



PIANI DI ATTIVITA' 2012 DEI COORDINAMENTI, DEL SISTEMA EPIDEMIOLOGICO REGIONALE E DEI REGISTRI DI PATOLOGIA

INDICE

- 1) **CRT - COORDINAMENTO REGIONALE PER TRAPIANTI** pag. 2

- 2) **REGISTRO REGIONALE PER LA PATOLOGIA
CARDIO-CEREBRO-VASCOLARE** pag. 8

- 3) **COORDINAMENTO CONTROLLI SANITARI APPROPRIATEZZA
E LISTE DI ATTESA** pag. 11

- 4) **CRAT - COORDINAMENTO REGIONALE PER LE ATTIVITA'
TRASFUSIONALI** pag. 18

- 5) **SER - SISTEMA EPIDEMIOLOGICO REGIONALE** pag. 23

- 6) **RVDT - REGISTRO VENETO DIALISI E TRAPIANTO** pag. 28

- 7) **RTV - REGISTRO TUMORI DEL VENETO** pag. 29

- 8) **REGISTRO NORD EST ITALIA DELLE MALFORMAZIONI CONGENITE** pag. 37

- 9) **REGISTRO REGIONALE VENETO DEI CASI DI MESOTELIOMA
ASBESTO CORRELATI** pag. 38

- 10) **COORDINAMENTO REGIONALE SUL FARMACO** pag. 42

- 11) **CREU - COORDINAMENTO REGIONALE EMERGENZA URGENZA** pag. 50

- 12) **CCMR - COORDINAMENTO REGIONALE PER LA PREVENZIONE
ED IL CONTROLLO MALATTIE** pag. 51

- 13) **CREMPE - COORDINAMENTO REGIONALE PER IL
MANAGEMENT E LA PROGETTAZIONE EUROPEA** pag. 55

STRUTTURA: CRT - COORDINAMENTO REGIONALE PER TRAPIANTI**PIANO DI ATTIVITA' ANNO 2012****Attività attinenti agli ORGANI****Attività n. 1: Monitoraggio pazienti con cerebrolesione acuta ricoverati in Terapia Intensiva**

Il potenziale donatore di organi è un soggetto in cui la morte viene diagnosticata attraverso l'applicazione dei criteri neurologici (L 578/93) e quindi su soggetti affetti da lesione cerebrale acuta ricoverati presso le terapie intensive. Risulta quindi fondamentale ai fini dell'individuazione dei potenziali donatori di organi monitorare tutti i pazienti affetti da tale patologia ricoverati presso le terapie intensive. Compito del CRT è la verifica dell'inserimento dei dati riassuntivi mensili nell'apposita scheda monitoraggio da parte delle terapie intensive; la verifica corrispondenza tra i dati mensili dichiarati e le schede individuali inserite nel registro dei cerebrolesi; il supporto tecnico alla compilazione e soluzione di eventuali problemi di trasmissione dati, ed infine, la trasmissione completa al SIT (Sistema Informativo Nazionale), come debito informativo del Sistema Regionale Trapianti (SRT) al CNT per i report trimestrali ufficiali.

Indicatore a)

Formula di calcolo:
$$\frac{\text{n. schede inserite di cerebrolesi deceduti in T.I.}}{\text{totale cerebrolesi deceduti in T.I.}}$$

Risultato atteso: 100%

Tempi: trimestrale

* * * * *

Attività n. 2: Procurement di organi

Una volta effettuato il monitoraggio dei cerebrolesi è necessario identificare quanti di questi possono diventare potenziali donatori di organi e quanti "effettivamente" lo diventano. È infatti necessario valutare l'idoneità alla donazione ed ottenere la non opposizione alla stessa. Gli indicatori di seguito elencati sono quelli forniti dal Centro Nazionale Trapianti (CNT) e condivisi a livello nazionale.

Indicatore: b) Procurement 1

Formula di calcolo:
$$\frac{\text{n. donatori effettivi*}}{\text{n. cerebrolesi deceduti in T.I.}}$$

Risultato atteso: range compreso tra 15% e 25%

Tempi: calcolo annuale

Indicatore: a) Procurement 2

Formula di calcolo:
$$\frac{\text{n. accertamenti AMC**}}{\text{n. cerebrolesi deceduti in T.I.}}$$

Risultato atteso: range compreso tra 20% e 40%

Tempi: calcolo annuale

*donatore da cui viene prelevato almeno un organo a scopo di trapianto

**AMC: accertamento di morte con criteri neurologici

Indicatore: c) di qualità

Formula di calcolo:
$$\frac{\text{n. donatori effettivi}^*}{\text{n. accertamenti AMC}^{**}}$$

Risultato atteso: range compreso tra 30% e 70%

Tempi: calcolo annuale

(L'ampiezza dell'intervallo è dovuta alla tipologia di ospedale ed alla presenza o meno della Neurochirurgia nella struttura stessa)

Indicatore: d) % opposizione alla donazione di organi

Formula di calcolo:
$$\frac{\text{n. di opposizioni alla donazione}}{\text{n. totale di colloqui a scopo di donazione}}$$

Risultato atteso: confronto con la media opposizioni nazionale

Tempi: calcolo annuale

* * * * *

Attività n. 3: Monitoraggio inserimento dati donatori di organi nel Donor Manager (DM)

Il "Donor Manager" è il programma informatico del SRT, il cui impiego ha come finalità sia la tracciabilità dell'intero processo donazione-trapianto sia lo scambio di informazioni relative al processo tra i vari componenti della rete (CNT, NITp, Banche Tessuti, ecc). Il CRT verifica l'apertura della scheda per la generazione codice SIT in fase di accertamento di morte; fornisce supporto tecnico alla compilazione e soluzione di eventuali problemi di trasmissione dati; verifica la completezza dei dati per consentire una corretta allocazione degli organi da parte del NITp, ed infine archivia la scheda con trasmissione completa al SIT.

