 300,000 cittadini (cfr. DGR 1740), sono stati attivati 9 centri di screening dislocati sul territorio di 8 delle 12 ASL del Lazio. Il coinvolgimento degli studi di Medicina Generale è stato avviato con successo in tutte e quattro le ASL fuori Roma.

Sono stati avviati molteplici interventi di formazione rivolti ai medici di medicina generale e agli operatori coinvolti nel programma di screening con lo scopo di illustrare il programma stesso e gli aspetti tecnici legati alla lettura del test di primo livello e all'utilizzo del software del sistema informativo.

Il programma è stato monitorato costantemente e sono stati prodotti dei report sui volumi di attività con periodicità trimestrale.

Le incongruenze nei dati inseriti nel sistema informativo e le difformità rispetto ai protocolli sono state segnalate e corrette.

Al fine di valutare la qualità del programma è stata costruita una griglia di valutazione per i centri di screening attivi e sono state effettuate delle site visit per comprendere meglio le difficoltà organizzative specifiche per ciascuna realtà. E' attualmente in fase di ultimazione il protocollo per l'avvio del II round di screening per i soggetti invitati da oltre 24 mesi.



Specificazione delle attività non avviate o non completate entro le date di fine previste dal cronoprogramma e relative motivazioni:

Il progetto iniziale prevedeva il raggiungimento del 50% di estensione dello screening a partire dal 20% della popolazione regionale già raggiunta con il progetto regionale denominato "Studio di Fattibilità del Programma di Screening del Cancro del Colon-Retto". In realtà lo studio di fattibilità non è riuscito a coinvolgere la popolazione target prevista (300.000 persone) per diversi ordini di motivi:

1. Motivi organizzativi legati al mancato trasferimento dei finanziamenti previsti hanno contribuito a determinare un forte rallentamento nell'avvio di detto Studio di Fattibilità: non è stato, infatti, possibile procedere al cosiddetto adeguamento delle strutture (acquisizione di attrezzature e personale per le realtà più carenti) né garantire adeguata assistenza sugli analizzatori del test di I livello, sulla postalizzazione delle lettere di invito ed esito e sul software gestionale (tutte attività demandate al coordinamento regionale, cioè all'ASP).
2. La difficoltà nel coinvolgere i MMG nella modalità prevista dal PS.
3. La prevenzione non rientra negli obiettivi delle Aziende Ospedaliere e ciò ha reso difficile il trasferimento di responsabilità dalla ASL ai centri di gastroenterologia.
4. In alcuni casi le ASL, non avendo il compito di gestire gli inviti e avendo delegato la presa in carico del cittadino al centro di gastroenterologia, non hanno partecipato alla costruzione del programma.

Non avendo completato lo Studio di Fattibilità non si è ancora proceduto all'ampliamento dello screening.

Per lo studio di fattibilità la regione aveva stanziato fondi ad hoc atti a coprire attrezzature, test, inviti remunerazioni (MMG, centri di endoscopia, centri di chirurgia, coordinamento ASL). Sebbene l'erogazione dei fondi sia stata parziale e non abbia rispettato i tempi previsti, ha comunque incentivato l'attivazione dei centri. La prossima fase di implementazioni dei programmi non prevede fondi aggiuntivi ma, essendo LEA tale screening dovrebbe essere garantito con i fondi della quota capitaria. Il passaggio dal finanziamento aggiuntivo alla quota capitaria rappresenta una criticità che dovrà essere affrontata nei prossimi mesi.



Specificazione delle attività e/o traguardi eliminati o modificati rispetto a quelli indicati nel cronoprogramma iniziale e relative motivazioni:

Alcune realtà hanno completato l'arruolamento del target loro assegnato nell'ambito dello studio di fattibilità che altrove non è stato ancora avviato. Nell'evidente opportunità di non interrompere programmi di screening faticosamente avviati per attendere che ogni centro completi lo studio di fattibilità, si ritiene di dover procedere contemporaneamente all'estensione del programma per quei centri che hanno terminato lo studio e all'avvio e completamento dello studio per tutti gli altri.

Dei 21 centri individuati come parte del programma, soltanto 10 hanno completato le procedure di attivazione mentre dei medici di medicina generale solo il 10% ha iniziato ad arruolare i propri assistiti .

Date le premesse del paragrafo precedente e visto il mancato raggiungimento, nei tempi previsti, degli obiettivi dello Studio di Fattibilità, si manifesta l'esigenza di rivedere il modello organizzativo vigente in alcuni dei suoi elementi originari intervenendo, di conseguenza, sul cronoprogramma e sugli obiettivi del progetto di ampliamento.

Nell'ambito dello studio di fattibilità, coerentemente con quanto emerso dalla valutazione dei volumi di attività e dei dati raccolti direttamente presso i centri, potranno essere apportate alcune variazioni del protocollo iniziale, quelle già individuate sono:

- ☞ il trasferimento delle attività di lettura dei test di primo livello presso laboratori a analisi,
- ☞ l'inserimento di altri attori quali distretti e poliambulatori come soggetti adibiti alla distribuzione e alla raccolta dei test,
- ☞ diversi livelli di partecipazione dei MMG (e conseguente diversa remunerazione), dalla sola firma delle lettere di invito (senza distribuzione e ritiro), alla distribuzione dei test, al trasporto dei test presso il centro di lettura. In alcuni casi la refertazione potrà passare sotto la responsabilità dell'ASP.



Per quanto riguarda il Progetto di ampliamento (PPA) si procederà ad una parziale rimodulazione del Piano regionale al fine di garantire una migliore integrazione tra Aziende USL e Coordinamento.

In particolare è ipotizzabile una ridefinizione degli obiettivi e delle modalità di raggiungimento degli stessi che tenga conto di una maggiore autonomia delle singole Aziende USL (in particolar modo sugli impegni di spesa) e che preveda una indicazione più dettagliata del contributo di ogni Azienda al Piano Regionale.

Per l'anno 2007 si prevede il raggiungimento dei seguenti obiettivi:

Attivazione di almeno 1 centro di Screening in ognuna delle 10 ASL della fase di fattibilità.

Definizione del protocollo operativo e attivazione in almeno una delle due ASL escluse dalla fase pilota.

Raggiungimento del 20% della popolazione target annuale 50-74 anni per 3 ASL con programma di screening già ora attivo.

Punti di forza e criticità nella realizzazione del piano:

Per il conseguimento degli obiettivi del piano è da considerarsi di fondamentale importanza la piena integrazione della medicina generale nel programma di screening dal momento che, come dimostrano tutte le esperienze condotte finora, solo l'arruolamento del soggetto target tramite il proprio medico di base garantisce un'elevata adesione. Il coordinamento dei MMG aderenti e centri di lettura dei test di screening, però, necessita un impegno costante della ASL, per la remunerazione dei MMG, per la raccolta dei test eseguiti, per garantire un inserimento costante dei dati attraverso il sistema informativo via web. Inoltre molti medici hanno dimostrato scarso interesse per il programma. Date queste criticità il nuovo modello organizzativo dovrà prevedere una maggiore elasticità nelle modalità e nei tempi di coinvolgimento dei MMG da parte delle ASL.

Il programma di screening a pieno regime comporterà un aumento di circa il 50% del numero di colonscopie effettuate prima dell'inizio dello screening nel Lazio. E' necessario dunque prevedere il coinvolgimento di tutte le migliori risorse di endoscopia digestiva della regione.



AZIOSANITÀ - AGENZIA DI SANITÀ PUBBLICA



Regione Lazio

Tali risorse si trovano negli Ospedali e per Roma soprattutto nelle Aziende Ospedaliere, IRCCS, e policlinici Universitari. Questo comporta che le ASL devono stipulare accordi e prevedere protocolli condivisi con tali strutture.

Come sottolineato in precedenza, inoltre, saranno a carico delle singole ASL tutti gli oneri derivanti dal programma di screening.

Ogni altro elemento utile all'analisi e interpretazione dello stato dell'arte del piano:

Il progetto così rimodulato viene sottoposto al giudizio del Ministero.



Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007
Relazione sullo stato di avanzamento al 31 dicembre 2006

Regione: Lazio

Titolo del progetto: “Sorveglianza e prevenzione degli infortuni nei luoghi di lavoro”

Referente: d.ssa Sara Antignani

Relazione

1. Descrizione sintetica delle attività svolte e/o in corso di svolgimento

Ciascuna ASL ha proceduto alla nomina di un referente di piano che segue tutte le linee di attività del progetto “Sorveglianza e prevenzione degli infortuni nei luoghi di lavoro”.

L'attività svolta viene di seguito descritta per ciascuna specifica linea di attività prevista dal progetto.

- Linea di attività “A1”: *“Consolidare l'utilizzo del sistema di sorveglianza degli infortuni sul lavoro e le malattie professionali”*. E' stato definito e approvato un unico progetto regionale che varrà per tutti i servizi Pre.S.A.L. delle Aziende ASL del Lazio contenente motivazioni, attività ed obiettivi specifici del progetto. E' stata definita la scaletta che le ASL dovranno seguire per la stesura del report annuale di ASL riguardante gli infortuni sul lavoro, basato sui dati contenuti nei “Flussi Informativi INAIL-ISPEL-Regioni”. E' stata concordata con tutte le ASL, e approvata, la griglia di valutazione con gli indicatori di progetto. Tutte le ASL hanno comunicato il numero di operatori coinvolti nel progetto con la relativa qualifica.
- Linea di attività “A2”: *“Programmare e realizzare le attività inerenti la prosecuzione del progetto nazionale ISPEL di indagine sulle modalità di accadimento degli infortuni mortali attraverso l'utilizzo del modello Sbagliando s'impara”*. E' stato definito e approvato un unico progetto regionale che varrà per tutti i servizi Pre.S.A.L. delle Aziende ASL del Lazio contenente attività e obiettivi specifici del progetto. Sono state definite alcune attività facoltative che saranno svolte in via sperimentale solo da alcune ASL. E' stata concordata con tutte le ASL, e approvata, la griglia di valutazione con gli indicatori di progetto. Tutte le ASL hanno comunicato il numero di operatori coinvolti nel progetto con la relativa qualifica.
- Linea di attività “B1”: *“Definire, per ciascun territorio ASL, gli ambiti prioritari di intervento, avvalendosi dei dati epidemiologici correnti e dei dati di contesto produttivo ed*



LAZIOSANITÀ - AGENZIA DI SANITÀ PUBBLICA



Regione Lazio

occupazionale ed attuare gli interventi". E' stato stabilito che ciascuna ASL presenti due piani di comparto, uno riguardante il comparto "Costruzioni", l'altro relativo ad uno specifico comparto che ciascuna ASL ha ritenuto prioritario come ambito di intervento. Per ciascuna ASL è stato individuato il comparto "facoltativo" destinatario degli interventi di prevenzione. Per il comparto "Costruzioni" è stato elaborato ed approvato un progetto comune a tutte le ASL; è stata altresì definita e approvata la griglia di valutazione con gli indicatori delle attività stabilite dal progetto. Per il comparto "a scelta" ciascuna ASL ha presentato un proprio progetto contenente motivazione della scelta del comparto, attività e obiettivi specifici. Per ciascun progetto di comparto specifico è stata elaborata una griglia di valutazione contenente gli opportuni indicatori. Tutte le ASL hanno comunicato il numero di operatori, con relativa qualifica, coinvolti nell'attività "B1".

2. Specificazione delle attività non avviate o non completate entro le date di fine previste dal cronoprogramma e relative motivazioni

Tutte le attività previste sono state finora svolte entro i tempi prestabiliti.

3. Specificazione delle attività e/o traguardi eliminati o modificati rispetto a quelli indicati nel cronoprogramma iniziale e relative motivazioni

Nessuna attività o traguardo eliminato/modificato.

4. Punti di forza e criticità nella realizzazione del piano

Un punto di forza della linea di attività "A1" è la presenza del "Gruppo flussi", gruppo di lavoro regionale che, insieme all'ASP, partecipa alle attività di formazione/aggiornamento del personale ed è di supporto all'utilizzo della base dati da parte degli altri operatori dei Servizi PreSAL delle ASL del Lazio.

Allo stesso modo, per la linea di attività "B1 - programma di intervento Comparto Costruzioni" ci si è avvalsi del supporto del gruppo di lavoro "Cantieri edili", costituito presso la Regione Lazio con determina del 3 maggio 2005. Il gruppo coadiuverà l'attività di formazione rivolta agli operatori SPreSAL prevista dal cronoprogramma relativo alla linea di attività "B1- programma di intervento Comparto Costruzioni".

5. Ogni altro elemento utile all'analisi e interpretazione dello stato dell'arte del piano.



Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007
Relazione sullo stato di avanzamento al 31 dicembre 2006

Regione LAZIO

Titolo del progetto: Sorveglianza e prevenzione degli incidenti domestici.

Referente: Dr. Paolo Giorgi Rossi

Linea progettuale A1: Implementazione /rafforzamento del sistema di sorveglianza.

Relazione

1. Descrizione sintetica delle attività svolte e/o in corso di svolgimento

E' stato costituito il gruppo di coordinamento tecnico regionale nei tempi previsti dal cronoprogramma.

L'attività di rilevazione verrà effettuata dall'ASP stessa: sono stati definiti contenuti, modalità di raccolta e di diffusione delle informazioni provenienti dai sistemi informativi sulle ospedalizzazioni, accessi in pronto soccorso e mortalità. Sono stati elaborati reports per ASL sui dati raccolti attraverso il sistema di sorveglianza pilota per gli anni 2000 e 2004; la diffusione e pubblicazione dei reports è programmata per i prossimi mesi.

2. Specificazione delle attività non avviate o non completate entro le date di fine previste dal cronoprogramma e relative motivazioni

Al 31/12/06 tutte le attività previste dal cronoprogramma sono state completate.

3. Specificazione delle attività e/o traguardi eliminati o modificati rispetto a quelli indicati nel cronoprogramma iniziale e relative motivazioni

I corsi di formazione regionali potranno attuarsi solo dopo lo svolgimento dei corsi nazionali programmati per aprile.

Nel cronoprogramma era prevista la definizione delle modalità di prosecuzione del sistema PASSI, ma l'analisi del questionario attualmente utilizzato dal sistema nelle tre ASL laziali partecipanti non permette una sorveglianza del fenomeno, ma solo di valutare la percezione del rischio da parte dei cittadini.

4. Punti di forza e criticità nella realizzazione del piano



LAZIOSANITÀ - AGENZIA DI SANITÀ PUBBLICA



Regione Lazio

I sistemi informativi della regione Lazio, utilizzati nel sistema di sorveglianza degli incidenti domestici, sono a regime da diversi anni e i dati prodotti hanno un ottimo livello di affidabilità.

5. Ogni altro elemento utile all'analisi e interpretazione dello stato dell'arte del piano

Linea progettuale B1: Definire e diffondere linee operative per gli interventi di informazione ed educazione sanitaria nelle scuole materne ed elementari.

Relazione

1. Descrizione sintetica delle attività svolte e/o in corso di svolgimento

E' stata effettuata un'analisi della letteratura esistente sugli interventi di informazione ed educazione sanitaria nelle scuole materne ed elementari che contribuirà alla stesura del documento d'indirizzo. Tale documento si baserà principalmente sui risultati dei gruppi di lavoro prodotti durante il corso nazionale, previsto per aprile 2007.

2. Specificazione delle attività non avviate o non completate entro le date di fine previste dal cronoprogramma e relative motivazioni

Al 31/12/06 sono state avviate le attività previste dal cronoprogramma.

3. Specificazione delle attività e/o traguardi eliminati o modificati rispetto a quelli indicati nel cronoprogramma iniziale e relative motivazioni

La data di fine dell'attività di produzione del documento d'indirizzo sarà successiva allo svolgimento del corso nazionale programmato per aprile 2007.

4. Punti di forza e criticità nella realizzazione del piano

Tutte le ASL hanno presentato un piano attuativo per la linea progettuale B1 in cui individuano contesto organizzativo, popolazione target e tempi dell'intervento.

5. Ogni altro elemento utile all'analisi e interpretazione dello stato dell'arte del piano



Linea progettuale B2: Rilevare i rischi connessi agli aspetti strutturali e impiantistici delle abitazioni.

Relazione

1. Descrizione sintetica delle attività svolte e/o in corso di svolgimento

Al 31/12/06 il cronoprogramma non prevedeva l'inizio di nessuna attività.

La definizione degli strumenti di rilevazione del rischio si baserà principalmente sui risultati dei gruppi di lavoro prodotti durante il corso nazionale, previsto per aprile 2007.

2. Specificazione delle attività non avviate o non completate entro le date di fine previste dal cronoprogramma e relative motivazioni

Vedi punto 1.

3. Specificazione delle attività e/o traguardi eliminati o modificati rispetto a quelli indicati nel cronoprogramma iniziale e relative motivazioni

La data di fine dell'attività di predisposizione degli strumenti di rilevazione delle situazioni di rischio, così come la formazione degli operatori, sarà successiva allo svolgimento del corso nazionale programmato per aprile 2007.

4. Punti di forza e criticità nella realizzazione del piano

Tutte le ASL hanno presentato un piano attuativo per la linea progettuale B2 in cui individuano contesto organizzativo, popolazione target e tempi dell'intervento.

5. Ogni altro elemento utile all'analisi e interpretazione dello stato dell'arte del piano



Linea progettuale B3: Realizzare campagne informative nei consultori e nei servizi vaccinali

Relazione

1. Descrizione sintetica delle attività svolte e/o in corso di svolgimento

Al 31/12/06 il cronoprogramma non prevedeva l'inizio di nessuna attività.

E' stata comunque avviata un'analisi della letteratura esistente riguardo campagne informative verso genitori di bambini di 0-3 anni. Tale analisi contribuirà alla definizione del materiale informativo, che verrà successivamente definito sulla base dei risultati dei gruppi di lavoro prodotti durante il corso nazionale, previsto per aprile 2007.

2. Specificazione delle attività non avviate o non completate entro le date di fine previste dal cronoprogramma e relative motivazioni

Vedi punto 1.

3. Specificazione delle attività e/o traguardi eliminati o modificati rispetto a quelli indicati nel cronoprogramma iniziale e relative motivazioni

4. Punti di forza e criticità nella realizzazione del piano

Tutte le ASL hanno presentato un piano attuativo per la linea progettuale B3 in cui individuano contesto organizzativo, popolazione target e tempi dell'intervento.

5. Ogni altro elemento utile all'analisi e interpretazione dello stato dell'arte del piano

Linea progettuale B4: Attivare interventi di prevenzione delle cadute negli anziani basati sulla promozione dell'attività fisica

Relazione

1. Descrizione sintetica delle attività svolte e/o in corso di svolgimento

Al 31/12/06 il cronoprogramma non prevedeva l'inizio di nessuna attività.

E' stata comunque avviata un'analisi della letteratura esistente riguardo interventi di prevenzione delle cadute negli anziani basati sulla promozione dell'attività fisica. L'analisi della letteratura e la valutazione di tipologie di interventi, già realizzati a livello nazionale, si concluderà successivamente allo svolgimento del corso nazionale, previsto per aprile 2007, durante il quale verranno costituiti gruppi di lavoro ad hoc.

E' stato inoltre già individuato il target di popolazione da parte di tutte la ASL.



2. **Specificazione delle attività non avviate o non completate entro le date di fine previste dal cronoprogramma e relative motivazioni**

Vedi punto 1.

3. **Specificazione delle attività e/o traguardi eliminati o modificati rispetto a quelli indicati nel cronoprogramma iniziale e relative motivazioni**

Anticipazione attività individuazione target.