Indicatore a)

Formula di calcolo:
$$\frac{\text{n. schede con codice SIT generato}}{\text{Totale numero ACM}}$$

Risultato atteso: 100%

Tempi: ad ogni evento

Indicatore b)

Formula di calcolo:
$$\frac{\text{n. schede senza segnalazione di errore}}{\text{Totale numero ACM}}$$

Risultato atteso: 100%

Tempi: calcolo trimestrale

* * * * *

Attività n. 4: Supporto attività Coordinamenti Locali (CL) per i processi di donazione

Il CRT svolge un ruolo di supervisione su tutti gli accertamenti di morte con criteri neurologici. In particolare i CL devono comunicare al CRT l'inizio dell'ACM; la volontà in merito alla donazione; l'eventuale orario di sala operatoria e l'eventuale allocazione degli organi. In caso sia necessario attivare i Servizi di II Livello Regionali devono darne pronta comunicazione al CRT che si attiva in tal senso. I CL fanno riferimento al CRT anche per la risoluzione di problematiche organizzative, quali ad esempio trasporti.

Indicatore a) reperibilità regionale h24/365 giorni/a

Formula di calcolo:
$$\frac{\text{attivazione reperibilità regionale}}{\text{Totale numero ACM}}$$

Risultato atteso: 100%

Tempi: ad ogni evento

* * * * *

Attività n. 5: Supporto Regionale Servizi II Livello per i processi di donazione

Il CRT svolge un ruolo di supervisione su tutti gli accertamenti di morte con criteri neurologici. A livello regionale è attiva una rete di supporto per il processo di donazione relativamente alle attività di tipo microbiologico, anatomo patologico, laboratoristico e tossicologico. Tale attivazione ha lo scopo di uniformare ed assicurare a tutta la rete livelli di qualità e sicurezza per il processo di valutazione di idoneità del potenziale donatore e del possibile trapianto.

Indicatore a) attivazione dei Servizi II livello

Formula di calcolo: $\frac{\text{n. prestazioni erogate}}{\text{n. attivazione servizi}}$

Risultato atteso: 100%

Tempi: ad ogni evento

* * * * *

Attività n. 6: Aggiornamento e monitoraggio delle liste d'attesa per trapianto d'organo nei centri trapianti veneti

Tra i compiti del CRT c'è la rilevazione dei pazienti inseriti in lista d'attesa attiva presso ciascun centro di trapianto d'organo nel Veneto da più di 5 anni. Il CRT procede quindi a rivalutazione dei criteri di immissione in lista degli stessi pazienti e dei loro follow up per mantenimento, espansione o cancellazione dalla lista attiva.

Indicatore: rivalutazione dei pazienti in lista d'attesa da più di 5 anni

Risultato atteso: mantenimento di una lista attiva più snella ed aderente alla popolazione di pazienti in carico a ciascun centro trapianti

Tempi: rivalutazione semestrale

* * * * *

Attività n. 7 : Autorizzazione all'inserimento in lista d'attesa per trapianto d'organo per stranieri non residenti in Italia

I centri trapianto veneti effettuano una valutazione dei candidati stranieri che non hanno alcuna forma di residenza stabile nel territorio nazionale. Inviano al CRT la documentazione clinica ed amministrativa. Il CRT esamina la documentazione ed esprime il proprio parere che viene trasmesso al centro trapianto interessato ed al NITp per le funzioni di sua competenza.

Indicatore a): gestione di tutte le richieste che pervengono al CRT secondo le modalità sopra indicate

Risultato atteso: 100% di valutazione richieste Tempi: contestualmente all'arrivo della richiesta

Attività attinenti ai Tessuti**Attività n. 8: Monitoraggio inserimento dati donatori di tessuti sia a cuore fermo che da vivente nel Donor Manager (DM)**

Compito del CRT è la verifica dell'apertura della scheda per la generazione codice SIT per ogni donazione di tessuti; il supporto tecnico alla compilazione e soluzione di eventuali problemi di trasmissione dati; la verifica della completezza dei dati per consentire la piena tracciabilità dei tessuti e "l'accettazione" della donazione da parte delle Banche, nei giorni successivi alla donazione (passaggio indispensabile per la distribuzione per trapianto); la verifica dell'archiviazione della scheda con trasmissione completa al SIT, ed infine la verifica dell'allineamento dei dati tra archivio SRT, archivi delle tre banche tessuti, archivio SIT.

Indicatore a)

Formula di calcolo: $\frac{\text{n schede con codice SIT generato (per tipologia di tessuto)}}{\text{Totale numero donazioni effettive}}$

Risultato atteso: 100%

Tempi: calcolo trimestrale

Indicatore b)

Formula di calcolo: $\frac{\text{n schede con codice SIT generato archiviate}}{\text{Totale numero donazioni effettive}}$

Risultato atteso: 100%

Tempi: calcolo trimestrale

* * * * *

Attività n. 9: Monitoraggio andamento attività di procurement di tessuti

Il CRT periodicamente valuta il numero complessivo delle donazioni suddivise per tipologia. Nel caso si ravvisassero delle riduzioni di attività ne verifica le cause e concorda con gli attori coinvolti eventuali correttivi.

Indicatore: a) Procurement tessuti

a) Formula di calcolo: $\frac{\text{n. donatori procurati per cornea}}{\text{n. potenziali donatori di cornea per età}}$

Risultato atteso: non inferiore al 15%

Tempi: calcolo trimestrale

b) Formula di calcolo: $\frac{\text{n. donatori procurati per multitessuto}}{\text{n. potenziali donatori multitessuto per età}}$

Risultato atteso: non inferiore al 3%

Tempi: calcolo trimestrale

Attività Trasversali**Attività n. 10: Produzione di reportistica**

Il CRT elabora periodicamente un prospetto riassuntivo, per area provinciale, dell'attività di procurement di organi e tessuti. Trimestralmente i report vengono inviati alla rete del SRT, e viene prodotto annualmente un report complessivo.

* * * * *

Attività n. 11: Aggiornamento del sito Web del SRT

Il CRT, attraverso l'utilizzo del sito web appositamente predisposto, provvede a rendere disponibili alla rete gli aggiornamenti di modulistica, linee guida ed istruzioni operative nonché i dati statistici riassuntivi dell'attività di procurement.

* * * * *

Attività n. 12: Verifica delle dichiarazioni di volontà alla donazione

Verifica nel SIT (Sistema Informativo Nazionale), in tempo reale su richiesta dei CL, per ogni donazione di organi e multitestiti, della presenza di una eventuale dichiarazione di volontà in merito alla donazione. Attività svolta in orario di ufficio e in reperibilità h24.

Indicatore a)

Formula di calcolo:
$$\frac{\text{n verifiche nel SIT}}{\text{n donatori}}$$

Risultato atteso: 100%

Tempi: ad ogni evento

* * * * *

Attività n. 13: Attività di formazione/sensibilizzazione

Il CRT si fa carico di individuare le esigenze formative che gli operatori della rete "donazione-trapianto" manifestano al fine di aggiornare le pratiche già in uso e di preparare i nuovi operatori che entrano nelle varie attività. Si progettano attività formative per i medici nelle discipline anestesiológicas, chirurgiche, igenistiche, medico legali e per gli altri operatori sanitari coinvolti nel processo. I bisogni individuati nelle varie aree vengono elaborati in modo interdisciplinare al fine di essere successivamente affidati per la realizzazione a FITOT (Fondazione per l'Incremento di Trapianti di Organi e Tessuti) che si occupa degli aspetti relativi all'organizzazione. Il CRT in accordo con FITOT e con le varie espressioni del volontariato dedicato alla donazione ed al trapianto, promuove tutte le iniziative da metter in atto sul territorio regionale finalizzate ad incrementare la sensibilità alla donazione di organi e tessuti.

* * * * *

Attività n. 14: Gestione dei Tavoli Tecnici Regionali

Al fine di un buon funzionamento della rete trapiantologica veneta, il CRT ha individuato la necessità di dar vita a Tavoli Tecnici dove riunire periodicamente i responsabili dei vari Centri di Trapianto della Regione e i Coordinatori di Area Provinciale. Nel primo tavolo vengono monitorate le attività in riferimento alle liste d'attesa, ai dati di attività e alle criticità emergenti. Nel secondo tavolo vengono affrontate tutte le tematiche relative al procurement ed alle iniziative di sensibilizzazione da mettersi in atto nelle varie realtà provinciali.

Attività n. 15: Progetti vari

- a) PROGETTO STRANIERI il CRT, considerata l'elevata presenza di soggetti di altra lingua presenti nel territorio veneto e il numero in crescita di potenziali donatori stranieri, predisporrà la traduzione in 4 lingue: inglese, francese, spagnolo e rumeno, della modulistica relativa all'informazione e all'acquisizione dei consensi alla donazione di organi e tessuti. Inoltre realizzerà delle brochure nelle quali verranno riportate i passaggi fondamentali di tutto il processo di donazione-trapianto.
- b) PROGETTO SICUREZZA/QUALITÀ: essendo a livello nazionale il risk management/rischio clinico in ambito trapiantologico una delle priorità, il CRT analizzerà i processi prioritari che coinvolgono tutta la rete regionale nell'ottica della sicurezza, predisponendo delle istruzioni operative ad esso correlate.
- c) INTRODUZIONE SCHEDA STANDARDIZZATA: in riferimento al progetto sicurezza/qualità il CRT implementando il documento inviato dal Centro Nazionale Trapianti introdurrà a livello regionale la "scheda unica standardizzata" strumento di valutazione e documentazione di tutti i processi correlati al procurement di organi e tessuti, condividendolo con tutti gli attori del Sistema Regionale Trapianti Veneto anche attraverso incontri operativi e di formazione.
- d) ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE DEL CRT: a livello nazionale è emersa l'esigenza di standardizzare i principali processi in riferimento alle attività di procurement e trapianto di organi, tessuti e cellule. In tal senso il CRT, d'intesa con gli Organi Regionali competenti, lavorerà per valutare la fattibilità dell'accreditamento della struttura e dei percorsi ad essa correlati.
- e) AUTORIZZAZIONE CENTRI TRAPIANTO: considerato quanto stabilito dalla Conferenza Stato Regioni nelle sedute del 14.02.2002 e del 29.04.2004 ed ai fini della ridefinizione del percorso autorizzativo delle attività dei centri trapianti col passaggio di competenza dal Ministero della Salute alle Regioni, si cercherà sia di effettuare un censimento della situazione attuale relativamente ai centri trapianti veneti sia per tipologia di trapianto da donatore cadavere che da vivente, che di pianificare e determinare assieme agli organi regionali competenti l'iter procedurale relativo.