4. **Punti di forza e criticità nella realizzazione del piano**

Tutte le ASL hanno presentato un piano attuativo per la linea progettuale B4 in cui individuano contesto organizzativo, popolazione target e tempi dell'intervento.

5. **Ogni altro elemento utile all'analisi e interpretazione dello stato dell'arte del piano**

Linea progettuale C1: Realizzare corsi di formazione per il personale coinvolto nelle attività del piano

Relazione

1. **Descrizione sintetica delle attività svolte e/o in corso di svolgimento**

Sono stati individuati gli operatori da inviare al corso nazionale. Sono stati definiti i criteri per la partecipazione al corso regionale (max 30 partecipanti, 2 referenti stradali e domestici per ASL e un referente per eventuali coinvolgimenti attivi di altri servizi esterni al dipartimento di prevenzione).

Successivamente al corso nazionale, previsto per aprile 2007, verranno realizzati corsi a cascata per le ASL. L'ASP sta collaborando con il CCM per l'organizzazione del corso nazionale su incidenti stradali e domestici il cui programma è già stato definito.

E' stata avviata un'analisi della letteratura esistente per la formazione del personale coinvolto nelle attività del piano, anche se la definizione del materiale informativo dipenderà principalmente dai risultati dei gruppi di lavoro che si riuniranno durante il corso nazionale.

2. **Specificazione delle attività non avviate o non completate entro le date di fine previste dal cronoprogramma e relative motivazioni**

L'inizio dell'attività di inizio dei corsi è posticipata rispetto a quanto previsto e successiva allo svolgimento del corso nazionale programmato per aprile 2007.

3. **Specificazione delle attività e/o traguardi eliminati o modificati rispetto a quelli indicati nel cronoprogramma iniziale e relative motivazioni**

4. **Punti di forza e criticità nella realizzazione del piano**



Esiste un piano nazionale che fornirà strumenti uniformi per la formazione. Le attività di formazione, dove particolarmente rilevanti, sono state incluse nei cronoprogrammi delle altre linee di attività, ciò ha portato a includerle capillarmente nei piani attuativi delle ASL. I tempi per la cascata formativa a livello regionale e aziendale sono molto ristretti e difficilmente potranno portare all'accREDITAMENTO ECM dei corsi a livello locale.

5. Ogni altro elemento utile all'analisi e interpretazione dello stato dell'arte del piano

Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007

Relazione sullo stato di avanzamento al 31 dicembre 2006

Titolo del progetto: Sorveglianza e prevenzione degli incidenti stradali.

Referente: Sara Farchi

Linea progettuale sorveglianza-fase 1: Implementazione /rafforzamento del sistema di sorveglianza.

Relazione

6. Descrizione sintetica delle attività svolte e/o in corso di svolgimento

E' stato costituito il gruppo di coordinamento tecnico regionale nei tempi previsti dal cronoprogramma.

L'attività di rilevazione verrà effettuata dall'ASP stessa: sono stati definiti contenuti, modalità di raccolta e di diffusione delle informazioni provenienti dai sistemi informativi sulle ospedalizzazioni, accessi in pronto soccorso e mortalità. Sono stati elaborati reports per ASL sui dati raccolti attraverso il sistema di sorveglianza pilota per gli anni 2000 e 2004; la diffusione e pubblicazione dei reports è programmata per i prossimi mesi.

7. Specificazione delle attività non avviate o non completate entro le date di fine previste dal cronoprogramma e relative motivazioni

Al 31/12/06 tutte le attività previste dal cronoprogramma sono state completate.

8. Specificazione delle attività e/o traguardi eliminati o modificati rispetto a quelli indicati nel cronoprogramma iniziale e relative motivazioni



I corsi di formazione regionali potranno attuarsi solo dopo lo svolgimento dei corsi nazionali programmati per aprile.

Nel cronoprogramma iniziale la comunicazione al garante era prevista nell'arco dei primi mesi del 2007, ma si è ritenuto spostarla ai primi 3 mesi del 2008 in quanto è successiva all'avvio collaborazione con ISTAT.

9. Punti di forza e criticità nella realizzazione del piano

I sistemi informativi della regione Lazio, utilizzati nel sistema di sorveglianza degli incidenti domestici, sono a regime da diversi anni e i dati prodotti hanno un ottimo livello di affidabilità.

Il punto di debolezza del piano è l'utilizzo dei dati ISTAT a livello regionale, che è sottoposto al vincolo della volontà di partecipazione dell'ISTAT stesso e del parere positivo da parte del garante. Per ovviare a questo punto critico si è stabilito di avviare collaborazioni tra le ASL e la polizia municipale (sorveglianza-FASE 2) e si stanno sviluppando metodi di record linkage probabilistico per utilizzare eventuali SI non nominativi.

Una chance realistica per ottenere un parere positivo da parte del garante è che il ministero si faccia promotore dell'iniziativa come una proposta di sistema di sorveglianza degli incidenti stradali che nel tempo diventerà nazionale.

10. Ogni altro elemento utile all'analisi e interpretazione dello stato dell'arte del piano

Si rimarca l'interesse e la forte collaborazione tra Assessorato, ASP e ASL. In questo senso dal momento dell'avvio del piano sono state effettuate 4 riunioni del gruppo di coordinamento. Sono state anche effettuate riunioni separate tra ASP ed ogni singola ASL al fine di rendere congruenti i piani e cronoprogrammi aziendali con quello regionale.

Linea progettuale sorveglianza fase 2: Implementazione di un sistema di sorveglianza georeferenziato in grado di fornire mappe di rischio per gli incidenti stradali.

Relazione

6. Descrizione sintetica delle attività svolte e/o in corso di svolgimento

Le ASL hanno costituito i gruppi di coordinamento aziendale. Alcune hanno già contattato i comandi della polizia municipale, altre stanno procedendo nella stessa direzione. A livello regionale sono stati contattati i componenti del gruppo di coordinamento regionale (chiedere ad Amalia di specificare) per garantire una collaborazione tra gli organi di Polizia e le ASL.



7. Specificazione delle attività non avviate o non completate entro le date di fine previste dal cronoprogramma e relative motivazioni

Al 31/12/06 sono state avviate le attività previste dal cronoprogramma.

8. Specificazione delle attività e/o traguardi eliminati o modificati rispetto a quelli indicati nel cronoprogramma iniziale e relative motivazioni

9. Punti di forza e criticità nella realizzazione del piano

La collaborazione con gli organi di polizia necessita di un mandato forte soprattutto nelle ASL di Roma.

10. Ogni altro elemento utile all'analisi e interpretazione dello stato dell'arte del piano

La regione Lazio intende usufruire dell'affiancamento che verrà proposto dal CCM per realizzare le mappe di rischio.

Linea progettuale sottoprogetto prevenzione

Relazione

6. Descrizione sintetica delle attività svolte e/o in corso di svolgimento

Le attività previste nel piano sono coerenti con i tempi definiti. E' stato costituito il gruppo tecnico regionale, alcune delle ASL hanno attivato i tavoli di collaborazione, altre hanno preso contatti per avviarli; è stata fatta da parte delle ASL una verifica dell'esistente. Alcune ASL hanno avviato protocolli di intesa con le forze dell'ordine. E' stato fatto un censimento delle azioni di comprovata efficacia in letteratura. Si rimanda al corso Nazionale CCM ed al corso regionale seguente l'individuazione di azioni efficaci e realizzabili nel territorio regionale.

7. Specificazione delle attività non avviate o non completate entro le date di fine previste dal cronoprogramma e relative motivazioni

8. Specificazione delle attività e/o traguardi eliminati o modificati rispetto a quelli indicati nel cronoprogramma iniziale e relative motivazioni

9. Punti di forza e criticità nella realizzazione del piano

Tutte le ASL hanno presentato un piano attuativo per la linea progettuale in cui individuano contesto organizzativo, popolazione target e tempi dell'intervento.

10. Ogni altro elemento utile all'analisi e interpretazione dello stato dell'arte del piano



Linea progettuale formazione: Realizzare corsi di formazione per il personale coinvolto nelle attività del piano

Relazione

6. Descrizione sintetica delle attività svolte e/o in corso di svolgimento

Sono stati individuati gli operatori da inviare al corso nazionale. Sono stati definiti i criteri per la partecipazione al corso regionale (max 30 partecipanti, 2 referenti stradali e domestici per ASL e un referente per eventuali coinvolgimenti attivi di altri servizi esterni al dipartimento di prevenzione). Successivamente al corso nazionale, previsto per aprile 2007, verranno realizzati corsi a cascata per le ASL. L'ASP sta collaborando con il CCM per l'organizzazione del corso nazionale su incidenti stradali e domestici il cui programma è già stato definito.

E' stata avviata un'analisi della letteratura esistente per la formazione del personale coinvolto nelle attività del piano, anche se la definizione del materiale informativo dipenderà principalmente dai risultati dei gruppi di lavoro che si riuniranno durante il corso nazionale.

7. Specificazione delle attività non avviate o non completate entro le date di fine previste dal cronoprogramma e relative motivazioni

L'inizio dell'attività di inizio dei corsi è posticipata rispetto a quanto previsto e successiva allo svolgimento del corso nazionale programmato per aprile 2007.

8. Specificazione delle attività e/o traguardi eliminati o modificati rispetto a quelli indicati nel cronoprogramma iniziale e relative motivazioni

9. Punti di forza e criticità nella realizzazione del piano

Esiste un piano nazionale che fornirà strumenti uniformi per la formazione. Le attività di formazione, dove particolarmente rilevanti, sono state incluse nei cronoprogrammi delle altre linee di attività, ciò ha portato a includerle capillarmente nei piani attuativi delle ASL. I tempi per la cascata formativa a livello regionale e aziendale sono molto ristretti e difficilmente potranno portare all'accREDITAMENTO ECM dei corsi a livello locale.

10. Ogni altro elemento utile all'analisi e interpretazione dello stato dell'arte del piano



nell'ambito del Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della Rosolia congenita, mentre sono continuate le attività ordinarie (att. AC1, AC2, AC3) e quelle previste per la campagna di vaccinazione antinfluenzale (att. AC21, AC22).

Per l'obiettivo 3 (miglioramento dei servizi vaccinali), è stato definito e distribuito a tutte le ASL il questionario necessario alla ricognizione delle caratteristiche strutturali, delle risorse umane ed all'organizzazione dei servizi vaccinali. La raccolta dei dati (att. AV3, QS1, QS 2, QS 8), avviata all'inizio del 2007, è attualmente in corso di svolgimento e si dovrebbe concludere entro la fine di marzo 2007.

2. Attività non avviate o non completate entro le date di fine previste dal cronoprogramma e relative motivazioni

A causa del ritardato avvio del programma, che nei fatti è cominciato nel 2006 e non come previsto nel 2005, si è verificato uno slittamento generale di circa 12 mesi delle date previste nel cronoprogramma originale. La data di conclusione di molte attività, precedentemente prevista per il dicembre 2007 data ufficiale di conclusione del progetto, è stata quindi spostata alla fine del 2008. Il cronoprogramma allegato rappresenta un aggiornamento sulle date previste nella formulazione originale, mentre la data di inizio di molte attività è stata rispettata si è reso necessario lo spostamento di 12 mesi per la conclusione di alcune di esse.

Nonostante questo ritardo iniziale la parte di programmazione è proceduta regolarmente ed è ormai completata, sia a livello regionale che di ASL, al contempo si sono verificati ritardi su specifiche attività. In particolare, per l'area vaccinazioni, il trasferimento dell'anagrafe vaccinale è rimasto nella forma di piano, formulato della ASL capofila (Roma C), e non è ancora stata avviata la sistemazione dei locali per l'immagazzinamento dei registri cartacei. Quasi tutte le ASL dispongono ormai di una anagrafe aziendale, mentre la costituzione dell'anagrafe regionale non è ancora stata avviata dall'ASP, che ha il compito di realizzare questa attività.



LAZIOSANITÀ - AGENZIA DI SANITÀ PUBBLICA



Regione Lazio

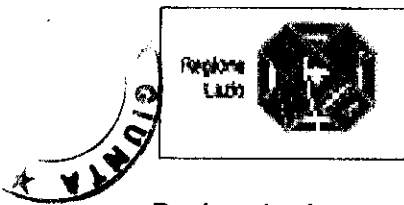


Il piano è stato formulato sulla base di attività già avviate disponendo di una serie di referenti aziendali già nominati ed operativi per la campagna di eliminazione del morbillo. Questo ha garantito un vantaggio iniziale rispetto ad altri piani di prevenzione che proponevano nuove attività. Allo stesso tempo lo scarso interesse per le attività di vaccinazione già dimostrato in passato da molte direzioni aziendali rischia di non essere superato senza un'azione decisa da parte della Regione nei confronti dei livelli decisionali delle varie ASL

8. Ogni altro elemento utile all'analisi e interpretazione dello stato dell'arte del piano.

Non esistono ulteriori elementi da segnalare a parte quelli già esposti





ALLEG. alla DELIB. N. 835 *lu*
DEL 3.0 OTT. 2007

Regione Lazio
Direzione Regionale Programmazione sanitaria, Politica di prevenzione,
Sicurezza sul lavoro

Allegato 2



PIANO DELLA PREVENZIONE 2005 - 2007

CRONOPROGRAMMI DI ATTUAZIONE



*Il presente documento
è formato da
pagg 44*

Cruscogramma

Codice attività	Descrizione attività	Peso % attività	Data inizio prevista	Data fine prevista	Traguardo	Eventuali finanziamenti a Carifab	Data inizio attività	Data fine attività	Valore riferito del budget (€)	Avv.
1	Costituzione Comitato coordinamento regionale	2	Febbraio 2006	Febbraio 2006	Fornitura di informazioni del gruppo		luglio 2006	luglio 2006	100%	
2	Costituzione Comitato Scientifico	2	Febbraio 2006	Febbraio 2006	Fornitura di informazioni del gruppo		dicembre 2006		75%	Sono state individuate le figure responsabili e il Comitato Scientifico, appoggiando il Presidente della Regione, della Associazione dei pazienti di MMG della Società Scientifica di Endocrinologia e Diabete, i relativi incarichi per il progetto, i responsabili del CD. Si procederà alla formalizzazione del gruppo.
5	Completamento Comitato Budget	1	Febbraio 2006	Febbraio 2006	Fornitura di informazioni del gruppo		febbraio 2007	febbraio 2007	100%	E' presente un'attività centrale ASP-Regione relativa al budget per tutti i Piani regionali di Prevenzione. L'attività concerne quindi anche il progetto Igea, con validazione del budget per le singole ASL.
4	Completamento 1° meeting Comitato Scientifico	1	Marzo 2006	Marzo 2006	Comunicazione convocazione				0%	
5	2° meeting 1° meeting Comitato Scientifico	1	Marzo 2006	Marzo 2006	Validità meeting				0%	
6	Costituzione gruppo di lavoro specifico	1	Marzo 2006	Marzo 2006	Validità meeting				0%	
7	Individuazione Linea guida di riferimento	2			Documento LO				0%	E' prevista la sua definizione e livello tecnico per marzo 2007
8	Definizione del percorso diagnostico terapeutico	5	Aprile 2006, completamento con i documenti del prodotto di cui alla fase 7	Giugno 2006	Documento percorso diagnostico-terapeutico				0%	Il suo svolgimento è subordinato alla disponibilità del prodotto di cui alla fase 7. Si procede alla definizione del percorso diagnostico-terapeutico nel Piano, con il fine di definire il livello di assistenza per il diabete e la possibilità di prevenzione delle complicanze in tale ambito e per avviare il lavoro di definizione dei percorsi terapeutici.
9	Completamento attività diabetologiche, monitoraggio produzione percorsi, ricerca innovativa/tecnologica, ricerca scientifica e una rete strutture diabetologiche delle ASL, IRIE, IRIE, IRIE	4	Aprile 2006	Giugno 2006	Sollecito di informazioni complete		marzo 2006	luglio 2006	100%	Nel marzo 2006 è stata inviata, all'Assessorato alla Sanità e a cura del gruppo di lavoro regionale, una relazione di lavoro di riferimento del Piano, con il fine di definire il livello di assistenza per il diabete e la possibilità di prevenzione delle complicanze in tale ambito e per avviare il lavoro di definizione dei percorsi terapeutici. La fase di individuazione dei dati e materiali delle strutture è nella sua fase conclusiva. Si sta procedendo all'aggiornamento del percorso e della rete di strutture diabetologiche delle ASL, coinvolto nella sperimentazione, in particolare in relazione ai requisiti del SI-Obiettivo e alla possibilità di avviare il lavoro di cui alla fase 7.
10	Individuazione strutture sottospesite e MMG partner per il progetto	4	Luglio 2006, a conclusione della fase 8	Luglio 2006	Campagna MMG e CD		ottobre 2006		75%	
11	Costituzione gruppo operativo territoriale	2	Luglio 2006, a conclusione della fase 10	Luglio 2006	Validità meeting		dicembre 2006		50%	
12	Caratterizzazione percorsi diagnostico-terapeutico: incontri e livello di ASL (gruppi operativi territoriali) per implementare il piano del percorso, individuazione dei centri di riferimento, individuazione risorse necessarie per adeguamento alla realtà ASL del percorso	5	Settembre 2006, a conclusione della fase 9 e 11	Ottobre 2006	Documento operativo del percorso diagnostico-terapeutico con relativi aspetti di formalizzazione ed eventuali aspetti organizzativi per l'implementazione				0%	Fase di implementazione e successivo alla conclusione della fase precedente.
13	Progetti per completamento del lavoro attività e livello delle strutture ASL, livello di implementazione dell'implementazione CD e MMG per la realizzazione del percorso	2	Novembre 2006, a conclusione della fase 12	Novembre 2006	Documento tecnico relativo al percorso diagnostico-terapeutico e relativi aspetti. Approvazione spesa per l'implementazione				0%	Fase di implementazione e successivo alla conclusione della fase precedente.
14	Adeguamento CD e MMG per la realizzazione del percorso, formalizzazione degli accordi	3	Dicembre 2006, a conclusione della fase 13	Gennaio 2007	Adempimenti formali					
15	Definizione dei dati da raccogliere per il monitoraggio e valutazione degli indicatori, definizione degli strumenti per la raccolta dei dati e per il sistema di raccolta dei dati	5	Settembre 2006	Novembre 2006, completamento alla conclusione della fase 13 e implementazione con la disponibilità del prodotto di cui alla fase 7. Si procede all'aggiornamento del piano, coinvolto nella sperimentazione, in particolare in relazione ai requisiti del SI-Obiettivo e alla possibilità di avviare il lavoro di cui alla fase 7.	Documento indicatori (prevalenza e mortalità di diabete)				0%	Fase di implementazione e successivo alla conclusione della fase precedente.
16	Definizione delle caratteristiche tecniche del prodotto informativo	5	Dicembre 2006, a conclusione della fase 15	Gennaio 2007	Specifiche tecniche					
17	Definizione del responsabile e degli amministratori del sistema informativo	5	Dicembre 2006, a conclusione della fase 15	Gennaio 2007	Forma del responsabile e degli amministratori del sistema. Specifiche tecniche. Specifiche tecniche.					
18	Definizione del sistema informativo	5	Dicembre 2006, a conclusione della fase 15	Gennaio 2007	Forma del responsabile e degli amministratori del sistema. Specifiche tecniche. Specifiche tecniche.					
19	Definizione del sistema informativo	5	Dicembre 2006, a conclusione della fase 15	Gennaio 2007	Forma del responsabile e degli amministratori del sistema. Specifiche tecniche. Specifiche tecniche.					
20	Definizione del sistema informativo	5	Dicembre 2006, a conclusione della fase 15	Gennaio 2007	Forma del responsabile e degli amministratori del sistema. Specifiche tecniche. Specifiche tecniche.					
21	Definizione del sistema informativo	5	Dicembre 2006, a conclusione della fase 15	Gennaio 2007	Forma del responsabile e degli amministratori del sistema. Specifiche tecniche. Specifiche tecniche.					
22	Definizione del sistema informativo	5	Dicembre 2006, a conclusione della fase 15	Gennaio 2007	Forma del responsabile e degli amministratori del sistema. Specifiche tecniche. Specifiche tecniche.					
23	Definizione del sistema informativo	5	Dicembre 2006, a conclusione della fase 15	Gennaio 2007	Forma del responsabile e degli amministratori del sistema. Specifiche tecniche. Specifiche tecniche.					
24	Definizione del sistema informativo	5	Dicembre 2006, a conclusione della fase 15	Gennaio 2007	Forma del responsabile e degli amministratori del sistema. Specifiche tecniche. Specifiche tecniche.					
25	Definizione del sistema informativo	5	Dicembre 2006, a conclusione della fase 15	Gennaio 2007	Forma del responsabile e degli amministratori del sistema. Specifiche tecniche. Specifiche tecniche.					
26	Definizione del sistema informativo	5	Dicembre 2006, a conclusione della fase 15	Gennaio 2007	Forma del responsabile e degli amministratori del sistema. Specifiche tecniche. Specifiche tecniche.					
27	Definizione del sistema informativo	5	Dicembre 2006, a conclusione della fase 15	Gennaio 2007	Forma del responsabile e degli amministratori del sistema. Specifiche tecniche. Specifiche tecniche.					
28	Definizione del sistema informativo	5	Dicembre 2006, a conclusione della fase 15	Gennaio 2007	Forma del responsabile e degli amministratori del sistema. Specifiche tecniche. Specifiche tecniche.					
29	Definizione del sistema informativo	5	Dicembre 2006, a conclusione della fase 15	Gennaio 2007	Forma del responsabile e degli amministratori del sistema. Specifiche tecniche. Specifiche tecniche.					
30	Definizione del sistema informativo	5	Dicembre 2006, a conclusione della fase 15	Gennaio 2007	Forma del responsabile e degli amministratori del sistema. Specifiche tecniche. Specifiche tecniche.					
31	Definizione del sistema informativo	5	Dicembre 2006, a conclusione della fase 15	Gennaio 2007	Forma del responsabile e degli amministratori del sistema. Specifiche tecniche. Specifiche tecniche.					
32	Definizione del sistema informativo	5	Dicembre 2006, a conclusione della fase 15	Gennaio 2007	Forma del responsabile e degli amministratori del sistema. Specifiche tecniche. Specifiche tecniche.					
33	Definizione del sistema informativo	5	Dicembre 2006, a conclusione della fase 15	Gennaio 2007	Forma del responsabile e degli amministratori del sistema. Specifiche tecniche. Specifiche tecniche.					
34	Definizione del sistema informativo	5	Dicembre 2006, a conclusione della fase 15	Gennaio 2007	Forma del responsabile e degli amministratori del sistema. Specifiche tecniche. Specifiche tecniche.					
35	Definizione del sistema informativo	5	Dicembre 2006, a conclusione della fase 15	Gennaio 2007	Forma del responsabile e degli amministratori del sistema. Specifiche tecniche. Specifiche tecniche.					
36	Definizione del sistema informativo	5	Dicembre 2006, a conclusione della fase 15	Gennaio 2007	Forma del responsabile e degli amministratori del sistema. Specifiche tecniche. Specifiche tecniche.					
37	Definizione del sistema informativo	5	Dicembre 2006, a conclusione della fase 15	Gennaio 2007	Forma del responsabile e degli amministratori del sistema. Specifiche tecniche. Specifiche tecniche.					
38	Definizione del sistema informativo	5	Dicembre 2006, a conclusione della fase 15	Gennaio 2007	Forma del responsabile e degli amministratori del sistema. Specifiche tecniche. Specifiche tecniche.					
39	Definizione del sistema informativo	5	Dicembre 2006, a conclusione della fase 15	Gennaio 2007	Forma del responsabile e degli amministratori del sistema. Specifiche tecniche. Specifiche tecniche.					

PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE 2005-2007: MODELLO DI CRONOGRAMMA PER I PIANI REGIONALI
 Linea progettuale "Prevenzione delle recidive degli accidenti cardiovascolari"

Titolo del progetto: Pianificazione d'interventi di sorveglianza e prevenzione delle recidive di accidenti cardiocerebrovascolari nel Lazio

Referenti di progetto: Assessorato alla Sanità della regione Lazio - Maria Stefani Lorenzoni milorenzoni@regione.lazio.it tel.06. 51584677; Lazio Sanità -ASP-Agenzie di Sanità Pubblica -Lazio - Assunta De Luca; deluca@spazio.it tel. 06. 83060446

Cronoprogramma

Codice attività	Descrizione attività	Pianificazione				Traguardo	Eventuali vincoli o criticità	Avanzamento			note
		Peso % sottoprogetti su tutto il progetto	Peso % attività del sottoprogetto	Data inizio prevista	Data fine prevista			Data inizio effettiva	Data fine effettiva	valore rilevato del traguardo (%)	
1	Azioni preliminari Costituzione di un gruppo di coordinamento regionale	1%		1-ott-06	15-nov-06	decisione di costituzione del gruppo;		1-ott-06	15-nov-06	100%	
2	interventi per la sorveglianza costituzione di un sottogruppo tecnico che coordina le attività previste per la sorveglianza	29%		15-nov-06	30-nov-06	decisione di costituzione del gruppo;		15-nov-06	30-nov-06	100%	
3a	Potenziamento del registro per l'ictus acuto nel PS della regione; pianificazione formazione ed attività	10%		1-dic-06	30-apr-07	1 documento tecnico delle procedure adottate;		15-nov-06	30-nov-06	100%	
3b	Potenziamento del registro per l'ictus acuto nel PS della regione; aggiornamento degli operatori sanitari	8%		1-mag-07	31-dic-08	documentazione attestante gli eventi formativi ed il numero di personale formato	Adesione costante delle strutture; difficoltà formative per elevato turn over personale sanitario	1-gen-07		25%	L'inizio dell'intervento può essere non contemporaneo di tutte le aziende partecipanti
3c	Potenziamento del registro per l'ictus acuto nel PS della regione; implementazione del registro	4%		1-giu-07	31-dic-08	copertura del registro (registrazione casi di ictus in almeno un PS per ASL coinvolta nel progetto)	Adesione costante delle strutture; difficoltà formative per elevato turn over personale sanitario				L'inizio dell'intervento può essere non contemporaneo di tutte le aziende partecipanti
4	Implementazione di procedure di integrazione dei dati del registro con i dati dei sistemi informativi sanitari regionali	4%		1-ott-07	31-dic-08	1 documento tecnico procedure adottate;					
5	Produzione di dati epidemiologici intermedi	3%		1-mag-08	30-mag-08	1 documento tecnico dei risultati intermedi					
6	Produzione di dati epidemiologici finali	3%		1-dic-08	31-dic-08	1 documento tecnico dei risultati ottenuti; Report annuale sui dati raccolti con il registro ictus acuto e sistemi informativi sanitari (qualità buona dei dati - 60% primi sei mesi; successivamente 85%);					
7	Integrazione dei dati del sistema di sorveglianza con il sistema informativo dei MMG e centri specialistici	5%		1-feb-08	31-mag-08	1 documento tecnico sulle procedure	in relazione a quanto è se realizzato dal progetto cardiocircolatorio della prima fase della P. A. (carta del rischio)				
8,9	Valutazione, intermedi e finali, delle attività con indicatori appositamente sviluppati; Diffusione dei risultati	1%		1-mag-08 1-dic-08	31-mag-08 31-dic-08	1 documento finale dati e procedure; organizzazione 1 evento pubblico per diffusione dei dati					2

Codice attività	Descrizione attività	Peso % sottoprogetti su tutto il progetto	Peso % attività del sottoprogetto	Data inizio prevista	Data fine prevista	Traguardo	Eventuali vincoli o criticità	Data inizio effettiva	Data fine effettiva	valore rilevato del traguardo (*)	Note
10	Interventi per la prevenzione Costituzione di un sottogruppo tecnico	70%	1%	1-nov-06	30-nov-06	decisione di costituzione del gruppo;		1-nov-06	30-nov-06	100%	
11,12	Identificazione dei servizi e delle strutture che operano per favorire il controllo dei fattori di rischio modificabili e delle strutture ospedaliere che ricoverano pazienti con patologie cerebrovascolari; individuazione di un campione di strutture da		1%	15-nov-06	15-dic-06	documento metodologico per la definizione del campione di strutture		15-nov-06	15-dic-06	100%	
13	Definizione delle indicazioni sulle modalità di dimissione dei pazienti con infarto e con iclus;		25%	1-dic-06	31-mar-07	1 documento d'indirizzo sulle modalità di dimissione dei pazienti dai reparti;		1-gen-07		25%	
14	Progettazione e realizzazione del piano di formazione del personale sanitario ospedaliero e territoriale identificato per la prevenzione delle recidive di malattie cardio e cerebrovascolari attraverso la formazione di "facilitatori"		15%	1-feb-07	31-dic-08	1 documento sul numero e tipo di corsi effettuati; numero totale di personale formato nelle Asl partecipanti	Difficoltà organizzative e d attuative delle AsL coinvolte				L'inizio dell'intervento può essere non contemporaneo di tutte le aziende partecipanti
15	sperimentazione e diffusione delle indicazioni sulle modalità di dimissione del paziente con infarto e con iclus mediante informatizzazione delle schede di dimissione presso le strutture, con centralizzazione dell'archivio dei dati presso l'ASP		5%	1-apr-07	31-dic-08	1 documento tecnico sul sistema informativo e sull'applicativo informatico implementazione delle modalità di dimissione dei servizi/reparti coinvolti nello studio (60% dei pazienti con iclus o IMA nei primi 6 mesi e 85% nei mesi successivi ai primi 6)	Difficoltà organizzative e d attuative delle AsL coinvolte				L'inizio dell'intervento può essere non contemporaneo di tutte le aziende partecipanti
16	Attuazione di iniziative educative per i pazienti;		10%	15-gen-08	30-nov-08	produzione di materiale divulgativo da parte delle AsL partecipanti	Difficoltà organizzative e d attuative delle AsL coinvolte				L'inizio dell'intervento può essere non contemporaneo di tutte le aziende partecipanti
17, 18	Valutazione, intermedia e finali, degli interventi con indicatori appositamente sviluppati; Presentazione dei risultati raggiunti		2%	01-mag-08	31-mag-08	report dati raccolti; organizzazione di un evento					
19	Pianificazione di una proposta di diffusione degli interventi sperimentati su tutto il territorio regionale		2%	01-nov-08	31-dic-08						
		100%	100%	01-dic-08	31-dic-08	1 documento tecnico					

(*) indicare la percentuale di avanzamento dell'attività alla data richiesta per la relazione semestrale, scegliendo uno dei seguenti valori: 0%, 25%, 50%, 75%, 100%



PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE 2005-2007: MODELLO DI CRONOGRAMMA PER I PIANI REGIONALI
 Linea progettuale "Prevenzione delle recidive degli incidenti cardiovascolari"

Referenti di progetto: Assessorato alla Sanità della regione Lazio - Maria Stefani Lorenzoni milenzoni@regione.lazio.it tel.06.51684577; Lazio Sanità -ASP Agenzia di Sanità Pubblica Lazio - Assunta De Luca; deluca@spazio.it tel. 06.82060446

Titolo del progetto: Pianificazione di interventi di sorveglianza e prevenzione delle recidive di incidenti cardiovascolari nel Lazio

Codice attività	Descrizione attività	Pianificazione				Cronoprogramma				Eventuali vincoli o criticità	Avanzamento	note	
		Peso % sottoprogetti su tutto il progetto	Data inizio prevista	Data fine prevista	Traguardo	Data inizio effettiva	Data fine effettiva	valore rilevato del traguardo (%)					
1	Azioni preliminari Costituzione di un gruppo di coordinamento regionale	1%	1-ott-06	15-nov-06	decisione di costituzione del gruppo;	1-ott-06	15-nov-06						
2	Interventi per la sorveglianza costituzione di un sottogruppo tecnico che coordina le attività previste per la sorveglianza	29%	15-nov-06	30-nov-06	decisione di costituzione del gruppo;	15-nov-06	30-nov-06			100%			
3a	Potenziamento del registro per l'ictus acuto nel PS della regione; pianificazione formazione ed attività	10%	1-dic-06	30-apr-07	1 documento tecnico delle procedure adottate;	1-dic-06	30-apr-07			100%			
3b	Potenziamento del registro per l'ictus acuto nel PS della regione; l'aggiornamento degli operatori sanitari	8%	1-mag-07	31-dic-08	documentazione attestante gli eventi formativi ed il numero del personale formato	1-mag-07	31-dic-08			25%			L'inizio dell'intervento può essere non contemporaneo di tutte le aziende partecipanti
3c	Potenziamento del registro per l'ictus acuto nel PS della regione; implementazione del registro	4%	1-giu-07	31-dic-08	copertura del registro (registrazione casi di ictus in almeno un PS per ASL coinvolta nel progetto)	1-giu-07	31-dic-08						L'inizio dell'intervento può essere non contemporaneo di tutte le aziende partecipanti
4	Implementazione di procedure di integrazione dei dati del registro con i dati dei sistemi informativi sanitari regionali	4%	1-ott-07	31-dic-08	1 documento tecnico procedure adottate;	1-ott-07	31-dic-08						
5	Produzione di dati epidemiologici intermedi	3%	1-mag-08	30-mag-08	1 documento tecnico dei risultati intermedi	1-mag-08	30-mag-08						
6	Produzione di dati epidemiologici finali	3%	1-dic-08	31-dic-08	1 documento tecnico dei risultati ottenuti; Report annuale su dati raccolti con il registro ictus acuto e sistemi informativi sanitari (qualità buona dei dati - 60% primi sei mesi; successivamente 85%);	1-dic-08	31-dic-08						
7	Integrazione dei dati del sistema di sorveglianza con il S. Tema Informativo dei MMG e centri specialistici	5%	1-feb-08	31-mag-08	1 documento tecnico sulle procedure	1-feb-08	31-mag-08						
B.9	Valutazione, intermedi e finali, delle attività con indicatori appositamente sviluppati; Diffusione dei risultati	1%	1-mag-08 1-dic-08	31-mag-08 31-dic-08	1 documento finale dati e procedure; organizzazione 1 evento pubblico per diffusione dei dati	1-mag-08 1-dic-08	31-mag-08 31-dic-08						



Codice attività	Descrizione attività	Peso % sottoprogetti su tutto il progetto	Peso % attività del sottoprogetto	Data inizio prevista	Data fine prevista	Traguardo	Eventuali vincoli o criticità	Data inizio effettiva	Data fine effettiva	valore rilevato del traguardo (*)
10	Interventi per la prevenzione Costituzione di un sottogruppo tecnico	70%	1%	1-nov-06	30-nov-06	decisione di costituzione del gruppo;		1-nov-06	30-nov-06	100%
11, 12	Identificazione dei servizi e delle strutture che operano per favorire il controllo dei fattori di rischio modificabili e delle strutture ospedaliere che ricoverano pazienti con patologie cerebrovascolari; Individuazione di un campione di strutture della regione per la sperimentazione degli interventi		1%	15-nov-06	15-dic-06	documento metodologico per la definizione del campione di strutture		15-nov-06	15-dic-06	100%
13	Definizione delle indicazioni sulle modalità di dimissione dei pazienti con infarto e con ictus;		25%	1-dic-06	31-mar-07	1 documento d'indirizzo sulle modalità di dimissione dei pazienti dai reparti;		1-gen-07		25%
14	progettazione e realizzazione del piano di formazione del personale sanitario ospedaliero e territoriale identificato per la prevenzione delle recidive di malattie cardio e cerebrovascolari; attraverso la formazione di "facilitatori"		15%	1-feb-07	31-dic-08	1 documento sul numero e tipo di corsi effettuati; numero totale di personale formato nelle Asl partecipanti	Difficoltà organizzative e d attuative delle AsL coinvolte			L'inizio dell'intervento può essere non contemporaneo di tutte le aziende partecipanti
15	sperimentazione e diffusione delle indicazioni sulle modalità di dimissione del paziente con infarto e con ictus mediante informatizzazione delle schede di dimissione presso le strutture, con centralizzazione dell'archivio dei dati presso l'ASP.		5%	1-apr-07	31-dic-08	1 documento tecnico sul sistema informativo e sull'applicativo informatico; implementazione delle modalità di dimissione dei servizi/reparti coinvolti nello studio (80% dei pazienti con ictus o IMA nei primi 6 mesi e 85% nei mesi successivi ai primi 6)	Difficoltà organizzative e d attuative delle AsL coinvolte			L'inizio dell'intervento può essere non contemporaneo di tutte le aziende partecipanti
16	Attuazione di iniziative educative per i pazienti		10%	15-gen-08	30-nov-08	produzione di materiale divulgativo da parte delle AsL partecipanti	Difficoltà organizzative e d attuative delle AsL coinvolte			L'inizio dell'intervento può essere non contemporaneo di tutte le aziende partecipanti
17, 18	Valutazione, intermedie e finali, degli interventi con indicatori appositamente sviluppati; Presentazione dei risultati raggiunti		2%	01-mag-08 01-nov-08	31-mag-08 31-dic-08	report dati raccolti; organizzazione di un evento				
19	Pianificazione di una proposta di diffusione degli interventi sperimentati su tutto il territorio regionale		2%	01-dic-08	31-dic-08	1 documento tecnico				
		100%	100%							

(*) indicare la percentuale di avanzamento dell'attività alla data richiesta per la relazione semestrale, scegliendo uno dei seguenti valori: 0%, 25%, 50%, 75%, 100%

PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE 2005-2007: STATO DI AVANZAMENTO DEI PIANI REGIONALI AL 31 DICEMBRE 2006 E RIMODULAZIONE DEL PROGETTO

Titolo del progetto		Progetto di consolidamento screening del cancro del colon retto									
Linea progettuale		Attuazione dello screening per il cancro del colon retto con il test del sangue occulto fecale su popolazione a rischio generico									
Referente di progetto (nominativo, recapiti)		dott.ssa Alessandra Barca 06-83060454.barca@aspazio.it									
Cronoprogramma											
Codice attività	Descrizione attività	Peso % attività	Pianificazione				Avanzamento				
			Data inizio prevista	Data fine prevista	Traguardo	Eventuali vincoli o criticità	Data inizio effettiva	Data fine effettiva	Valore rilevato del traguardo	Note	
1	Attivazione PS cancro coloretale sulla ASL campionate per lo studio di fattibilità (almeno un centro di gastroenterologia)	30%	01/04/2005	30/04/2007	Specializzazione in oncologia popolazione target entro il 2007			01/04/2005	30/04/2007	80%	entro la data fine prevista si attiveranno le due ASL che sono state campionate per il progetto di fattibilità e che non risultano essere state già attivate.
2	Attivazione dello screening su tutte le ASL del Lazio (almeno un centro di gastroenterologia)	15%	01/05/2007	31/07/2007						0%	accordi con i centri non campionati nello studio di fattibilità
3	Formazione dei medici di medicina generale	5%	01/04/2005	30/03/2005	Formazione entro il 2005			01/04/2005		100%	tutti i medici campionati nelle ASL fuori Roma sono stati formati sia sul PS che sull'utilizzo del SI
4	Formazione personale	5%	01/04/2005	31/07/2007	Attivazione entro il 2007			01/04/2005		25%	tutto il personale operante nei centri attivati ha effettuato incontri formativi sul PS, sull'OC sensor e sull'utilizzo del SI
5	Monitoraggio del programma mediante l'utilizzo di un set di indicatori	5%	01/04/2005	Semestrale	Monitoraggio entro il 2007			01/04/2005		100%	E' stato predisposto un report sui volumi di attività e incongruenze che viene inviato ai centri con periodicità trimestrale.
6	Valutazione della qualità del programma.	5%	01/04/2005	Semestrale	Valutazione entro il 2007			01/04/05		100%	E' stata costruita una griglia di valutazione per i centri di screening attivi e sono state effettuate delle site visit presso i centri.
7	Estensione dell'attività di progetto al 20% del target annuale per almeno 3 ASL	20%	01/05/2007	31/07/2007						0%	
8	Implementazione il round programmato di fattibilità	15%	01/05/2007	31/07/2007						0%	
		100%									



Titolo del progetto

Linea progettuale

Progetto di consolidamento screening della mammella

Cronoprogramma RIMODULATO

Progetto di screening mammografico nelle zone disagiate

Referente di progetto (nominativo, recapiti)

dot.ssa Alessandra Barca 06-83060454 barca@asplazio.it

Cronoprogramma

Codice attività	Descrizione attività	Pianificazione					Avanzamento				Note
		Peso % attività	Data inizio prevista	Data fine prevista	Traguardo	Eventuali vincoli o criticità	Data inizio effettiva	Data fine effettiva	Valore rilevato del traguardo		
1	Analisi territoriale	5%	01/03/06	31/08/06	Report		01/03/06	31/08/06	100%		Sono stati effettuati: un'analisi per conoscere le zone che non sono state mai raggiunte dal programma di screening; un censimento delle strutture di I livello per verificarne l'accessibilità; un'analisi riguardo del fabbisogno di mammografi.
2	Costituzione gruppo di lavoro tecnico	5%	01/10/06	01/05/07	Attestazione formale		01/10/06		25%		Sono stati avviati contatti con le società scientifiche.
3	Studio dei determinanti adesione	10%	01/11/06	01/05/07	Report		01/11/06		25%		E' in corso di svolgimento uno studio che riguarda alcune ASL sulla correlazione tra adesione e Livello socio economico.
4	Contatti con associazioni e osservatorio	10%	01/10/06	01/05/07	Associazioni coinvolte		01/10/06		75%		E' in via di costituzione un Osservatorio per la salute delle Donne che ha come obiettivo di aumentare l'adesione delle donne. In particolare appartenenti a fasce deboli della popolazione, ai programmi di screening citologico e mammografico.
5	Ricognizione attività di sensibilizzazione già condotta sul territorio	5%	01/11/06	01/05/07	Report		01/11/06		75%		Si sta procedendo ad una analisi del materiale informativo prodotto dalle ASL per organizzare una campagna di informazione regionale.
6	Sperimentazione di attività per incrementare l'adesione	10%	01/09/06	01/09/07	Sperimentazione		01/09/06		50%		E' stato messo a punto un sistema di personalizzazione delle lettere d'invito. E' stata messa a punto una strategia di empowerment: questionario utenti, questionario operatori, prototipo carta dei rapporti con le associazioni, glossario per agire in partnership.
11	Campagne informative e di sensibilizzazione	10%	01/05/07	30/04/07	Popolazione invitata				0%		Principalmente per le ASL della città di Roma. Sono previste attività in collaborazione con associazioni e sindacati.
7	Definizione del fabbisogno e degli accordi fra ASL	10%	01/01/07	01/05/07	Attestazione formale				25%		Solo per le ASL della provincia.
8	Acquisto tecnologie	15%	01/05/07	01/05/07	Attestazione formale				0%		Solo per le ASL della provincia.
9	Operatività mezzo mobile	10%	01/01/07	01/01/07	Attestazione formale mezzi mobili				0%		Solo per le ASL della provincia.
10	Formazione	5%	01/05/07	30/06/07	Attestazione corsi				0%		Solo per le ASL della provincia.
12	Valutazione attraverso il calcolo degli indicatori di performance e di processo dell'andamento del Programma di Screening effettuando un monitoraggio	5%	01/01/07	31/12/07	Report				0%		Per chi dovrà utilizzare nuove tecnologie (mammografo mobile e/o digitale).
		100%							0%		

Titolo del progetto

Linea progettuale

Referente di progetto (nominativo, recapiti)

Progetto di consolidamento screening della mammella

Progetto di screening mammografico nelle zone disagiate

dot.sa Alessandra Barca 06-83060454 barca@asplazio.it

Cronoprogramma

Codice attività	Pianificazione				Cronoprogramma			Avanzamento		Note
	Descrizione attività	Percentuale attività	Quantità attività	Quantità finanziata	Tipologia	Data inizio effettiva	Data fine effettiva	Valore rilevato del traguardo		
1	*Aumentare l'offerta di servizio di screening in zone disagiate	5%	01/09/06	01/09/06	Attività di servizio			100%	il finanziamento prevede di sbloccare le quote destinate alle ASL relative alla prevenzione L'ASP non è in grado di acquistare tecnologie. Pertanto si chiede di rivedere il progetto	
2	*Aumentare l'offerta di servizio di screening in zone disagiate	5%	01/09/06	01/09/06	Attività di servizio					
3	*Aumentare l'offerta di servizio di screening in zone disagiate	5%	01/09/06	01/09/06	Calendario gestionale di attività					
4	*Aumentare l'offerta di servizio di screening in zone disagiate	5%	01/09/06	01/09/06	Attività di servizio					
5	Continuare il servizio di screening in zone disagiate	5%	01/09/06	01/09/06	Attività di servizio					
6	Definizione risorse e servizi di screening in zone disagiate	5%	01/09/06	01/09/06	Attività di servizio					
7	Definizione risorse e servizi di screening in zone disagiate	5%	01/09/06	01/09/06	Attività di servizio					
8	Definizione risorse e servizi di screening in zone disagiate	5%	01/09/06	01/09/06	Attività di servizio					
9	Definizione risorse e servizi di screening in zone disagiate	5%	01/09/06	01/09/06	Attività di servizio					
10	Definizione risorse e servizi di screening in zone disagiate	5%	01/09/06	01/09/06	Attività di servizio					
11	Validazione attraverso la sperimentazione del servizio di screening in zone disagiate	5%	01/09/06	01/09/06	Report					
12	Validazione attraverso la sperimentazione del servizio di screening in zone disagiate	5%	01/09/06	01/09/06	Report					
13	Validazione attraverso la sperimentazione del servizio di screening in zone disagiate	5%	01/09/06	01/09/06	Report					

ASPL

Piano per il miglioramento dei programmi di screening del cancro della cervice uterina

Correzione degli squilibri territoriali mediante attuazione di un sistema centralizzato di lettura dei pap-test

Referente di progetto (nominativo, recapiti)

dott.ssa Alessandra Barca
06-83060454 barca@asplazio.it

Cronoprogramma

Titolo del progetto		Cronoprogramma									
Linea progettuale		Cronoprogramma									
Referente di progetto (nominativo, recapiti)		Cronoprogramma									
		Planificazione					Avanzamento				
Codice attività	Descrizione attività	Peso % attività	Data inizio prevista	Data fine prevista	Traguardo	Eventuali vincoli o criticità	Data inizio effettiva	Data fine effettiva	Valore rilevato del traguardo	Note	
1	Identificazione dei centri di riferimento regionali per la lettura automatizzata dei Pap-test e del personale coinvolto	10%	01/03/06	01/04/06	Identificazione centri	Esistenze nei centri con insufficiente volume di letture; scarsità di personale ASL non adeguata al territorio.	01/09/06		50%	Non sono stati definiti i centri di riferimento, ma sono stati identificati i laboratori dotati di mezzi per la lettura automatica e quelli con alto volume di letture. In due dei centri dotati di lettura automatica è stato svolto lo studio di fattibilità.	
2	Verifica delle convenzioni tra ASL e centri regionali di riferimento per lettura automatizzata dei Pap-test	10%	01/03/06	30/04/06	Convenzioni letture		01/09/06		50%	Pur non essendo stati formalmente definiti i centri di riferimento sono state stipulate delle convenzioni fra alcune ASL e centri di lettura automatizzati.	
3	Integrazione tra il software di gestione dei dati relativi alle referenze con FocalPointGS (lettura automatizzata) e il software di gestione dello screening citologico utilizzato dalle strutture ASL	25%	01/04/06	30/06/06	Realizzazione integrazione	Discontinuità di processo; imprevisti organizzativi; scadenza 15 dicembre 2006	01/04/06		50%	L'ASP provvederà a mettere a punto procedure di integrazione tra i sistemi informativi dei centri di lettura e i sistemi informativi gestionali dello screening aziendale. Inoltre è in corso di sviluppo la costruzione del sistema web che prevederà l'1	
4	Predisposizione procedure unitarie regionali per la gestione efficiente dei preparati citologici e per la qualità della lettura	15%	01/03/06	30/06/06	Revisi procedure		01/09/06		75%	Esiste un protocollo di lettura condiviso fra i centri che utilizzano lettura automatica. E' prevista una revisione che permetta di recepire il TBS2001, la possibilità di utilizzare l'HPV per il triage dei border-line. Inoltre è necessario rivedere il prot	
5	Formazione personale	10%	01/07/06	31/07/06	Attivazione corsi		01/11/06		75%	I centri dotati di lettura automatica hanno effettuato formazione specifica. L'ASP ha promosso la partecipazione agli eventi formativi dei GISCI per quanto riguarda la lettura citologica.	
6	Operatività del sistema	25%	01/07/06	30/09/06	Attivazione sistema		01/07/06		25%	Due dei tre centri dotati di lettura automatica attualmente fungono da centri di lettura per diverse ASL.	
7	Definizione operativa di modalità di lettura centralizzate e di lettura decentralizzate mediante l'uso di un sistema di lettura centralizzato	25%	01/03/06	30/06/06	Realizzazione sistema		01/09/07		0%		
8	Valutazione economica e organizzativa del sistema di lettura centralizzato	25%	01/03/06	30/06/06	Realizzazione sistema		01/09/07		0%		
		100%									



PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE 2005-2007: STATO DI AVANZAMENTO DEI PIANI REGIONALI AL 31 DICEMBRE 2006



Titolo del progetto

Piano per il miglioramento dei programmi di screening

Linea progettuale

Consolidamento e riequilibrio dei programmi di screening mediante un programma di formazione / sensibilizzazione dei professionisti e della società civile (formazione dei formatori MMG, retraining degli specialisti, empowerment e partnership con le assoc)

Referente di progetto (nominativo, recapiti)

dott.ssa Alessandra Barca 06-83060454 barca@aslazio.it

Cronoprogramma

Codice attività	Descrizione attività	Pianificazione					Avanzamento				
		Peso % attività	Data inizio prevista	Data fine prevista	Ragionamento	Eventuali vincoli o criticità	Data inizio effettiva	Data fine effettiva	Valore rilevato del traguardo	Note	
1	Sottoprogetto "Empowerment e partnership con le associazioni" Analisi bibliografica e ricognizione delle esperienze svolte	10% 20%	01/11/05 01/12/05	31/12/05 31/12/05	Report		01/09/05 31/12/06	100%	Effettuata una ricerca med line, best practice a livello internazionale, indagini sociologiche applicate al contesto locale.		
2	Sottoprogetto "Empowerment e partnership con le associazioni" Identificazione: 1) fasi del profilo assistenziale che implicano l'empowerment dei diversi stakeholder; 2) variabili personali e di comunità che incidono sull'empowerment; 3) caratteristiche di	15% 35%	01/11/05 01/12/05	31/03/06 31/03/06	Report		01/12/05 31/03/06	100%	Sviluppo di un programma di empowerment che che tiene conto delle fasi degli attori interessati, analisi delle principali variabili e fattori che influenzano il processo di empowerment, identificazione delle fasi critiche della comunicazione.		
3	Sottoprogetto "Empowerment e partnership con le associazioni" Costituzione di una griglia esplicativa dei diversi metodi e strumenti utilizzati	10% 10%	01/04/06	30/04/06	Griglia		01/04/06 30/04/06	100%	Costituzione di una griglia di una decina di strumenti esplicativa di finalità ed interlocutori interessati.		
4	Sottoprogetto "Empowerment e partnership con le associazioni" Realizzazione dei prodotti comunicativi	10% 35%	01/05/06	31/08/06	Prodotti comunicativi	Disponibilità di cassa: i fondi sono stati erogati all'ASP nel dicembre '06	01/05/06 31/07/06	100%	Realizzazione di prodotti dell'empowerment: questionario utenti, questionario operatori, prototipo carta dei rapporti con le associazioni, glossario per agire in partnership.		
5	Sottoprogetto "Formazione di animatori di formazione (formatori) dei MMG" Costituzione di un board scientifico	5% 20%	01/10/05	30/10/05	Attestazione formale		01/10/05 30/10/05	100%	Formalizzazione del board scientifico		
6	Sottoprogetto "Formazione di animatori di formazione (formatori) dei MMG" Sviluppo dei contenuti del progetto di formazione	5% 20%	01/11/05	30/11/05	Contenuti del corso		01/11/05 30/11/05	100%	Contenuti dei programmi di screening per i tumori della mammella, cervice uterina e colon con una particolare attenzione al ruolo del MMG.		
7	Sottoprogetto "Formazione di animatori di formazione (formatori) dei MMG" Realizzazione del corso di formazione	15% 60%	01/11/05	28/02/06	Attivazione del corso		01/11/05 30/11/05	100%	Realizzazione di tre edizioni.		
8	Sottoprogetto "Retraining dei professionisti" Costituzione di un board di professionisti esperti	5% 20%	01/04/06	30/04/06	Attestazione formale		01/04/06 30/04/06	50%	Costituzione di un gruppo di esperti per l'endoscopia digestiva. Da effettuare per mammografia e citologia.		
9	Sottoprogetto "Retraining dei professionisti" Survey delle performance	10% 30%	01/05/06	31/07/06	Report	Scarsa rispondenza al questionario specifico sulretraining da parte dei professionisti.	01/05/06 31/07/06	50%	L'ASP partecipa in collaborazione con IFO Regina Elena e SIED alle survey annuali di tutti i centri di endoscopia digestiva della regione. Inoltre è stata svolta una survey specifica dopo l'effettuazione del corso di retraining.		
10	Sottoprogetto "Retraining dei professionisti" Impostazione e realizzazione del board di retraining	10% 30%	01/07/06	30/09/06	Attivazione del corso		01/07/06 30/09/06	25%	è stato effettuato nel 2005 il retraining degli endoscopisti. E' in programma il corso per i tumori digestivi per lo screening mammografico e un corso per il recepimento del sistema Bethesda 2001.		
11	Valutazioni e monitoraggio del progetto mediante l'utilizzo di un set di indicatori	5% 100%	01/05/06	31/12/06	Report		01/05/06 31/12/06	0%			

PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE 2005-2007: STATO DI AVANZAMENTO DEI PIANI REGIONALI AL 31 DICEMBRE 2006

Progetto di consolidamento screening della cervice uterina

Miglioramento della qualità e dell'efficienza dello screening citologico mediante la realizzazione di una rete di collegamento con il sistema centralizzato di lettura del pap-test attraverso stazioni di revisione e un'azione di retraining e informatizzazi
 Jotti Sa Alessandra Barca
 06-83060454 barca@asolazio.it

Titolo del progetto		Cronoprogramma 1									
Linea progettuale		Cronoprogramma 1									
Referente di progetto (nominativo, recapiti)		Cronoprogramma 1									
Pianificazione		Cronoprogramma 1									
Codice attività	Descrizione attività	Peso % attività	Data inizio prevista	Data fine prevista	Traguardo	Essenziali vincoli critica	Data inizio effettiva	Data fine effettiva	Valore rilevato del traguardo	Avanzamento	Note
1	Validazione della situazione territoriale	5%	01/04/06	01/06/06	Report				100%		La situazione della citologia non è particolarmente frammentata, sebbene esista per alcune ASL una difficoltà nel coprire il volume di attività. Le risorse presenti sul territorio sarebbero in grado di sostenere gli screening e correttamente utilizzate.
2	Identificazione delle risorse e delle tecnologie da utilizzare	5%	01/05/06	01/05/06	Attestazione formale				75%		Sono presenti 3 centri dotati di lettura automatica, solo uno impegnato nello screening con un numero adeguato di letture annue. Altri centri di lettura con grandi volumi di attività sono presenti nella regione ma non partecipano ai programmi di screening
3	Stipula accordi dei centri con ASL	10%	01/06/06	01/09/06	Aut. amministrativi				75%		6 ASL sono autosufficienti. Delle altre 6, 3 hanno centralizzato le letture, 1 è in corso di riattivare lo screening partito in via sperimentale, 1 ha una bassa estensione del programma e 1 ASL non ha mai attivato il programma di screening citologico.
4	Acquisizione delle tecnologie	20%	01/07/06	01/12/06	Acquisizione tecnologia				100%		L'analisi della situazione ha chiaramente messo in evidenza che non esiste un bisogno di nuove attrezzature nel breve periodo né di macchinari per la lettura automatica né di macchine per la lettura dei test HPV.
5	Adeguamento strutturale delle ASL	5%	01/12/06	28/09/07	Numero di ASL adeguato				60%		La principale carenza strutturale in quasi tutte le ASL attive è il sistema informativo e gestionale del programma. Parte del problema potrà essere risolto dal SI web. Delle 12 ASL 4 avevano già un SI adeguato, 3 hanno cambiato durante il 2006 in attuazione
6	Formazione del personale coinvolto	5%	01/09/07	31/03/07	Attuazione corsi				100%		Sono state effettuate attività formative per l'introduzione dell'HPV nello studio pilota.
6	Operatività del sistema in rete	5%	01/09/07	31/03/07	Attuazione corsi				0%		
		Cronoprogramma 2									
1	Analisi criticità flusso informativo tra ASL e ASP	10%	01/09/06	31/03/06	Report				100%		Completate le site visit per l'analisi dei problemi relativi ai sistemi informativi aziendali.
2	Recupero TBS2001: definizione protocollo operativo	5%	01/11/06	31/05/07	Report				50%		Sono stati attivati contatti con le società scientifiche.
3	Analisi dei requisiti scientifici ed informativi cartella	5%	01/04/06	31/05/06	Report				50%		Sono state identificati contenuti informativi necessari per l'introduzione del TBS2001 e del Inqae con HPV.
4	Recupero TBS2001: definizione impatto sui sistemi informativi e gestionali	5%	01/07/06	31/03/07	Report				25%		Sono in studio le soluzioni di minore impatto sul sistema informativo.
5	Eventuali modifiche al software gestionale dello screening e al sistema di lettura	5%	01/07/06	31/03/07	Report				0%		
6	Realizzazione software di lettura moduli informativi	5%	01/07/06	31/03/07	Report				0%		
7	Formazione personale	5%	01/11/06	31/03/07	Report				0%		
8	Monitoraggio del progetto mediante l'adozione di opportuni indicatori	5%	01/09/07	31/03/07	Report				0%		
		100%									