STRUTTURA: REGISTRO REGIONALE PER LA PATOLOGIA CARDIO-CEREBRO-VASCOLARE**PIANO DI ATTIVITA' ANNO: 2012**

ATTIVITA' n. 1

MORTE IMPROVVISA GIOVANILE E PREVENZIONE

Studio anatomo-patologico e molecolare in giovani deceduti improvvisamente: correlazioni clinico-patologiche e indagini genetiche nei famigliari di primo grado.

Indicatore: Studio di 30 nuovi casi della Regione Veneto (attualmente archiviati 577 casi).

Risultato Atteso: Perfezionamento diagnostico, prevenzione morte improvvisa. Pubblicazioni.

Tempi: Gennaio – Dicembre 2012

ATTIVITA' n. 2

PROTESI VALVOLARI CARDIACHE

Studio anatomo-patologico di protesi valvolari cardiache, sostituite per disfunzione, con correlazioni clinico-patologiche. Studio delle nuove protesi TAVI, ad impianto transcateretere, sutureless e protesi valvolari pericardiche con trattamenti anti calcificanti; dopo impianto animale in sede ortotopica.

Indicatore: Studio di 40 nuovi casi, provenienti dalle Cardiocirurgie del Veneto (attualmente raccolte 1258 protesi).

Risultato Atteso: Comprensione dei meccanismi di deterioramento strutturale delle protesi valvolari, dell'efficacia dell'impianto transcateretere e sutureless di protesi aortiche e di trattamenti anticalcificanti. Pubblicazioni.

Tempi: Gennaio – Dicembre 2012

ATTIVITA' n. 3

TUMORI CARDIACI

Diagnostica istopatologia, immunoistochimica e ultrastrutturale di masse e tumori cardiaci asportati chirurgicamente. Ruolo di "second opinion" per le Cardiocirurgie Venete.

Indicatore: Studio di 10 nuovi casi (attualmente raccolti 268 casi).

Risultato Atteso: Perfezionamento diagnostico, diagnosi differenziale fra forme non neoplastiche e neoplastiche, benigne e maligne, primitive e secondarie. Pubblicazioni. Monografie in lingua Inglese sui tumori cardiaci.

Tempi: Gennaio – Dicembre 2012

ATTIVITA' n. 4

BIOPSIE ENDOMIocardICHE

Indagini istologiche, immunoistochimiche ed ultrastrutturali su frammenti biopsici endomiocardici prelevati tramite biotomo transvenoso, provenienti da tutte le sale emodinamiche del Veneto in pazienti in scompenso cardiaco non ischemico.

Indicatore: 60 nuovi casi (raccolti finora circa 2000 casi, di cui 134 nel 2011).

Risultato Atteso: Diagnosi di cardiomiopatia infiammatoria, infiltrativa e da accumulo ai fini diagnostici/prognostici terapeutici. Pubblicazioni.

Tempi: Gennaio – Dicembre 2012

ATTIVITA' n. 5

CARDIOPATIE CONGENITE

Raccolta di esemplari anatomici di cardiopatie congenite, con o senza intervento chirurgico, e correlazioni anatomo-cliniche.

Indicatore: 30 nuovi esemplari (attualmente la collezione consiste in 1542 casi).

Risultato Atteso: Conoscenza dell'anatomia clinica e chirurgica delle cardiopatie congenite per il perfezionamento della diagnosi clinica e del trattamento chirurgico. Pubblicazioni.

Tempi: Gennaio – Dicembre 2012

ATTIVITA' n. 6

TRAPIANTO DI CUORE

Studio di cuori con patologia nativa, prelevati all'atto del trapianto, e biopsie endomiocardiche per monitoraggio di rigetto cellulare - umorale.

Indicatore: 20 nuovi cuori da trapianto (attualmente archiviati 759 cuori, di cui 21 nel 2011) e 300 biopsie endomiocardiche (attualmente effettuate oltre 7000, di cui 365 nel 2011).

Risultato Atteso: Aumento della conoscenza delle cardiomiopatie da trapianto, diagnosi precoce di rigetto/infezione per tempestivo trattamento e prevenzione di complicanze fatali. Pubblicazioni.

Tempi: Gennaio – Dicembre 2012

ATTIVITA' n. 7

MORTE IMPROVVISA IN CULLA (SIDS)

Conclusione stesura protocollo per lo studio della morte improvvisa infantile e inaspettata nel feto (Legge 31/2006).

Indicatore: Documento finale.

Risultato Atteso: Avvio attività struttura di riferimento per la Regione Veneto per il riscontro diagnostico sulle vittime della sindrome della morte improvvisa del lattante e di morte inaspettata del feto, Delibera Giunta Regionale 2218/2011.

Tempi: Gennaio – Dicembre 2012

ATTIVITA' n. 8

RICERCA

Cardiomiopatia aritmogena: ricerca traslazionale su topi transgenici.

Indicatore: Pubblicazioni su riviste internazionali.

Risultato Atteso: Comprensione dei meccanismi di segnale intracellulare responsabili della morte dei cardiomiociti.

Tempi: Gennaio – Dicembre 2012

ATTIVITA' n. 9

FORMAZIONE

- Master di Patologia Cardiovascolare per addestramento e formazione Dirigenti Medici del Servizio Sanitario Nazionale della Regione Veneto;

- Organizzazione Seminario "Anatomia per l'Aritmologo: ablazione della giunzione av e sindrome di Brugada" (10 Febbraio 2012)

- Organizzazione Convegno Storico Anno Morgagnano "L'Eredità di Morgagni" (Padova, 16 Marzo 2012)

- Organizzazione Convegno Scientifico Anno Morgagnano "Advances in Medicine" (Padova, 23-24 Marzo 2012)

- Organizzazione 31° Corso di Aggiornamento in Cardiologia Pediatrica "La valvola aortica bicuspidale, Drenaggi venosi polmonari anomali, Sindrome della Scimitarra, Stenosi/Atresia delle vene polmonari" (3-4 Aprile 2012)

- Organizzazione Convegno "Le auricole del cuore" (Padova, 25 Maggio 2012)

Indicatore: Crediti formativi con ECM Regionale.

Risultato Atteso:

- Diplomi Master (n.5)

- 1000 crediti ECM

Tempi: Gennaio – Dicembre 2012

ATTIVITA' n. 10

INTERNAZIONALIZZAZIONE

Lecture Morgagnane di docenti italiani e stranieri di eccellenza in occasione del 300° anniversario della prolusione di Morgagni (1712-2012).

Indicatore: 9 letture.

Risultato Atteso: Visibilità internazionale del Registro.

Tempi: Febbraio – Dicembre 2012

STRUTTURA: COORDINAMENTO CONTROLLI SANITARI APPROPRIATEZZA E LISTE DI ATTESA**PIANO DI ATTIVITA' ANNO: 2012****ATTIVITA' n. 1****Affiancamento del Nucleo Regionale di Controllo nelle funzioni ad esso attribuite, con particolare riferimento alla supervisione e vigilanza dell'attività di controllo sanitario svolta dai Nuclei Aziendali di Controllo (NAC).**

Tale attività comporta l'organizzazione e la realizzazione di incontri almeno mensili con i componenti del Nucleo Regionale di Controllo (NRC) istituito con Decreto del Segretario Regionale per la Sanità n° 16 dell'8 marzo 2011 (DGR n° 3444 del 30/12/2010), preceduti da: preparazione del materiale necessario e sua divulgazione presso i componenti del Nucleo, definizione dell'ordine del giorno, coordinamento dell'incontro in collaborazione con il coordinatore del Nucleo, verbalizzazione, successiva comunicazione, a firma del Responsabile del Coordinamento, alle Aziende interessate o a tutte le Aziende, a seconda della problematica trattata, delle decisioni assunte dal Nucleo stesso.

In caso di contenziosi irrisolti tra Nuclei Aziendali di Controllo e strutture oggetto di controllo, il Coordinamento affianca il Nucleo Regionale nella risoluzione degli stessi, fornendo al Nucleo Regionale tutti gli elementi utili ai fini della risoluzione e, se necessario, recandosi insieme ai componenti del Nucleo nelle sedi del contenzioso per esaminare le cartelle cliniche.

Parametro di riferimento: N° incontri per anno; n° contenziosi analizzati

Risultato Atteso: Realizzazione di almeno 10 incontri, oltre alle eventuali attività sul campo. Risoluzione di tutti i contenziosi presentati nell'anno 2012

Tempi almeno 1 incontro al mese; risoluzione dei contenziosi entro 6 mesi dal loro invio al Nucleo Regionale.

ATTIVITA' n. 2**Attivazione del coordinamento controlli sanitari in caso di particolari problematiche evidenziate dalle verifiche dei NAC, in modo tale che le Aziende interessate mettano in atto tutte le azioni correttive necessarie al fine di evitare il ripetersi delle criticità rilevate.****Descrizione attività**