Titolo del progetto

Linea progettuale		Progetto di consolidamento screening della mammella									
Cronoprogramma RIMODULATO		Progetto di screening mammografico nelle zone disagiate									
Referente di progetto (nominativo, recapiti)		dott.ssa Alessandra Barca 06-83060454 barca@asplazio.it									
Cronoprogramma											
Pianificazione		Avanzamento					Note				
Codice attività	Descrizione attività	Peso % attività	Data inizio prevista	Data fine prevista	Traguardo	Eventuali vincoli o criticità	Data inizio effettiva	Data fine effettiva	Valore rilevato del traguardo		
1	Analisi territoriale	5%	01/03/06	31/08/06	Report		01/03/06	31/08/06	100%		Sono stati effettuati: un'analisi per conoscere le zone che non sono state mai raggiunte dal programma di screening; un censimento delle strutture di livello per verificarne l'accessibilità; un'analisi riguardo del fabbisogno di mammografi.
2	Costituzione gruppo di lavoro tecnico	5%	01/10/06	01/05/07	Attestazione formale		01/10/06		25%		Sono stati avviati contatti con le società scientifiche.
3	Studio dei determinanti adesione	10%	01/11/06	01/05/07	Report		01/11/06		25%		E' in corso di svolgimento uno studio che riguarda alcune ASL, sulla correlazione fra adesione e Livello socio economico.
4	Contatti con associazioni e osservatorio	10%	01/10/06	01/05/07	Associazioni coinvolte		01/10/06		75%		E' in via di costituzione un Osservatorio per la salute delle Donne che ha come obiettivo di aumentare l'adesione delle donne, in particolare appartenenti a fasce deboli della popolazione, ai programmi di screening citologico e mammografico.
5	Ricognizione attività di sensibilizzazione già condotte sul territorio	5%	01/09/06	01/05/07	Report		01/11/06		75%		Si sta procedendo ad una analisi del materiale informativo prodotto dalle ASL, per organizzare una campagna di informazione regionale.
6	Sperimentazione di attività per incrementare l'adesione	10%	01/10/06	01/05/07	Sperimentazione		01/09/06		50%		E' stato messo a punto un sistema di personalizzazione delle lettere d'invito. E' stata messa a punto una strategia di empowerment: questionario utenti, questionario operatori, prototipo carta dei rapporti con le associazioni, glossario per agire in parte
11	Campagne informative e di sensibilizzazione	10%	01/10/07	30/11/07	Popolazione invitate				0%		Principalmente per le ASL della città di Roma. Sono previste attività in collaborazione con associazioni e sindacati.
7	Definizione del fabbisogno e degli accordi fra ASL	10%	01/10/07	01/05/07	Attestazione		01/10/07		25%		Solo per le ASL della provincia.
8	Acquisto tecnologie	15%							0%		Solo per le ASL della provincia.
9	Operatività mezzo mobile	10%							0%		Solo per le ASL della provincia.
10	Formazione	5%	01/09/07	01/05/07	Attestazione				0%		Solo per le ASL della provincia.
12	Valutazione attraverso il calcolo degli indicatori di performance e di processo dell'andamento dei programmi di Screening effettuando un monitoraggio	5%	01/11/07	31/01/07	Report				0%		Per chi dovrà utilizzare nuove tecnologie (mammografo mobile e/o digitale).
		100%							0%		

PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE 2005-2007: STATO DI AVANZAMENTO DEI PIANI REGIONALI AL 31 DICEMBRE 2006

Cronoprogramma cuore

Pianificazione						Tempi di realizzazione	
Codice attività	Descrizione attività	Data inizio prevista	Data fine prevista	Traguardo	Eventuali vincoli o criticità	Data inizio effettiva	Data fine effettiva
1 Progettazione	Definizione gruppo di coordinamento e collaborazioni	15/05/2006	20/05/2006	Riunioni/verbali	Variatione della composizione del gruppo di lavoro	15/05/2006	20/05/2006
	Stesura del protocollo	20/05/2006	05/06/2006	Protocollo	Il protocollo non è stato condiviso con le realtà territoriali coinvolte e incertezza circa le specifiche tecniche / raccomandazioni necessarie per redigere i PAA	20/05/2006	05/06/2006
	Previsione dei costi	31/05/06	05/06/2006		Nell'incertezza del protocollo operativo e dei PAA ad esso conformi, anche il budget previsto deve essere rivisitato	30/05/06	05/06/2006
	Revisione/Rivisitazione programma regionale				incertezza circa la possibilità di vincolare fondi sul progetto, capacità di realizzare un sistema informativo ad hoc	15/10/06	28/02/07
	Condivisione e sviluppo del protocollo operativo			Protocollo operativo		01/04/2007	31/05/2007
	Aggiornamento e valutazione dei Piani Attuativi Aziendali (PAA)			PAA coerenti con il Protocollo operativo		01/06/2007	30/06/2007
2 Realizzazione delle diverse componenti del modello assistenziale	Arruolamento MMG			Campagne MMG	Fondi disponibili, eventuale incentivazione concordata con MMG	01/07/2007	31/12/2007
	Organizzazione del servizio di formazione per i MMG			Piani di formazione, corsi di aggiornamento	Risorse disponibili, Efficacia nel modificare la pratica clinica		
	Formazione altri attori del modello assistenziale			Piani di formazione, corsi di aggiornamento	Efficacia nel modificare la pratica clinica		
	Riorganizzazione dei servizi coinvolti			Profilo assistenziale	Fondi disponibili, eventuale incentivazione concordata con operatori		
	Realizzazione del sistema informativo			Profilo assistenziale	Fondi disponibili, disponibilità soluzioni tecniche nel contesto operativo		
3 Implementazione del modello assistenziale	Arruolamento pazienti			Archivi ad hoc	Sostenibilità della nuova pratica clinica	01/10/2007	31/12/2007
	Assistenza integrata MMG-specialisti			Gestione integrata	Sostenibilità del nuovo modello assistenziale		
4 Follow-up	Nuova valutazione rischio cardiovascolare			Archivi ad hoc	Sostenibilità della nuova pratica clinica e del nuovo modello assistenziale	01/01/2008	31/12/2008
Termine studio						31/12/2008	
Seguiranno le fasi di analisi dei dati e diffusione dei risultati							

Cronoprogramma cuore

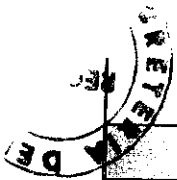
Pianificazione						Tempi di realizzazione	
Codice attività	Descrizione attività	Data inizio prevista	Data fine prevista	Traguardo	Eventuali vincoli o criticità	Data inizio effettiva	Data fine effettiva
1 Progettazione	Definizione gruppo di coordinamento e collaborazioni	15/05/2006	20/05/2006	Riunioni/verbali	Variante della composizione del gruppo di lavoro	15/05/2006	20/05/2006
	Stesura del protocollo	20/05/2006	05/06/2006	Protocollo	Il protocollo non è stato condiviso con le realtà territoriali coinvolte e incertezza circa le specifiche tecniche / raccomandazioni necessarie per redigere i PAA	20/05/2006	05/06/2006
	Previsione dei costi	30/5/06	05/06/2006		Nell'incertezza del protocollo operativo e dei PAA ad esso conformi, anche il budget previsto deve essere rivisitato	30/5/06	05/06/2006
	Revisione/Rivisitazione programma regionale				Incetezza circa la possibilità di vincolare fondi sul progetto, capacità di realizzare un sistema informativo ad hoc	15/10/06	28/02/07
	Condivisione e sviluppo del protocollo operativo			Protocollo operativo		01/04/2007	31/05/2007
	Aggiornamento e valutazione dei Piani Attuativi Aziendali (PAA)			PAA coerenti con il Protocollo operativo		01/06/2007	30/06/2007
2 Realizzazione delle diverse componenti del modello assistenziale	Arruolamento MMG			Campione MMG	Fondi disponibili, eventuale incentivazione concordata con MMG	01/07/2007	31/12/2007
	Organizzazione dei corsi di formazione per i MMG			Piano di formazione, Obiettivi didattici, Materiali, programmi, etc.	Risorse disponibili, Efficacia nel modificare la pratica clinica		
	Formazione altri attori del modello assistenziale			Piano di formazione, Obiettivi didattici, Materiali, programmi, etc.	Efficacia nel modificare la pratica clinica		
	Riorganizzazione dei servizi coinvolti			Profilo assistenziale	Fondi disponibili, eventuale incentivazione concordata con operatori		
	Realizzazione del sistema informativo			Flusso informatizzato MMG - Amulatorio cardiologo - ASL/AO - Regione	Fondi disponibili, disponibilità soluzioni tecniche nel contesto operativo		
3 Implementazione del modello assistenziale	Arruolamento pazienti			Archivi ad hoc	Sostenibilità della nuova pratica clinica	01/10/2007	31/12/2007
	Assistenza integrata MMG-specialisti			Gestione integrata	Sostenibilità del nuovo modello assistenziale		
4 Follow-up	Nuova valutazione rischio cardiovascolare			Archivi ad hoc	Sostenibilità della nuova pratica clinica e del nuovo modello assistenziale	01/01/2008	31/12/2008
5 Analisi dei dati	Controllo di qualità e analisi descrittive			Tabelle/documenti di lavoro	Efficienza ed efficacia del sistema informativo	01/01/2009	28/02/2009
	Valutazione di impatto del modello sperimentato				Disegno di studio coerente con gli obiettivi della valutazione		
6 Diffusione dei risultati	Preparazione di documenti sui risultati dello studio			Seminari / convegni/Articoli scientifici / documenti di lavoro /corso formazione		01/03/2009	30/04/2009

TITOLO DEL PROGETTO: Definizione e sperimentazione di un profilo assistenziale per i soggetti con rischio cardiovascolare nella regione Lazio
 LINEA PROGETTUALE: Cuore
 REFERENTE DI PROGETTO (NOMINATIVO, RECAPITI): Dr Antonio Pagano (referente da ottobre 2006), pagano @asplazio.it

Cronoprogramma

Indice attività	Descrizione attività	Peso % attività	Pianificazione			Traguardo	Eventuali vincoli o criticità	Avanzamento			
			Data inizio prevista	Data fine prevista	Data inizio effettiva			Data fine effettiva	Valore rilevato del traguardo	Note	
1 Organizzazione	Verifica / ricognizione della situazione in atto		15/10/2006	15/11/2006		studio di fattibilità del progetto regionale	carezza di comunicazione con le strutture coinvolte e -ra coinvolgere	15/10/2006	15/11/2006		
	Valutazione piani attuativi aziendali inviati		01/11/2006	28/02/2007				01/11/2006			
	Primo confronto con le strutture coinvolte										
	Definizione gruppi di lavoro e collaborazioni		30/11/2006	01/03/2007			definizione posticipata in seguito alla riformulazione del progetto	30/11/2006	01/03/2007		
	Retifica e adeguamento del protocollo originale		15/01/2007	15/02/2007			Protocollo originale inadeguato mancato confronto con la realtà territoriale di implementazione del progetto, carezza di comunicazione con le strutture da coinvolgere	30/11/2006	28/02/2007		
	Trasmissione del piano riformulato alle strutture coinvolte										
	Recupero MUG										
2	Adeguamento database e disponibilità degli strumenti di lavoro										
3 Formazione	Coordinamento dei corsi di formazione										
6 Follow-up	Nuova valutazione rischio cardiovascolare										
	Registrazione nuovi casi cardiovascolari										
7 Analisi dei dati	Controllo di qualità										
	Valutazione di impatto del modello sperimentato										
8 Diffusione dei risultati	Preparazione di documenti sui risultati dello studio										

Titolo del progetto		Definizione e sperimentazione di un profilo assistenziale per i soggetti con rischio cardiovascolare nella regione Lazio								
Linea progettuale		Cuore								
Referente di progetto (nominativo, recapiti)		Dr Antonio Federici (referente fino ad ottobre 2006)								
Cronoprogramma										
Pianificazione							Avanzamento			
Codice attività	Descrizione attività	Peso % attività	Data inizio prevista	Data fine prevista	Traguardo	Eventuali vincoli o criticità	Data inizio effettiva	Data fine effettiva	Valore rilevato del traguardo	Note
1 Organizzazione	Definizione gruppo di coordinamento e collaborazioni		15/05/2006	20/05/2006	Riunioni/verbali	definizione posticipata in seguito alla riformulazione del progetto	30/11/2006	01/03/2007		
	Siesura del protocollo		20/05/2006	05/06/2006	Protocollo	Protocollo inadeguato: mancato confronto con la realtà territoriale di implementazione del progetto, carenza di comunicazione con le strutture da coinvolgere	30/11/2006	08/02/2007		
	Previsione dei costi		30/5/06	05/06/2006			30/5/06	05/06/2006		
	Selezione MMG		01/09/2006	07/09/2006	Campione MMG					
	Presentazione del progetto ai MMG e ai centri partecipanti		08/09/2006	10/09/2006	Seminario/riunione con i partecipanti					
2 Preparazione strumenti di raccolta dati	Definizione degli strumenti di raccolta dati (scheda per la rilevazione del rischio cardiovascolare) e dei protocolli di attività integrata		01/06/2006	01/09/2006	Schede di raccolta dati Protocolli di attività integrata MMG-specialisti					
3 Realizzazione della rete informatizzata (collegamento MMG-specialisti)	Definizione delle caratteristiche tecniche del prodotto informatizzato		01/06/2006	01/09/2006	Specifiche tecniche		?			
	Realizzazione del sistema gestionale / informativo		01/07/2006	01/11/2006	Sw gestionale via web					
	Implementazione		01/11/2006	01/02/2007	Rete informatizzata					
4 Formazione	Organizzazione dei corsi di formazione		11/02/2007	11/05/2007	Materiali, programmi, etc.					
5 Rilevazione dati ed avvio della integrazione MMG-specialisti assistenziale integrata al pz con RCV ed IMA	Arruolamento pazienti e registrazione dati su supporto informatico da parte dei MMG e collegamento in rete con i centri ospedalieri di riferimento e con il centro di elaborazione dati		12/05/2007	11/08/2007	Archivi ad hoc					
	Assistenza integrata MMG-specialisti		12/05/2007	11/08/2007	Gestione integrata					
6 Follow-up	Nuova valutazione rischio cardiovascolare		12/08/2007	11/08/2008	Archivi ad hoc					
	Registrazione nuovi eventi cardiovascolari		12/08/2007	11/08/2008						
7 Analisi dei dati	Controllo di qualità e analisi descrittive		12/08/2008	11/09/2008	Tabelle/documenti di lavoro					
	Valutazione di impatto del modello sperimentale		12/08/2008	11/09/2008						
8 Diffusione dei risultati	Preparazione di documenti sui risultati dello studio		11/09/2008	10/11/2008	Seminari / convegni/Articoli scientifici / documenti di lavoro / corso formazione					
		100%								



PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE 2006-2007: STATO DI AVANZAMENTO DEI PIANI REGIONALI AL 31 DICEMBRE 2006
PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE - PRIMARIA (DIFFUSIONE CARTA DEL RISCHIO)

Cronoprogramma

Pianificazione							Tempi di realizzazione		Valore rilevato del traguardo
Codice attività	Descrizione attività	Peso % attività	Data inizio prevista	Data fine prevista	Traguardo	Eventuali vincoli o criticità	Data inizio effettiva	Data fine effettiva	
1 Progettazione	Definizione gruppo di coordinamento e collaborazioni	2	15/05/2006	20/05/2006	Riunioni/verbali	Variazione della composizione del gruppo di lavoro	15/05/2006	20/05/2006	75%
	Stesura del protocollo	2	20/05/2006	05/06/2006	Protocollo	Il protocollo non è stato condiviso con le realtà territoriali coinvolte e incertezza circa le specifiche tecniche / raccomandazioni necessarie per redigere i Piani Attivativi Aziendali (PAA)	20/05/2006	05/06/2006	100%
	Previsione dei costi	2	30/05/2006	05/06/2006	Budget	Nell'incertezza del protocollo operativo e dei PAA ad esso conformi, anche il budget previsto deve essere rivisitato	30/05/06	05/06/2006	100%
	Elaborazione dei Piani Attivativi Aziendali (PAA)	4	31/10/05	30/06/2007	Trasmissione dei PAA alla Regione	Nell'incertezza del protocollo operativo anche i PPA devono essere rivisitati	31/10/05		75%
	Valutazione dei PAA (Lazio/antia)	5	15/10/06	30/06/2007	Tabella di valutazione dei PAA		15/10/06		75%
	Revisione programma regionale	5	15/10/06	28/02/2007		V. relazione allegata	15/10/06		75%
	Condivisione e sviluppo del protocollo operativo	5	01/04/2007	31/05/2007	Protocollo operativo				
	Aggiornamenti e validazione dei Piani Attivativi Aziendali (PAA)	5	31/04/2007	30/04/2007	PAA coerenti con il Protocollo operativo				
2 Realizzazione delle diverse componenti del modello organizzativo	Arruolamento MMG	10			Capitale MMG	Fondi disponibili, eventuale individuazione concordata con ASL			
	Organizzazione del personale per MMG	10			Personale MMG	Fondi disponibili, eventuale individuazione concordata con ASL			
	Fatti di lavoro e attività di lavoro assistenziali	10	01/07/2007	01/02/2008	Attività MMG	Fondi disponibili, eventuale individuazione concordata con ASL			
	Riorganizzazione dei servizi di cura	5			Struttura MMG	Fondi disponibili, eventuale individuazione concordata con ASL			
3 Implementazione del modello organizzativo	Realizzazione del sistema informativo	15			Software MMG - Attivazione Database - ASL MMG	Fondi disponibili, eventuale individuazione concordata con ASL			
	Attivazione MMG	10	01/07/2007	01/02/2008	Attivazione MMG	Fondi disponibili, eventuale individuazione concordata con ASL			
4 Follow-up	Assistenza integrata MMG - ospedali	10			Assistenza integrata	Fondi disponibili, eventuale individuazione concordata con ASL			
	Nuova valutazione rischio cardiovascolare	5	01/01/2008	01/12/2008	Archivi ad hoc	Fondi disponibili, eventuale individuazione concordata con ASL			
100									
Totale studio									
Sommario le fasi di analisi del dati e diffusione dei risultati									

PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE 2005-2007: STATO DI AVANZAMENTO DEI PIANI REGIONALI AL 31 DICEMBRE 2006

INTERVENTI PER LA PREVENZIONE E L'OBESITA' NELLA REGIONE LAZIO

Sottoprogetto 1: Prevenzione dell'obesità e del sovrappeso in età evolutiva nella Regione Lazio

Referente di progetto (nominativo, recapiti)
Noemi Pavoni tel.: 06.830.60.343 e-mail: pavoni@asplazio.it

Cronoprogramma

Codice attività	Descrizione attività	Pianificazione							Avanzamento			
		Peso % attività	Data inizio prevista	Data fine prevista	Traguardo	Eventuali vincoli o criticità	Data inizio effettiva	Data fine effettiva	Valore rilevato del traguardo	Note		
1	Pianificazione degli interventi	5%	01/09/2006	31/10/2006	Realizzazione Protocolli	Disponibilità di risorse insufficienti	01/10/2006	22/11/2006	100%	Nel corso degli incontri è stata evidenziata da più ASL la scarsa disponibilità di risorse e la necessità di centralizzare metodi e strumenti.		
2	Attivazione delle collaborazioni	5%	01/09/2006	31/10/2006	Coinvolgimento di enti e istituzioni		15/10/2006	30/11/2006	100%	E' stato costituito un gruppo tecnico scientifico che vede coinvolti IUSM, Università, Inran, etc.		
3	Elaborazione Materiale	10%	01/01/2007	30/06/2007	Elaborazione strumenti e stampa prototipo	Disponibilità risorse per produzione materiale	19/10/2006	30/06/2007	25%	E' stato elaborato e dato il prototipo del questionario e relativo protocollo per l'avvio dell'indagine nelle scuole. Per tutti gli altri strumenti (libretti allattamento al seno etc.) sono in fase di elaborazione.		
4	Sviluppo di un sistema di monitoraggio	5%	01/11/2006	01/03/2007	Elaborazione set d'indicatori		01/09/2006	1/03/2007	75%	Il set d'indicatori è stato elaborato in sede di stesura protocollo. Il monitoraggio è attualmente realizzato attraverso gli incontri con i referenti delle ASL.		
5	Presentazione linee di attività alle ASL e alle associazioni di categoria	5%	01/09/2006	31/10/2006	Adesione delle ASL e AC con nomina referenti		01/09/2006	30/02/2007	75%	Deve essere concluso il coinvolgimento delle Associazioni di Categoria.		
6	Indagine Obesità	5%	01/12/2006	31/03/2007	Completamento raccolta dati	Disponibilità risorse umane e strumenti	01/02/2006	31/05/2007	25%	Più ASL hanno rifiuto di non avere risorse umane e tecniche sufficienti (Es.: mancanza di bilance portatili per rilevamento misure antropometriche). Partenza dell'indagine entro febbraio 2007 conclusione posticipata a maggio 2007. Questionari già prodotti.		
7	Formazione insegnanti operatori	10%	31/03/2007	31/10/2007	Corsi per insegnanti e operatori	Adesione insegnanti	31/03/2007	31/10/2007	0%	Programma di formazione in fase di elaborazione da parte del gruppo tecnico scientifico.		
8	Campagna di Educazione alimentare	10%	01/05/2007	01/05/2008	Svolgimento attività educative	Carenza formatori	01/05/2007	01/05/2008	0%			
9	Monitoraggio percorsi assistenziali soggetti a rischio	10%	01/10/2007	01/10/2008	Effettuazione interviste ai genitori	Carenza personale per intervista telefonica	01/10/2007	01/10/2008	0%			
10	Ristorazione scolastica	10%	01/04/2006	01/06/2008	Tabella dietetiche regionali		01/09/2006	01/06/2008	75%	E' in corso l'estensione a livello regionale delle tabelle dietetiche per le mense scolastiche già utilizzate dal Comune di Roma.		
11	Promozione allattamento al seno	10%	01/11/2006	31/12/2008	Diffusione opuscoli	costi stampa opuscoli	01/09/2006	31/12/2008	25%	E' in corso la raccolta di materiale. Probabile utilizzo degli opuscoli elaborati dal Comune di Roma.		