Tale attività si configura nell'ambito della vigilanza e supervisione regionale dell'attività di controllo sanitario effettuata dai NAC; gli stessi a inizio anno hanno presentato il Piano dei Controlli interni ed esterni ai Nuclei Provinciali di Controllo (NPC), che li hanno valutati ed inviato la relativa istruttoria al NRC per l'approvazione finale. Il Coordinamento controlli sanitari ha partecipato a questa validazione. Con scadenza semestrale inoltre i NAC di tutte le Aziende fanno pervenire ai NPC, i quali a loro volta li inviano con le dovute osservazioni al NRC, gli esiti dei controlli effettuati, sia interni che, limitatamente alle Aziende ULSS, esterni (ovvero relativi alle Aziende Ospedaliere, strutture equiparate e private accreditate che insistono sul proprio territorio e all'attività erogata ai propri residenti dalle strutture pubbliche della Regione Veneto). Il Coordinamento si fa carico di raccogliere tutta la documentazione in merito proveniente dai NPC e presentarla ai componenti del NRC. Nell'anno 2012 si prevede di esaminare gli esiti dei controlli relativi all'attività erogata nel 2011 e nel 1° semestre 2012. Si prevede inoltre di analizzare le segnalazioni di criticità pervenute dai NAC relativamente alla correttezza di codifica o di setting assistenziale di alcune prestazioni di ricovero e/o ambulatoriali, tra cui si configurano anche contenziosi irrisolti con necessità di analisi e valutazione da parte del NRC, attivato e supportato dal Coordinamento controlli sanitari, Qualora i NAC segnalassero situazioni molto critiche, il Coordinamento provvederà in prima persona a verificarle sul campo, stilando relazioni in merito a quanto riscontrato.

Parametro di riferimento: N° verifiche/valutazioni (sul campo o documentali) di criticità emerse dal lavoro dei NAC

Risultato Atteso: risoluzione dei contenziosi; messa in atto delle azioni correttive da parte delle Aziende

Tempi: risoluzione dei contenziosi e valutazione delle criticità entro 3 mesi dalla segnalazione al NRC/Coordinamento Regionale

ATTIVITA' n. 3**Miglioramento della compilazione della scheda di dimissione ospedaliera.**

Descrizione attività

A fine 2010, con la DGR n° 3436 del 30/12/2010, sono state approvate le nuove Linee Guida di codifica della Scheda di dimissione ospedaliera, valevoli a far data dal 1° gennaio 2011. Il Coordinamento regionale controlli sanitari ha coordinato il gruppo di lavoro che ha stilato le Linee Guida; lo stesso dà risposta quotidianamente a quesiti, relativi alla corretta codifica delle SDO, provenienti dalle Aziende sia pubbliche che private accreditate. Molti quesiti, se particolarmente complessi o specialistici, vengono sottoposti all'attenzione di referenti clinici ed eventualmente alla valutazione collegiale del NRC. Talora ne derivano nuove indicazioni di codifica per tutte le strutture della Regione Veneto. Nel 2012, a partire da maggio, si prevede un aggiornamento delle Linee Guida di codifica con convocazione del medesimo gruppo di lavoro che si era occupato di stilare quelle del 2011.

Parametro di riferimento: N° di richieste di consulenza sulla codifica della SDO pervenute nel 2012.

Risultato Atteso: dare risposta ad almeno il 98% delle richieste di consulenza pervenute entro il 2012. Aggiornare le Linee Guida di codifica producendo un documento finale entro dicembre 2012.

Tempi: rispondere a ciascun quesito entro e non oltre 3 mesi dalla data di ricevimento dello stesso.

ATTIVITA' n° 4**Collaborazione per l'aggiornamento del documento tecnico-organizzativo sull'attività di controllo.**

Descrizione attività

L'allegato A della DGR n° 3444 del 30 dicembre 2010 rappresenta il documento tecnico-organizzativo che descrive sia le modalità di attuazione dei controlli sanitari, anche in ottemperanza alla normativa nazionale in merito, che gli indicatori più significativi da sottoporre a verifica (ricoveri ordinari e diurni e prestazioni ambulatoriali). Il Coordinamento regionale controlli sanitari ha il compito di verificare le principali criticità riscontrate nell'effettuazione dei controlli da parte dei NAC, sia dal punto di vista organizzativo (rispetto dei tempi prefissati, gestione risorse umane e strumentali, modalità di svolgimento delle operazioni di controllo, verbalizzazione, compilazione dei report di ritorno degli esiti dei controlli ecc) che dal punto di vista tecnico (stesura Piani di Controllo interno ed esterno, aggiornamento indicatori da sottoporre a controllo), proponendo al NRC eventuali modifiche/integrazioni del documento sopra citato ovvero suggerendo risposte che, pur mantenendosi in linea con la normativa vigente, la reinterpretano al fine di risolvere criticità emergenti. Per far questo il coordinamento regionale organizza periodici incontri con i responsabili dei NAC delle Aziende pubbliche, equiparate e private accreditate. Oltre a ciò il coordinamento controlli sanitari recepisce anche le segnalazioni/suggerimenti dati dai NPC relativi a criticità tecniche o organizzative dell'attuale sistema dei controlli.

In particolare nel 2012 sarà necessario provvedere quanto prima all'aggiornamento del documento sopra citato, in relazione alle modifiche del sistema di remunerazione dei ricoveri apportate dalla DGR 1805/2011.

Parametro di riferimento: N° di incontri con i responsabili dei NAC delle Aziende pubbliche, equiparate e private accreditate nel 2012;

Risultato Atteso: effettuare almeno 4 incontri nel 2012 con i responsabili dei NAC pubblici e con le Associazioni di categoria del privato accreditato, recependo gli eventuali suggerimenti per modifiche tecnico-organizzative delle attuali modalità di controllo o semplicemente dando risposte a quesiti o dubbi circa le attuali regole di gestione dei controlli sanitari.

Tempi: rispondere alle proposte dei NAC e NPC in tempo utile per l'effettuazione dei controlli relativi al semestre oggetto di controllo.