12	Monitoraggio delle LA												La data d'inizio fa riferimento alla costruzione del set d'indicatori. In attesa dei risultati il monitoraggio è effettuato attraverso gli incontri con i referenti delle ASL.
13	Analisi risultati	5%	01/09/2006	31/12/2008	Calcolo indicatori		01/09/2006	31/12/2008	25%				
14	Presentazione risultati	5%	01/06/2007	31/12/2008	Report incontri con operatori e eventi		01/06/2007	31/12/2008	0%				
n		100%	01/09/2008	31/12/2008			01/09/2008	31/12/2008	0%				

PIA

PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE 2005-2007: STATO DI AVANZAMENTO DEI PIANI REGIONALI AL 31 DICEMBRE 2006

INTERVENTI PER LA PREVENZIONE E L'OBESITA' NELLA REGIONE LAZIO

Sottoprogetto 2: Sorveglianza e prevenzione dell'obesità e del sovrappeso nella popolazione adulta della Regione Lazio

Referente di progetto (nominativo, recapiti)
Esmeralda Castronuovo tel.:06.830.60.393 e-mail.: castronuovo@aspazio.it

Cronoprogramma

		Pianificazione					Avanzamento			
Codice attività	Descrizione attività	Peso % attività	Data inizio prevista	Data fine prevista	Traguardo	Eventuali vincoli o criticità	Data inizio effettiva	Data fine effettiva	Valore rilevato del traguardo	Note
1	Pianificazione degli interventi	5%	01/01/2006	30/09/2006	Realizzazione Piano esecutivo	Condivisione tra i diversi attori; disponibilità di risorse sufficienti	01/01/2006	30/09/2006	100%	
2	Predisposizione e verifica della effettiva adozione di tabelle dietetiche da associare ai pasti forniti agli utenti e aggiornamento in tema nutrizionale del personale delle mense aziendali	15%	01/10/2006	31/12/2008	Verifica di almeno il 30% delle mense aziendali nelle Asl partecipanti	Collaborazione dei gestori delle mense aziendali; disponibilità di personale sufficiente	01/10/2006	31/12/2008	50%	La Regione Lazio ha già con una commissione definito le tabelle dietetiche; attualmente è in corso l'iter per renderle obbligatorie.
3	Definizione delle Raccomandazioni preventive e clinico-assistenziali da indirizzare ai MMG per l'individuazione delle diverse situazioni di rischio e per la loro gestione	10%	01/09/2006	31/03/2007	Disponibilità raccomandazioni	Difficoltà di adattamento di eventuale materiale internazionale alla realtà regionale	13/11/2006	31/03/2007	25%	Nell'ambito del gruppo tecnico scientifico si stanno elaborando le raccomandazioni che saranno diffuse dalle Asl a tutti i MMG della Regione
4	Realizzazione di una formazione specifica per gli interventi di prevenzione, diagnosi e trattamento di sovrappeso / obesità da parte dei curanti attraverso la predisposizione di un pacchetto formativo da rendere disponibile per le Società scientifiche di medicina generale e da effettuare presso Aziende Usi	20%	01/09/2006	30/06/2008	Disponibilità pacchetto informativo su formato ppt; Realizzazione corsi di ECM in almeno il 60% delle Asl regionali	Collaboratività dei servizi di Formazione aziendali/ adesione dei MMG	01/09/2006	30/06/2008	0%	Rispetto all'attività di formazione ai MMG è attualmente in corso una rimodulazione della LA limitando l'attività alla sola fase di sensibilizzazione.
5	Effettuazione di interventi destinati alla popolazione anziana assistita presso strutture socio-sanitarie residenziali/semiresidenziali	15%	01/01/2006	31/12/2008	Effettuazione degli interventi in almeno il 30% delle strutture nelle Asl partecipanti	Disponibilità di personale adeguatamente formato	01/03/2006	31/12/2008	0%	Il gruppo tecnico scientifico sta valutando l'intervento più adeguato per questa popolazione
6	Individuazione e promozione di programmi di attività motoria preventiva e adattata differenziati in base alle condizioni di rischio (età, sovrappeso, patologie concomitanti, etc.)	20%	01/09/2006	30/06/2007	Realizzazione dei programmi di attività motoria adattata	Collaborazione con Enti esperti	13/11/2006	30/06/2007	0%	Lo IUSM sta collaborando alla realizzazione di un programma di promozione all'attività motoria
7	Effettuazione a livello territoriale del Sistema di Monitoraggio degli stili di vita "Progetto PASSI"	10%	01/09/2006	31/12/2008	Coinvolgimento di almeno 3 Asl regionali	Disponibilità di personale dedicato				STRALCIATO. Attualmente un gruppo di lavoro Regionale sta lavorando per l'implementazione del PASSI in tutte e 12 le Asl e dei Dipartimenti di prevenzione

8	Individuazione di eventuali proposte di programmazione regionale specifica	5%	01/10/2006	31/03/2007	Adozione di proposte nel prossimo PSR del Lazio	Effettiva stesura/approvazione del PSR	01/10/2007	31/03/2008	0%	Sarà possibile individuare proposte successivamente ad una prima fase di attuazione.
II		100%								



PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE 2005-2007: STATO DI AVANZAMENTO DEI PIANI REGIONALI AL 31 DICEMBRE 2006



Titolo del progetto		Sorveglianza e prevenzione degli infortuni nei luoghi di lavoro										
Linea progettuale		Linea di attività "A1": Consolidare l'utilizzo del sistema di sorveglianza degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali										
Referente di progetto (nominativo, recapiti)		Dott.ssa Sara Antignani - A.O. Sicurezza e prevenzione ambienti di lavoro - LazioSanità ASP Tel. 06.83060.428 Fax. 06.83060.463 e-mail: antignani@asp Lazio.it										
Cronoprogramma												
Pianificazione						Avanzamento						
Codice attività	Descrizione attività	Peso % attività	Data inizio prevista	Data fine prevista	Traguardo	Eventuali vincoli o criticità	Data inizio effettiva	Data fine effettiva	Valore rilevato del traguardo	Note		
1	Costituzione di un gruppo di coordinamento tecnico regionale del sottoprogetto "sorveglianza"	10%	1.10.06	31.12.06	Elaborazione del piano di lavoro per la sorveglianza in materia di infortuni sul lavoro e malattie professionali	Elaborazione del piano di lavoro per la sorveglianza in materia di infortuni sul lavoro e malattie professionali	1.10.06	16.11.06	100%	Atto di Organizzazione n.4193 del 16.11.2006 della Regione Lazio		
2		60%			Elaborazione del piano di lavoro per la sorveglianza in materia di infortuni sul lavoro e malattie professionali				75%	La pubblicazione del rapporto è prevista per febbraio 2007		
3	Definizione modalità di integrazione con altre fonti informative	30%							0%			
		100%										

PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE 2005-2007: STATO DI AVANZAMENTO DEI PIANI REGIONALI AL 31 DICEMBRE 2006

Titolo del progetto Sorveglianza e prevenzione degli infortuni nei luoghi di lavoro

Linea progettuale Linea di attività "A2": Programmare e realizzare le attività inerenti la prosecuzione del progetto nazionale ISPESL di indagine sulle modalità di accadimento degli infortuni mortali attraverso l'utilizzo del modello Sbagliando s'impara

Referente di progetto (nominativo, recapiti) Dott.ssa Sara Antignani - A.O. Sicurezza e prevenzione ambienti di lavoro - LazioSanità ASP
 Tel. 06.83060.428
 Fax. 06.83060.483
 e-mail: antignani@asp Lazio.it

Cronoprogramma										
Pianificazione					Avanzamento					
Codice attività	Descrizione attività	Peso % attività	Data inizio prevista	Data fine prevista	Traguardo	Eventuali vincoli o criticità	Data inizio effettiva	Data fine effettiva	Valore rilevato del traguardo	Note
1	Definizione degli obiettivi e delle attività per la prosecuzione del progetto con i Servizi delle ASL	15%	1.11.06	31.12.06	Incontro con i responsabili del progetto ASL	Valutazione della prosecuzione del progetto nel piano di lavoro	1.11.06	31.12.06	100%	Effettuate due riunioni con i referenti del Piano Regionale della Prevenzione 2005-2007 e con la Direzione Regionale dell'Area Prevenzione, Igiene e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro 4V-19
2		15%	1.12.06	28.02.07	Elaborazione di base del progetto di lavoro	Progetto di lavoro	1.12.06		75%	Attività completata il 29.01.07. Prodotto documento formalizzato come da protocollo regionale n.18666 del 15.02.2007
3	Elaborazione ed analisi dei dati sui casi di infortunio con esito mortale analizzati con il metodo SSI	50%	1.04.07	31.12.07		Valutazione dell'impedimento al raggiungimento dell'obiettivo			0%	
4	Valutazione delle attività e produzione del rapporto sulle indagini effettuate	20%	1.01.08	31.03.08					0%	
		100%								

PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE 2005-2007: STATO DI AVANZAMENTO DEI PIANI REGIONALI AL 31 DICEMBRE 2006

Titolo del progetto	Sorveglianza e prevenzione degli infortuni nei luoghi di lavoro
Linea progettuale	Linea di attività "B1": Definire, per ciascun territorio ASL, gli ambiti prioritari di intervento, avvalendosi dei dati epidemiologici correnti e dei dati di contesto produttivo ed occupazionale ed attuare gli interventi
Referente di progetto (nominativo, recapiti)	Dott.ssa Sara Antignani - A.O. Sicurezza e prevenzione ambienti di lavoro - LazioSanità ASP Tel. 06.83060.428 Fax. 06.83060.463 e-mail: antignani@asp Lazio.it

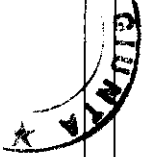
Cronoprogramma										
Pianificazione					Avanzamento					
Codice attività	Descrizione attività	Peso % attività	Data inizio prevista	Data fine prevista	Traguardo	Eventuali vincoli critici	Data inizio effettiva	Data fine effettiva	Valore rilevato del traguardo	Note
1	Costituzione di un gruppo di coordinamento tecnico regionale del sottoprogetto "prevenzione"	5%	1.10.06	30.11.06	Gruppo di lavoro formalizzato	Partecipazione degli SPRESAL e Enti territoriali	1.10.06	16.11.06	100%	Atto di Organizzazione n.4193 del 16.11.2006 della Regione Lazio
2		5%	1.11.06	31.01.07	Documento regionale contenente i piani di comparto per la sicurezza SL	Completamento dei piani di comparto per la sicurezza SL	1.11.06		75%	Definizione dei comparti individuati come prioritari nel protocollo Regionale n. 133007 del 23.11.2006. Piani di comparto consegnati ed approvati nella riunione del 29.01.2007
3	Attuazione dei piani di comparto	70%	1.03.07	31.02.07	Interventi nelle aziende secondo quanto previsto nel piano di comparto regionale				0%	
4	Analisi e valutazione dei risultati degli interventi e loro diffusione	10%	1.01.08	30.06.08	Previsione attività di monitoraggio				0%	
5	Valutazione delle attività di vigilanza in edilizia	10%	1.01.08	30.06.08	Previsione attività di monitoraggio				0%	
		100%								

Titolo del progetto
Linea progettuale
Referente di progetto (nominativo, recapiti)

Sorveglianza e prevenzione degli incidenti domestici
A1: Implementazione /rafforzamento del sistema di sorveglianza
Dr. Paolo Giorgi Rossi, tel. 06 83060438 giorgirossi@asplazio.it

Cronoprogramma

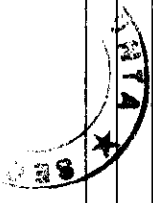
Planificazione							Avanzamento			
Codice attività	Descrizione attività	Peso % attività	Data inizio prevista	Data fine prevista	Traguardo	Eventuali vincoli o criticità	Data inizio effettiva	Data fine effettiva	Valore rilevato del traguardo	Note
1	Costituzione di un gruppo di coordinamento tecnico regionale	5	1.09.06	31.10.06	Atto formale regionale di costituzione		1.09.06	31.10.06	100%	
2	Ricognizione fonti dati e coinvolgimento strutture che effettueranno l'attività di rilevazione	25	1.11.06	28.02.07	Coinvolgimento delle strutture		1.11.06	28.02.07	100%	L'attività di rilevazione è stata svolta dall'ASP stessa. Sono stati prodotti dei report per ASL dei dati sugli incidenti domestici raccolti attraverso il sistema di sorveglianza pilota per gli anni 2000 e 2004.
3	Formazione degli operatori sanitari addetti alla raccolta dei dati	20	1.03.07	30.06.07	Corsi di formazione svolti	Vincolato all'effettuazione dei corsi nazionali.				I corsi di formazione regionali potranno attuarsi solo dopo lo svolgimento dei corsi nazionali previsti per aprile
4	Avvio della sorveglianza, raccolta dati e linkage fra le varie fonti	30	1.07.07	30.04.08	a) Dati raccolti b) linkage effettuato					
5	Produzione e diffusione report	5	1.05.08	31.12.08	Report prodotto e diffuso	Report devono essere diffusi ai vari soggetti entro il mese dalla loro produzione.				
6	Definizione modalità prosecuzione: utilizzo PASSI	15	1.01.07	31.06.07	Documenti di programmazione regionale		1.12.06		25%	L'analisi del questionario attualmente utilizzato dallo studio Passi nelle tre ASL laziali che hanno partecipato non permette una sorveglianza del fenomeno, ma solo di valutare la percezione del rischio
		100%								



PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE 2005-2007: STATO DI AVANZAMENTO DEI PIANI REGIONALI AL 31 DICEMBRE 2006

Titolo del progetto Sorveglianza e prevenzione degli incidenti domestici
Linea progettuale B2: Rilevare i rischi connessi agli aspetti strutturali e impiantistici delle abitazioni
Referente di progetto (nominativo, recapiti) Dr. Paolo Giorgi Rossi, tel. 06 83060438 giorgirossi@aspazio.it

Cronoprogramma										
Pianificazione					Avanzamento					
Codice attività	Descrizione attività	Peso % attività	Data inizio prevista	Data fine prevista	Traguardo	Eventuali vincoli o criticità	Data inizio effettiva	Data fine effettiva	Valore rilevato del traguardo	Note
1	Predisposizione degli strumenti (tipo check list) di rilevazione delle situazioni di rischio.	25	1/01/07	30/04/07	Predisposizione delle schede di rilevazione	Coerenza con eventuale modello di riferimento elaborato a livello nazionale				La definizione degli strumenti di rilevazione del rischio dipenderà anche dai risultati dei gruppi di lavoro che si riuniranno durante il corso nazionale, previsto per aprile 2007. Tutte le ASL hanno presentato un piano attuativo per il presente obiettivo in cui individuano contesto organizzativo, popolazione target e tempi dell'intervento.
2	Formazione operatori per le attività di rilevazione dei rischi	25	1/04/07	30/06/07	Formazione degli operatori dei servizi comunali					La formazione degli operatori potrà attuarsi solo dopo lo svolgimento dei corsi regionali, successivi ad aprile 2007
3	Sperimentazione dell'utilizzazione degli strumenti di rilevazione dei rischi (B2)				Implementazione sperimentale					
4	Analisi di fattibilità e redazione del rapporto finale				Redazione del rapporto finale					



Titolo del progetto: Sorveglianza e prevenzione degli incidenti domestici
 Linea progettuale: B4: Attivare interventi di prevenzione delle cadute negli anziani basati sulla promozione dell'attività fisica

Referente di progetto (nominativo, recapiti):
 Dr. Paolo Giorgi Rossi, tel. 06 83060438 giorgirossi@asplazio.it

Cronoprogramma

		Pianificazione					Avanzamento			
Codice attività	Descrizione attività	Peso % attività	Data inizio prevista	Data fine prevista	Traguardo	Eventuali vincoli o criticità	Data inizio effettiva	Data fine effettiva	Valore rilevato del traguardo	Note
1	Analisi della letteratura e valutazione di tipologie di interventi già realizzati a livello nazionale riproducibili nel territorio regionale	20	30.04.07	31.10.07	Documento contenente le indicazioni operative per l'effettuazione dell'attività		1.12.06		25%	La valutazione degli interventi e le indicazioni operative dipenderanno anche dai risultati dei gruppi di lavoro che si riuniranno durante il corso nazionale, previsto per aprile 2007.
2	Individuazione dei target di popolazione e delle strutture delle Asl da coinvolgere	30	1.09.07	31.12.07	Target e strutture definiti	Secondo criteri di priorità indicati nel documento di cui al punto precedente	1.12.06		50%	Tutte le ASL hanno presentato un piano attuativo per il presente obiettivo in cui individuano contesto organizzativo, popolazione target e tempi dell'intervento.
3	Sperimentazione degli interventi di promozione della attività fisica in un campione di popolazione	10	30.04.07	30.04.07	Struttura di riferimento					
4	Analisi e valutazione dei risultati	10	05.08.06	30.06.06	Finalità e valutazione					
		100								

Regione - Obiettivo		Lazio - Obiettivo 3								
Titolo del progetto		Progetto di implementazione/miglioramento della qualità dell'offerta vaccinale								
Linea progettuale		Vaccinazioni								
Peso del progetto		30%								
Referente di progetto		Dr. Filippo Curtale, Responsabile A.O. Reti per la Promozione e Tutela della Salute, Laziosanità-Agenzia di Sanità Pubblica, Via di Santa Costanza 53, Roma 00198.								
	Descrizione attività	Peso (%)	Data inizio prevista	Data fine prevista	Traguardo	Vincoli Criticità	Data inizio effettiva	Data fine effettiva	Valore rilevato del traguardo	Note
Qualità strutturale										
QS 1	Ricognizione delle caratteristiche strutturali dei presidi vaccinali	5	01/10/2006	30/03/2007	Indagine qualitativa	Disponibilità fondi vincolati	01/05/2006	in corso	50	E' stato predisposto un questionario per la raccolta delle informazioni. Tutte le ASL sono state informate e hanno aderito allo studio. E' stata avviata la raccolta delle informazioni in 2 ASL su
QS 2	Ricognizione dell'organizzazione dei Servizi vaccinali nelle ASL	5	01/03/2007	30/06/2007	Indagine qualitativa	Disponibilità fondi vincolati	01/12/2006	in corso	50	E' stato predisposto un questionario per la raccolta delle informazioni. Tutte le ASL sono state informate e hanno aderito allo studio. E' stata avviata la raccolta delle informazioni in 2 ASL su
QS 3	Individuazione dei requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi Dimensionamento del bacino d'utenza	5	01/07/2006	30/06/2007	Raccomandazioni Commissione Regionale Vaccinazioni	Convocazione Commissione Disponibilità delle informazioni necessarie	01/12/2006	in corso	25	E' stato definito, in consultazione con i referenti vaccinali, una base di documento sui requisiti strutturali dei presidi vaccinali. La base sarà finalizzata sulla base delle informazioni raccolte nei corsi di ricognizione sulle strutture vaccinali
QS 4	Formulazione di un manuale della qualità per le attività vaccinali	10	01/07/2007	30/10/2007	Nota ASP		15/11/2006	in corso	25	E' stato individuato un gruppo di lavoro costituito dai Responsabili dei Servizi Vaccinali delle 12 ASL della Regione cui è stato affidato il ruolo di predisporre un documento sulle procedure da adottare per le attività vaccinali. Tali procedure verranno validate dal "gruppo di lavoro regionale per il miglioramento delle coperture e della qualità dei servizi vaccinali" (ex Commissione Regionale per le Vaccinazioni) e successivamente raccolte in un manuale della qualità
QS 5	Approvazione del manuale della qualità per le attività vaccinali	10	01/11/2007	30/12/2007	Delibera Regionale					
QS 6	Adeguamento ASL agli standard di qualità per le attività vaccinali	10	01/01/2008	30/10/2008	Accreditamento ASL	Disponibilità fondi vincolati				
QS 7	Monitoraggio	5	01/11/2008	15/12/2008	Utilizzo del manuale di qualità nei Servizi Vaccinali di tutte le ASL					
Qualità professionale										
QS 8	Ricognizione risorse umane impiegate e identificazione dei bisogni formativi	5	01/10/2006	30/03/2007	Indagine qualitativa	Disponibilità fondi vincolati	01/05/2006	in corso	50	E' stato predisposto un questionario per la raccolta delle informazioni. Tutte le ASL sono state informate e hanno aderito allo studio. E' stata avviata la raccolta delle informazioni in 2 ASL su
QS 9	Definizione curriculum formativo per le diverse tipologie professionali e individuazione del rapporto personale/popolazione	5	01/04/2007	30/06/2007	Raccomandazioni Commissione Regionale Vaccinazioni					
QS 10	Formulazione di un piano formativo regionale per gli operatori dei Servizi Vaccinali	5	01/07/2007	30/10/2007	Nota tecnica ASP	Identificare messaggi formativi adeguati alla formazione di base del target				
QS 11	Approvazione del piano formativo regionale per gli operatori dei Servizi Vaccinali	10	01/11/2007	30/12/2007	Delibera Regionale					
QS 12	Attuazione del piano formativo a livello regionale e locale	10	01/01/2008	31/03/2008	Certificazione dello svolgimento di corsi di formazione regionali e aziendali	Adeguatezza capillarità del progetto formativo Disponibilità fondi vincolati				
QS 13	Adeguamento ASL agli standard di qualità professionale	10	01/04/2008	31/10/2008	Attestazione ASL	Disponibilità fondi vincolati Recupero formazione Cambiamento rapporto medico-paziente				
QS 14	Monitoraggio	5	01/11/2008	15/12/2008	Indagine qualitativa finalizzata alla misurazione del gradimento degli operatori e degli utenti	Disponibilità fondi vincolati				

Regione - Obiettivo	Lazio - Obiettivo 2.1									
Titolo del progetto	Progetto di implementazione/miglioramento delle coperture vaccinali previste dal Piano Nazionale Vaccini 2006-2007, Vaccinazioni									
Linea progettuale	15%									
Peso del progetto	15%									
Referente di progetto (indicare)	Dr. Filippo Curtale, Responsabile A.O. Reti per la Promozione e Tutela della Salute, LazioSanità-Agenzia di Sanità Pubblica, Via di Santa Costanza 63, Roma 00198.									

Lazio

N° attività	Descrizione attività	Peso (%)	Data inizio prevista	Data fine prevista	Traguardo	Vincoli Criticità	Data inizio effettiva	Data fine effettiva	Valore rilevato del traguardo	Note
AC 1	Promulgazione Piano Regionale Vaccini 2005	10	31/05/2005	30/10/2005	Delib. G. R. n. 877 del 18/10/05		31/05/2005	18/10/2005	100	La Giunta Regionale del Lazio ha deliberato il Piano Regionale Vaccini in data 18/10/2005 (DGR 877 in allegato)
AC 2	Verifica trimestrale delle coperture a 24 mesi per le vaccinazioni dell'età evolutiva	5	01/04/2005	30/12/2007	Raccolta riepiloghi vaccinali entro il trimestre successivo a quello di riferimento	Incertezza congruità numeratori/denominatori	01/04/2006	In corso	100	Identificazione in ciascuna ASL di un Referente unico per le attività di vaccinazione e trasmissione riepiloghi vaccinali. Miglioramento della qualità dei dati trasmessi a maggiore rispetto dei tempi anche se permangono ritardi rilevanti per alcune ASL.
AC 3	Valutazione coperture per MPR 1° e 2° dose, coorti 1988-2000	5	01/01/2005	30/12/2007	Inserimento dati sul sito internet www.spes.iss/morbillo Raccolta riepiloghi cartacei per coorti 1988-1990 e 1998-2000	Incertezza congruità numeratori/denominatori	01/06/2005	In corso	100	Tutte le ASL registrano le vaccinazioni per le coorti di nascita 1991-97 in rete sul sito internet www.spes.iss/morbillo. L'inserimento dei dati avviene mensilmente. I dati relativi alle vaccinazioni per le coorti 1988-1990 e 1998-2001 vengono trasmessi periodicamente all'ASP in forma cartacea (ultimo aggiornamento novembre 2006). Complessivamente i due sistemi permettono il costante aggiornamento delle coperture vaccinali, per le coorti di nascita interessate, per ASL e identificazione di aree di maggiore/minore criticità necessarie per la programmazione di interventi correttivi.
AC 4	Integrazione dei sistemi informativi della meningite batterica	5	01/03/2005	30/06/2006	Valutazione della distribuzione e della incidenza delle meningiti batteriche		01/03/2005	In corso	75	Si è conclusa l'analisi dei dati per gli anni 2001-2004 i cui risultati sono stati presentati nel corso dei congressi SITI ed EUPHA tenutisi nel 2005. E' in corso l'analisi dei dati relativi al 2005 e la preparazione di un articolo scientifico.
AC 5	Implementazione della sorveglianza di laboratorio per le meningiti batteriche	5	01/03/2005	30/12/2007	Definizione dell'agente eziologico nel 70% dei casi notificati	Trasmissione degli isolati ai laboratori di riferimento	01/03/2005	In corso	75	Effettuando un controllo continuo sulla congruità dei dati registrati da diversi sistemi informativi, con conseguente sollecito dell'invio dei ceppi dai laboratori periferici a quelli di riferimento regionale, si è riusciti ad aumentare la percentuale di copertura del sistema di sorveglianza. Al 30 giugno 2006 si è registrato un aumento della sensibilità del sistema di circa 15 punti percentuali rispetto all'anno precedente (dal 25% del 2004 al 40% del 2005). I dati relativi al secondo semestre del 2006 sono in corso di elaborazione.
AC 6	Identificazione di popolazioni a rischio per meningite batterica	5	01/07/2005	30/06/2006	Studio epidemiologico sulle patologie concomitanti a meningiti	Copertura del sistema informativo	01/07/2005	In corso	50	Elaborazione di un data set sulle patologie concomitanti a meningite batterica occorse nel periodo 200-2004 e creazione di un panel di esperti per l'analisi dei dati raccolti.
AC 7	Attivazione/implementazione e della sorveglianza per rosolia in gravidanza, rosolia congenita e morbillo	5	01/03/2006	30/06/2006	Identificazione laboratorio di riferimento per rosolia. Protocollo operativo ASP per morbillo	Definizione requisiti del laboratorio. Adesione al sistema di sorveglianza		Non iniziata	0	L'ASP è in attesa di conoscere i requisiti richiesti ai laboratori regionali di riferimento e di ricevere i kit diagnostici per il morbillo.
AC 8	Programma di formazione per la conduzione della campagna di eliminazione della rosolia congenita	5	01/03/2006	30/06/2006	Svolgimento corso regionale Svolgimento corsi aziendali	Identificare i destinatari della formazione.	11/04/2006	In corso	75	Il programma di formazione è stato completato a livello regionale ed a livello aziendale in 11 delle 12 ASL.
AC 9	Definizione di campagne di promozione della vaccinazione nei gruppi a rischio per meningite batterica, rosolia e varicella	5	01/07/2006	30/12/2006	Raccomandazioni della Commissione Regionale Vaccinazioni Protocollo operativo ASP	Convocazione della Commissione Disponibilità dati epidemiologici Difficoltà strategie da adottare	11/04/2006	In corso	50	Nel corso della giornata di formazione regionale sulla rosolia sono state condotte delle esercitazioni pratiche per la formulazione di campagne di promozione della campagna di vaccinazione per la rosolia nelle donne in età fertile.
AC 10	Identificazioni delle popolazioni a rischio (meningiti, varicella, rosolia)	5	01/01/2007	30/12/2007	Costruire un'anagrafe dei gruppi a rischio	Studi ad hoc per definire la popolazione Disponibilità fondi vincolati				
AC 11	Definizione delle modalità di informazione alle popolazioni a rischio	5	01/07/2007	30/12/2007	Produzione e distribuzione di materiale informativo	Eterogeneità del target Eterogeneità dei messaggi Informativi Produzione di materiale multilingue Disponibilità fondi vincolati				
AC 12	Rosolia in gravidanza: definizione di protocolli operativi per l'identificazione delle donne suscettibili e offerta della vaccinazione in occasione dei programmi di screening per la prevenzione del cancro della cervice uterina	5	01/07/2006	30/12/2006	Nota ASP	Coinvolgimento dei servizi che effettuano programmi di screening Disponibilità fondi vincolati	10/07/2006	In corso	50	Sulla base delle indicazioni emerse nel corso delle esercitazioni durante la giornata di formazione regionale sulla rosolia, l'ASP ha preparato una lista di indicazioni operative da discutere con il personale ASL coinvolto nel corso delle giornate di formazione aziendali. In tutte le ASL sono state trasmesse le indicazioni operative per il personale dei servizi che effettuano attività di screening per il cancro della cervice uterina, per il personale dei consultori, dei reparti di ginecologia e di neonatologia.
AC 13	Rosolia in gravidanza: definizione di protocolli operativi per l'integrazione tra le strutture di diagnosi (clinica, laboratoristica) e il Servizio Vaccinale della ASL competente	5	01/07/2006	30/12/2006	Nota ASP	Collaborazione da parte delle strutture coinvolte	10/05/2006	In corso	50	Sulla base delle indicazioni emerse nel corso delle esercitazioni durante la giornata di formazione regionale sulla rosolia, l'ASP ha preparato una lista di indicazioni operative da discutere con il personale ASL coinvolto nel corso delle giornate di formazione aziendali. In tutte le ASL sono state fornite indicazioni operative per il personale.
AC 14	Attivazione campagne di promozione delle vaccinazione per pneumococco e meningococco nei gruppi a rischio	10	02/01/2007	30/12/2007	Avvio di specifiche campagne vaccinali	Disponibilità fondi vincolati				
AC 15	Attivazione della campagna di promozione della vaccinazione per rosolia, varicella nei gruppi a rischio	10	01/01/2007	30/12/2007	Avvio di specifiche campagne vaccinali	Disponibilità fondi vincolati				
AC 16	Monitoraggio attività condotta per prevenire meningite, morbillo, rosolia, varicella	5	01/07/2007	30/11/2007	Attivazione delle campagne vaccinali in tutte le ASL. Studi di incidenza nei gruppi a rischio					
AC 17	Valutazione fine progetto	5	01/01/2008	30/06/2008	Calcolo coperture raggiunte Studi di incidenza	Realizzazione dell'anagrafe dei gruppi a rischio Realizzazione studi sulla copertura vaccinale				

Regione	Obiettivo	Lazio - Obiettivo 1							
Titolo del progetto		Progetto di attivazione per la realizzazione dell'anagrafe vaccinale informatizzata							
Linea progettuale		Vaccinazioni							
Peso del progetto		40%							
Referente di progetto		Dr. Filippo Curtale, Responsabile A.O. Reti per la Promozione e Tutela della Salute, Laziosanità-Agenzia di Sanità Pubblica, Via di Santa Costanza 63, Roma 00198.							

N° attività	Descrizione attività	Peso (%)	Data inizio prevista	Data fine prevista	Traguardo	Vincoli/Criticità	Data inizio effettiva	Data fine effettiva	Valore rilevato del traguardo	Note
AV 1	Identificazione Referente Aziendale per l'attuazione a livello locale del PNP (area vaccinazione)	5	01/03/06	30/06/06	Attestazione delle ASL		01/05/2006	completata	100	Nota della Regione ai Direttori Generali delle ASL (F 59944 del 18/05/2006) per la formulazione di F Attuativi Aziendali, la costituzione di un gruppo di lavoro, la nomina di un referente unico aziendale. Attualmente sono stati individuati i Responsabili del PNP - A Vaccinazioni per tutte le ASL. I Piani attuativi aziendali sono stati presentati da 12 ASL.
AV 2	Coinvolgimento decisori ASL	5	01/01/07	30/06/07	Inserimento anagrafe tra obiettivi di valutazione dei DG					
AV 3	Ricognizione dei sistemi informatici e attestazione della situazione nelle ASL	5	01/06/06	30/04/07	Rapporto ASP	Mancanza di un Referente unico per i Servizi vaccinali	01/10/2006	in corso	50	E' stato predisposto un questionario per la raccolta dell'informazione. Tutte le ASL sono state informate e hanno aderito allo studio. E' stata avviata la raccolta delle informazioni in 2 ASL su 12.
AV 4	Trasferimento dell'archivio vaccinale dal Comune Roma alla ASL RM C	5	01/07/05	30/05/06	Attestazione da parte della ASL RM C	Mole dati Disponibilità personale Disponibilità fondi vincolati	01/07/2005	in corso	25	La ASL RM C ha preparato un piano esecutivo in attesa di delibera.
AV 5	Definizione degli obiettivi e degli indicatori di processo e di esito per le ASL	5	30/04/06	30/09/06	Presentazione dei Piani aziendali. Definizione degli indicatori	Capacità di programmazione Sensibilità Dir. San. Aziendali	30/06/2006	in corso	50	Al 31 dicembre 2006, 11 ASL su 12 hanno presentato Piani Attuativi Aziendali. L'ASP ha individuato indicatori di processo e di esito omogenei per le ASL. E' in itinere l'ufficializzazione degli indicatori, con proprio atto, da parte dell'ASP.
AV 6	Definizione modalità di coordinamento a livello regionale	5	01/04/06	30/04/06	Protocollo ASP	Identificazione di un Referente Regionale	01/05/2006	in corso	75	Identificazione dell'ASP Lazio come agenzia coordinatrice del progetto (Prot. 59944 del 18/05/2006). Elaborazione di indicazioni operative per le ASL finalizzate alla preparazione di piani operativi aziendali.
AV 7	Individuazione dei bisogni formativi e delle modalità con cui svolgere la formazione	5	01/01/2007	30/06/2007	Protocollo ASP		01/01/2007	30/06/2007		
AV 8	Adeguamento dei sistemi informatici delle ASL (hardware), incluso il collegamento in rete	10	01/07/06	31/12/07	Attestazione dalle 12 ASL della Regione	Requisiti strutturali Disponibilità fondi vincolati	01/07/06	31/12/07	50	Tutte le ASL, utilizzando i fondi previsti per l'attuazione PNEMRC hanno provveduto all'integrazione delle strumentazioni informatiche e all'acquisizione di software per la gestione informatizzata delle vaccinazioni. In tutte le ASL esiste almeno una sede vaccinale con possibilità di accesso alla rete.
AV 9	Definizione del flusso informatico, elaborazione del sistema regionale, creazione del server regionale (anagrafe)	10	01/07/05	31/12/06	Protocollo ASP	Individuazione struttura anagrafica regionale Collegamento anagrafi di popolazione Disponibilità fondi vincolati	01/07/2005	in corso	25	E' stata elaborata una bozza di programma per l'anagrafe regionale e la struttura del flusso. Al momento l'attività è sospesa in attesa della decisione del "Garante per la protezione dei dati personali".
AV 10	Adeguamento dei programmi informatici di gestione delle ASL e collegamento al server regionale	10	01/07/07	30/09/07	Certificazione ASP	Eterogeneità dei software aziendali utilizzati Disponibilità fondi vincolati				Il vincolo è rappresentato dalla creazione del sistema regionale.
AV 11	Formazione del personale addetto all'anagrafe vaccinale	5	01/07/06	30/09/07	Certificazione ASP	Identificazione Referente ASL per la gestione dell'anagrafe Identificazione personale dedicato	01/07/2006	in corso	25	Ein 8 ASL stata avviata la formazione del personale addetto alle loro anagrafi vaccinali. Non è ancora stata avviata la formazione per la gestione in rete dell'anagrafe regionale.
AV 12	Collegamento delle anagrafi comunali al server regionale	5	01/10/07	31/12/07	Certificazione ASP	Disponibilità dati delle anagrafi comunali				
AV 13	Inserimento dei dati vaccinali delle ASL	5	01/10/06	30/10/07	Attestazione ASL Conferma ASP	Mancanza personale dedicato Adeguatezza formazione Disponibilità fondi vincolati	01/07/2005	in corso	50	In 8 ASL su 12 sono disponibili dati informatizzati (anagrafi vaccinali aziendali) riferibili, almeno, alle coorti di nascite 1998-2006.
AV 14	Sperimentazione del nuovo sistema di gestione informatizzate vaccinazioni	5	01/01/08	30/06/08	Coincidenza dati cartacei e informatizzati	Mancato inserimento dati Mancato invio dati cartacei				
AV 15	Adeguamento e finalizzazione del sistema	5	01/07/08	30/09/08	Anagrafe vaccinale definitiva	Disponibilità fondi vincolati				
AV 16	Promulgazione del sistema	5	01/10/08	30/10/08	Delibera Regionale	Priorità Assessorato Sanità				
AV 17	Calcolo delle coperture reali	5	15/12/08	30/12/08	Invio nepiloghi vaccinali 2007 al Ministero della Salute	Puntualità nell'inserimento dati vaccinali				