ATTIVITA' n° 5**Attività di consulenza e supporto ai NAC nell'attuazione dei controlli interni ed esterni.**

Descrizione attività

Il Coordinamento controlli sanitari è quotidianamente impegnato nel dare consulenza e supporto agli operatori dei NAC (sia pubblici che privati accreditati) nello svolgimento dei controlli interni ed esterni. Vengono fornite risposte su criticità riscontrate nella stesura del Piano dei Controlli, nell'effettuazione dei

controlli sul campo, nell'interpretazione e nella corretta elaborazione degli esiti, nelle modalità di gestione dei rapporti con le strutture controllate. In caso di problematiche molto complesse il coordinamento si avvale della consulenza collegiale del NRC.

Parametro di riferimento: N° di risposte fornite ai NAC nel 2012 su criticità operative relative ai controlli;

Risultato atteso: fornire risposte utili ai fini operativi nel 100% delle criticità riscontrate nella fase di preparazione, esecuzione e/o rendicontazione dei controlli effettuati.

Tempi: rispondere ai quesiti posti entro e non oltre 1 mese dalla data di ricevimento degli stessi

ATTIVITA' N. 6

Predisposizione di istruttoria tecnico-professionale su problematiche sollevate dalle strutture erogatrici, su esplicito mandato del NRC.

Descrizione attività

Il coordinamento controlli sanitari ha il compito, in caso di problematiche complesse presentate al NRC dalle Aziende erogatrici, di predisporre una istruttoria dettagliata in merito che comprenda i riferimenti normativi e le fonti bibliografiche, la descrizione dettagliata del caso, le esperienze analoghe sviluppate nelle altre Regioni, le possibili soluzioni. Sarà poi il NRC a stabilire quale risposta fornire alla problematica.

Parametro di riferimento: N° istruttorie prodotte su esplicita richiesta del NRC nel 2012

Risultato atteso: definire il 100% delle istruttorie commissionate dal NRC

Tempi: dare risposta al NRC entro e non oltre 2 mesi dalla data della richiesta

ATTIVITA' N. 7

Promozione di iniziative formative e di incontro per migliorare la cultura dell'appropriatezza negli operatori preposti ai controlli.

Descrizione attività

Il Coordinamento regionale controlli sanitari prevede di realizzare, nella seconda metà del 2012, due corsi di formazione accreditati ECM per gli operatori addetti ai controlli e per i soggetti a vario titolo coinvolti nella prescrizione/prenotazione/erogazione/rendicontazione delle prestazioni ambulatoriali:

- 1) corretta codifica della SDO e indicatori di appropriatezza del setting assistenziale, così da fornire agli operatori strumenti utili per la realizzazione dei controlli sul campo; corretta tenuta della cartella clinica
- 2) corretta applicazione del nuovo Nomenclatore tariffario delle prestazioni di specialistica ambulatoriale (DGR 859/11 ed eventuali successivi aggiornamenti): regole di prescrizione e di compilazione delle ricette "rosse", tenuta e appropriata redazione dei referti e dei cartellini ambulatoriali, definizione agende di prenotazione, distinzione prime visite/controlli, appropriatezza clinica delle prescrizioni (prioritarizzazione basata su specifiche cliniche)

Parametro di riferimento: n° eventi formativi nel 2012

Risultati attesi: organizzazione di almeno 2 eventi formativi accreditati ECM nel 2012

Tempi: conclusione degli eventi formativi previsti entro la fine del 2012.

ATTIVITA' N. 8

Identificazione, gestione, partecipazione a gruppi tecnici di lavoro

- a) Il coordinamento controlli sanitari ha costituito e coordinato, a partire da aprile 2011, un tavolo tecnico permanente per il monitoraggio e la corretta gestione delle problematiche inerenti il governo dei tempi di attesa, secondo quanto previsto dalla DGR 600/07 e dalla più recente DGR n° 863/11, con incontri trimestrali o anche più frequenti se necessario.
- b) Inoltre il Coordinamento sta partecipando al Tavolo tecnico avente il mandato di stilare linee guida per i controlli sulle esenzioni, con la gestione di tre sottogruppi di lavoro:
 - 1) cardiologi, per la definizione di linee guida relative alle esenzioni 031 (ipertensione) e 021 (insufficienza cardiaca)
 - 2) diabetologi per la definizione di linee guida relative alla esenzione 013 (diabete mellito)

- 3) odontoiatri per la definizione di linee guida sulle condizioni di erogabilità di cui alla DGR n° 2227/02 (emergenze infettivo-antalgiche, programmi di prevenzione di età evolutiva, vulnerabilità sanitaria e sociale)
- c) Il Coordinamento sta anche partecipando ad un gruppo di lavoro con specialisti fisiatri, per la definizione di linee guida di appropriatezza prescrittiva ed erogativa delle prestazioni riabilitative ambulatoriali, oltre ad un Gruppo di Lavoro per la ridefinizione di tutto ciò che concerne i diritti all'esenzione dei soggetti affetti da celiachia.

Parametro di riferimento: N° tavoli tecnici costituiti e gestiti nel 2012

Risultati attesi: Definizione finale obiettivi (Linee Guida) dei tavoli di cui ai punti b) 1), 2) e 3) e c).