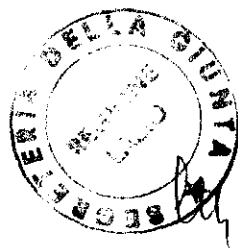
PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE 2005-2007: STATO DI AVANZAMENTO DEI PIANI REGIONALI AL 31 DICEMBRE 2006

Cronoprogramma							
Pianificazione						Tempi di realizzazione	
Codice attività	Descrizione attività	Data inizio prevista	Data fine prevista	Traguardo	Eventuali vincoli o criticità	Data inizio effettiva	Data fine effettiva
	Definizione gruppo di coordinamento e collaborazioni	15/05/2006	20/05/2006	Riunioni/verbali	Variazione della composizione del gruppo di lavoro	15/05/2006	20/05/2006
	Stesura del protocollo	20/05/2006	05/06/2006	Protocollo	Il protocollo non è stato condiviso con la realtà territoriale coinvolte e incertezza circa le specifiche tecniche / raccomandazioni necessarie per redigere i PAA	20/05/2006	05/06/2006
1	Progettazione						
	Previsione dei costi	30/5/06	05/06/2006		Nell'incertezza del protocollo operativo e dei PAA ad esso conformi, anche il budget previsto deve essere rivisitato	30/5/06	05/06/2006
	Revisione/Rivisitazione programma regionale				Incetezza circa la possibilità di vincolare fondi sul progetto, capacità di realizzare un sistema informativo ad hoc	15/10/06	28/02/07
	Condivisione e sviluppo del protocollo operativo			Protocollo operativo		01/04/2007	31/05/2007
	Aggiornamento e valutazione dei Piani Attivativi Aziendali (PAA)			PAA operativi con il protocollo operativo		01/06/2007	30/06/2007
2	Realizzazione delle diverse componenti del modello assistenziale						
	Arruolamento MMG			Campione MMG	Fondi disponibili, eventuale incentivazione concordata con MMG		
	Organizzazione dei corsi di formazione per i MMG			Formazione MMG	Risorse disponibili, Efficacia nel modificare la pratica clinica		
	Formazione altri attori del modello assistenziale			Formazione operatori	Efficacia nel modificare la pratica clinica	01/07/2007	31/12/2007
	Riorganizzazione dei servizi coinvolti			Modello assistenziale	Fondi disponibili, eventuale incentivazione concordata con operatori		
	Realizzazione del sistema informativo			Modello informativo	Fondi disponibili, disponibilità soluzioni tecniche nel contesto operativo		
3	Implementazione del modello assistenziale						
	Arruolamento pazienti				Sostenibilità della nuova pratica clinica	01/10/2007	31/12/2007
	Assistenza integrata MMG-specialisti			Assistenza integrata	Sostenibilità del nuovo modello assistenziale		
4	Follow-up			Archivi ad hoc	Sostenibilità della nuova pratica clinica e del nuovo modello assistenziale	01/01/2008	31/12/2008
Termine studio						31/12/2008	
Seguiranno le fasi di analisi dei dati e diffusione dei risultati							

Cronoprogramma							
Pianificazione						Tempi di realizzazione	
Codice attività	Descrizione attività	Data inizio prevista	Data fine prevista	Traguardo	Eventuali vincoli o criticità	Data inizio effettiva	Data fine effettiva
1 Progettazione	Definizione gruppo di coordinamento e collaborazioni	15/05/2006	20/05/2006	Riunioni/verbali	Variazione della composizione del gruppo di lavoro	15/05/2006	20/05/2006
	Stesura del protocollo	20/05/2006	05/06/2006	Protocollo	Il protocollo non è stato condiviso con le realtà territoriali coinvolte e incertezza circa le specifiche tecniche / raccomandazioni necessarie per redigere i PAA	20/05/2006	05/06/2006
	Previsione dei costi	30/5/06	05/06/2006		Nell'incertezza del protocollo operativo e dei PAA ad esse conformi, anche il budget previsto deve essere rivisitato	30/5/06	05/06/2006
	Revisione/Rivisitazione programma regionale				Incertezza circa la possibilità di vincolare fondi sul progetto, capacità di realizzare un sistema informativo ad hoc	15/10/06	28/02/07
	Condivisione e sviluppo del protocollo operativo			Protocollo operativo		01/04/2007	31/05/2007
	Aggiornamento e valutazione dei Piani Attuativi Aziendali (PAA)			PAA coerenti con il Protocollo operativo		01/06/2007	30/06/2007
2 Realizzazione delle diverse componenti del modello assistenziale	Arruolamento MMG			Campione MMG	Fondi disponibili, eventuale incentivazione concordata con MMG		
	Organizzazione dei corsi di formazione per i MMG			Piano di formazione, Obiettivi didattici, Materiali, programmi, etc.	Risorse disponibili, Efficacia nel modificare la pratica clinica		
	Formazione altri attori del modello assistenziale			Piano di formazione, Obiettivi didattici, Materiali, programmi, etc.	Efficacia nel modificare la pratica clinica	01/07/2007	31/12/2007
	Ri/organizzazione dei servizi coinvolti			Profilo assistenziale	Fondi disponibili, eventuale incentivazione concordata con operatori		
	Realizzazione del sistema informativo			Flusso informatizzato MMG - simulatore cardiologico - SIAO Regione	Fondi disponibili, disponibilità soluzioni tecniche nel contesto operativo		
3 Implementazione del modello assistenziale	Arruolamento pazienti			Archivi ad hoc	Sostenibilità della nuova pratica clinica	01/10/2007	31/12/2007
	Assistenza integrata MMG-specialisti			Gestione integrata	Sostenibilità del nuovo modello assistenziale		
4 Follow-up	Nuova valutazione rischio cardiovascolare			Archivi ad hoc	Sostenibilità della nuova pratica clinica e del nuovo modello assistenziale	01/01/2008	31/12/2008
5 Analisi dei dati	Controllo di qualità e analisi descrittive			Tabelle/documenti di lavoro	Efficienza ed efficacia del sistema informativo	01/01/2009	28/02/2009
	Valutazione di impatto del modello sperimentato				Disegno di studio coerente con gli obiettivi della valutazione		
6 Diffusione dei risultati	Preparazione di documenti sui risultati dello studio			Seminari / convegni/Articoli scientifici / documenti di lavoro / corso formazione		01/03/2009	30/04/2009

Titolo del progetto		Definizione e sperimentazione di un profilo assistenziale per i soggetti con rischio cardiovascolare nella regione Lazio								
Area progettuale		Cuore								
Referente di progetto (nominativo, recapiti)		Dr Antonio Federici (referente fino ad ottobre 2006)								
Cronoprogramma										
Pianificazione							Avanzamento			
Codice attività	Descrizione attività	Peso % attività	Data inizio prevista	Data fine prevista	Traguardo	Eventuali vincoli o criticità	Data inizio effettiva	Data fine effettiva	Valore rilevato del traguardo	Note
1 Organizzazione	Definizione gruppo di coordinamento e collaborazioni		15/05/2006	20/05/2006	Riunioni/verbali	definizione posticipata in seguito alla riformulazione del progetto	30/11/2006	01/03/2007		
	Stesura del protocollo		20/05/2006	05/06/2006	Protocollo	Protocollo inadeguato: mancato confronto con la realtà territoriale di implementazione del progetto, carenza di comunicazione con le strutture da coinvolgere	30/11/2006	08/02/2007		
	Previsione dei costi		30/5/06	05/06/2006			30/5/06	05/06/2006		
	Selezione MMG		01/09/2006	07/09/2006	Campione MMG					
	Presentazione del progetto al MMG e ai centri partecipanti		08/09/2006	10/09/2006	Seminario/riunione con i partecipanti					
2 Preparazione strumenti di raccolta dati	Definizione degli strumenti di raccolta dati (scheda per la rilevazione del rischio cardiovascolare) e dei protocolli di attività integrata		01/06/2006	01/09/2006	Schede di raccolta dati Protocolli di attività integrata MMG-specialisti					
3 Realizzazione della rete informatizzata (collegamento MMG-specialisti)	Definizione delle caratteristiche tecniche del prodotto informatizzato		01/06/2006	01/09/2006	Specifiche tecniche		7			
	Realizzazione del sistema gestionale / informativo		01/07/2006	01/11/2006	Sw gestionale via web					
	Implementazione		01/11/2006	01/02/2007	Rete informatizzata					
4 Formazione	Organizzazione dei corsi di formazione		11/02/2007	11/05/2007	Materiali, programmi, etc.					
5 Rilevazione dati ed avvio della integrazione MMG-specialisti assistenziale integrata al pz con RCY ed IMA	Arruolamento pazienti e registrazione dati su supporto informatico da parte del MMG e collegamento in rete con i centri ospedalieri di riferimento e con il centro di elaborazione dati		12/05/2007	11/08/2007	Archivi ad hoc					
	Assistenza integrata MMG-specialisti		12/05/2007	11/08/2007	Gestione integrata					
6 Follow-up	Nuova valutazione rischio cardiovascolare		12/08/2007	11/08/2008	Archivi ad hoc					
	Registrazione nuovi eventi cardiovascolari		12/08/2007	11/08/2008						
7 Analisi dei dati	Controllo di qualità e analisi descrittive		12/08/2008	11/09/2008	Tablette/documenti di lavoro					
	Valutazione di impatto del modello sperimentato		12/08/2008	11/09/2008						
8 Diffusione dei risultati	Preparazione di documenti sui risultati dello studio		11/09/2008	10/11/2008	Seminari / convegni / articoli scientifici / documenti di lavoro / corso formazione					
		100%								

Titolo del progetto		Definizione e sperimentazione di un profilo assistenziale per i soggetti con rischio cardiovascolare nella regione Lazio									
Linea progettuale		Cuore									
Referente di progetto (nominativo, recapiti)		Dr Antonio Pagano (referente da ottobre 2006), pagano @asplazio.it									
Cronoprogramma											
Codice attività	Descrizione attività	Periodo attività	Pianificazione			Frequenza	Eventuali vincoli o criticità	Avanzamento			
			Data inizio prevista	Data fine prevista	Data inizio effettiva			Data fine effettiva	Valore rilevato del traguardo	Note	
1 Organizzazione	Verifica / ricognizione della situazione in atto		15/10/2006	15/11/2006		studio di fattibilità del progetto regionale	carezza di comunicazione con la struttura coinvolte e da coinvolgere	15/10/2006	15/11/2006		
	Valutazione piani attuativi aziendali inviati		01/11/2006	28/02/2007				01/11/2006			
	Primo confronto con le strutture coinvolte										
	Definizione gruppi di lavoro e collaborazioni		30/11/2006	1/03/2007			carezza di comunicazione in merito alla informazione del progetto		30/11/2006	1/03/2007	
	Retrifica e adeguamento del protocollo originale		15/01/2007	15/02/2007			Protocollo originale inadeguato: mancato confronto con la realtà territoriale di implementazione del progetto, carezza di comunicazione con le strutture da coinvolgere		30/11/2006	16/02/2007	
	Trasmissione del piano finalizzato alle strutture coinvolte										
2	Reassessamento										
	Adempimenti burocratici e disposizioni amministrative										
3 Formazione	Coordinamento del team										
4 Collaborazione	Novità sperimentali in tema cardiovascolare										
	Progetti locali in tema cardiovascolare										
5 Valutazione dell'attività sperimentale	Controllo di qualità										
	Valutazione di efficacia sperimentale										
6 Riproduzione dell'attività	Organizzazione di nuove attività										



PIANO NAZIONALE PREVENZIONE: DEFINIZIONE BUDGET - ANNO 2007

Tab. 1 - Ripartizione potenziale delle risorse tra le Aziende ed i singoli piani

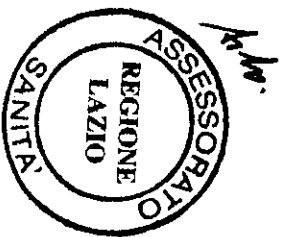
ASL	OBESITA' (10%)	RECIDIVE CARDIOVAS. (12%)	VACCINAZIONI (13%)	INCIDENTI STRADALI (7%)	INF. SUL LAVORO (9%)	DIABETE (11%)	PREV. PRIMARIA CARDIOVASCOLARE (13%)	INCIDENTI DOMESTICI (7%)	SCREENING (18%)	QUOTA COORDINAMENTO LAZIOSANITA'	TOTALE
RM A ¹	340103	408123	442133	238072	306092	374113	442133	238072	612185		3401025
RM B	457061	548473	594179	319943	411355	502767	594179	319943	822709		4570608
RM C ²	379930	455916	493909	265951	341937	417923	493909	265951	683874		3799303
RM D	372188	446626	483845	260532	334970	409407	483845	260532	669939		3721884
RM E ³	383967	460760	499157	268777	345570	422363	499157	268777	691140		3839666
RM F	204857	245928	266314	143400	184371	225343	266314	143400	368743		2048570
RM G	320659	384791	416857	224461	288593	352725	416857	224461	577186		3206590
RM H	359319	431182	467114	251523	323387	395251	467114	251523	646774		3593187
VITERBO	218550	262260	284115	152985	196695	240405	284115	152985	393390		2185502
RIETI	111538	133845	144999	78077	100384	122892	144999	78077	200768		1115379
LATINA	378906	454687	492577	265234	341015	416796	492577	265234	682030		3789057
FROSINONE	354923	425908	461400	248446	319431	390415	461400	248446	638862		3549231
QUOTA ATTIVITA' LAZIOSANITA' AGENZIA DI SANITA' PUBBLICA	-	-	250000	-	-	100000	150000	-	300000	150000	950000
TOTALE	3882000	4658400	5296600	2717400	3493800	4370200	5196600	2717400	7287600	150000	397770000

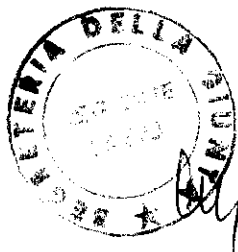
Note:
 Quota ripartita per ASL per popolazione residente = 38.320.000
¹ Quota aggiuntiva ASL RMA per stipula convenzioni A.O. = 100.000
² Quota aggiuntiva ASL RMC per stipula convenzioni A.O. = 100.000
³ Quota aggiuntiva ASL RME per stipula convenzioni A.O. = 300.000

POPOLAZIONE LAZIO

RMA	456973
RMB	632726
RMC	512108
RMD	515234
RME	490009
RMF	283591
RMG	443900
RMH	497418
VT	302547
RI	154406
LT	524533
FR	491333
TOTALE	5304778

ALLEG. alla DELIB. N. 835
 DEL 30.07.2007





ALLEG. alla DELIB. N. 835 *lu*
DEL30 OTT 2007.....

Allegato N. 4

Modalità di gestione dei PPA.

La crescente incidenza delle patologie croniche e delle loro complicanze, in larga misura prevenibili, ha fatto nascere l'esigenza di definire un Piano Nazionale della Prevenzione, tenendo conto anche del peso finanziario di queste patologie, a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

Gli interventi di prevenzione primaria e secondaria e gli interventi di educazione e promozione della salute sono effettuati in Italia con modalità diverse da ASL a ASL, pertanto, il Ministero della salute ha ritenuto necessario stabilire un coordinamento per conseguire obiettivi di salute uniformi in tutta le Regioni, in modo che tutti i cittadini possano accedere ai servizi di diagnosi precoce e prevenzione.

Attraverso i piani regionali di prevenzione attiva (PPA) si è voluto creare uno strumento per riconvertire ed indirizzare diversamente l'attività dell'area delle cure primarie e della prevenzione a livello distrettuale ed ospedaliero con il coinvolgimento di Distretto, MMG, Consultorio familiare, Dipartimento di prevenzione, ecc. in stretto rapporto con le realtà ospedaliere per alcuni Piani.

Le attività dei PPA, costituiscono una sfida sul terreno dell'innovazione, coinvolgono livelli di prevenzione primaria e secondaria (diagnosi precoce, prevenzione di aggravamento di malattie) e adottano sia strategie di popolazione, che azioni rivolte a gruppi a rischio e a singole persone, superando in alcuni casi il concetto di prevenzione collettiva in ambienti di vita e di lavoro. Tali attività fanno parte dei LEA e quindi devono essere attuate convogliando verso i PPA risorse aziendali, riconvertendo attività non garantite dai LEA o di rilievo secondario o inappropriate. Pertanto, i costi di nuove tecnologie, di materiali di consumo e di personale, come dopo specificato, non si coprono con risorse aggiuntive, ma rientrano nell'attività ordinaria della aziende sanitarie.

Tale impostazione richiede un forte coinvolgimento delle unità organizzative di sanità pubblica, con particolare riguardo alla direzione sanitaria aziendale, le direzioni sanitarie ospedaliere, il distretto, che esercitano un ruolo di supervisione ed indirizzo nei confronti delle unità organizzative cliniche coinvolte (radiologie, anatomie patologiche, ginecologie, chirurgie, gastroenterologie, endoscopie digestive, medicine generali).

Per tale ragione le ASL dovranno individuare, un referente, che avrà la responsabilità di tutti i piani di prevenzione attiva a livello aziendale, in un dirigente del ruolo sanitario, anche a prescindere dalla posizione organizzativa ricoperta, da collocarsi per tale attività funzionalmente in direzione sanitaria aziendale. Tale referente parteciperà alle riunioni regionali in rappresentanza della ASL e coordinerà tutte le unità organizzative aziendali coinvolte nei piani. Verrà altresì individuato per ogni singolo piano un referente che si rapporta al referente aziendale di tutti PPA.

Come già comunicato con la nota n. 59944 del 18 maggio 2006 della Direzione TSSSR si precisa che i piani di prevenzione attiva, rientranti nei LEA, si finanziano con le ordinarie risorse aziendali (quota capitaria per le ASL e budget concordato per le AO) e non con quote aggiuntive.

Si tratta di quote del finanziamento regionale alle aziende, vincolate alla realizzazione dei piani, che saranno svincolate da parte del Ministero della Salute -CCM a seguito di verifica degli adempimenti. La certificazione degli adempimenti sarà effettuata dalla Regione sulla base degli indicatori di esito e di processo individuati nei piani stessi e verificati dall'ASP. I metodi di



valutazione adottati dall'ASP sono oggettivi e concordati in modo trasparente con gli operatori delle varie strutture;

In particolare le procedure di verifica, per le ASL che hanno presentato cronoprogrammi precisi, consistono nel valutare la percentuale di raggiungimento degli obiettivi, secondo gli indicatori e i tempi concordati nella pianificazione, con gli eventuali necessari aggiustamenti. Le riunioni periodiche dei tavoli dei PPA avranno anche la funzione di individuare eventuali criticità che impediscano di effettuare le attività pianificate.

Le Aziende sanitarie, potranno utilizzare i fondi per i PPA o per l'acquisto di materiali o per forme incentivanti per gli operatori addetti, attraverso l'istituto del salario di risultato o specifiche modalità, come previsto dai CCNL e dalla contrattazione aziendale, documentando con il metodo della contabilità analitica i costi sostenuti e le modalità di utilizzo di tali fondi .