Tempi: conclusione attività entro il primo semestre 2012

ATTIVITA' N. 9

Aggiornamento Nomenclatore Tariffario delle prestazioni specialistiche ambulatoriali di cui alla DGR n° 859 del 21/06/2011

Sulla base dell'esperienza acquisita dal componente Ezio Ferrari presso il tavolo ministeriale del mattone prestazioni ambulatoriali, con partecipazione attiva alla stesura del relativo documento tecnico, una parte dell'attività del coordinamento controlli sanitari consiste nella collaborazione all'aggiornamento continuo del Nomenclatore per quanto riguarda le prestazioni, le relative condizioni di erogabilità, le regole di prescrizione ed erogazione delle prestazioni. Viene inoltre fornita consulenza continua alle Aziende pubbliche e private accreditate in merito a criticità/problematiche/quesiti nell'applicazione del Nomenclatore stesso. Vengono redatte, con la collaborazione di specialisti del settore, istruttorie tecniche relative ad alcune prestazioni più complesse e/o critiche dal punto di vista prescrittivo e/o erogativo. E' inoltre in via di definizione un documento riportante le cosiddette "condizioni di erogabilità" di numerose prestazioni caratterizzate, nell'attuale nomenclatore, dalla presenza di un asterisco che però attualmente non ritrova nessuna corrispondenza nel nomenclatore stesso.

Parametro di riferimento: N° ore dedicate alla revisione del Nomenclatore/Tariffario; N° consulenze per le Aziende ULSS, Ospedaliere e strutture private accreditate, n° istruttorie cliniche prodotte.

Risultato atteso: aggiornare il nomenclatore tariffario; dare risposta al 100% delle richieste pervenute; concludere le istruttorie cliniche in atto.

Tempi: realizzare quanto sopra entro il 2012.

ATTIVITA' N. 10

Revisione check list, per valutazione dell'attuazione degli obiettivi della DGR n° 863/11

Descrizione attività

Sulla base delle modifiche apportate dalla DGR 863/11 "Recepimento dell'Intesa tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano sul Piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012" sul sistema di governo dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali, con particolare riferimento alle cosiddette "prestazioni traccianti", è in corso di elaborazione una revisione della check list relativa alla DGR 600/07 che valuti l'opportunità di aggiungere item correlati ad adempimenti di nuova introduzione o di eliminare item correlati ad adempimenti non più attuali rispetto alla normativa vigente oppure (se esistenti) già accertati in via definitiva, quindi non più suscettibili di possibili cambiamenti.

Parametro di riferimento: N° item modificati, aggiunti o eliminati

Risultato atteso: ottenere uno strumento snello, semplice, completo ed attuale di analisi dell'ottemperanza a quanto prescritto dalla normativa in tema di liste di attesa

Tempi: realizzare quanto sopra entro il 30 aprile 2012.

ATTIVITA' N. 11

Monitoraggio obiettivi integrativi per il 2012 per le Aziende ULSS, Ospedaliere ed IRCCS Istituto Oncologico Veneto della Regione Veneto, in relazione alla DGR n° 2369 del 29 dicembre 2011 "Integrazione obiettivi per l'anno 2012 alle Aziende ULSS del Veneto, all'Azienda Ospedaliera di Padova, all'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona e all'IRCCS "Istituto Oncologico Veneto", ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 3-bis, c.5, del D.Lgs 502/1992 e all'Art. 1, c.5, del DPCM 502/1995.

Descrizione Attività

In riferimento all'attività sopra esposta, per l'anno 2012 al Coordinamento regionale controlli sanitari è stato affidato il monitoraggio degli obiettivi A5 (piena implementazione delle modalità organizzative ed erogative per il contenimento dei tempi di attesa secondo la DGR n° 863/11) ed E3 (apporto delle Aziende Ospedaliere e IOV al raggiungimento degli obiettivi previsti dalla DGR n° 863/11 in relazione alla percentuale di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi di attesa, attraverso la messa a disposizione di agende su base provinciale e regionale).

L'obiettivo A5 verrà monitorato attraverso:

- 1) l'analisi dei dati riportati sulla check list di cui alla DGR n° 863/11, con obbligo di rendicontazione della stessa da parte delle Aziende entro il 30 giugno 2012;
- 2) la valutazione dei dati relativi ai tempi di attesa delle prestazioni traccianti erogate in modalità garantita per classe di priorità, in collaborazione con il Servizio Controllo Investimenti prezzi e acquisti che fornisce i dati al Coordinamento controlli sanitari.

L'obiettivo E3 verrà monitorato attraverso la valutazione di un prospetto illustrativo, presentato dalle Aziende Ospedaliere e IOV, delle agende messe a disposizione con le relative prestazioni, classi di priorità e percentuali di messa a disposizione per ciascuna agenda.

Parametro di riferimento: N° check list e schede analizzate.

Risultato atteso: verificare l'ottemperanza delle Aziende agli obiettivi A5 e E3 della DGR n° 2369 del 29 dicembre 2011.

Tempi: realizzare quanto sopra entro il 30 giugno 2012.

ATTIVITA' N° 12**Verifiche sul campo di situazioni meritevoli di attenzione e valutazione****Descrizione Attività**

Tali verifiche vengono effettuate sul campo dal Coordinatore e dai componenti del Coordinamento Regionale controlli sanitari appropriatezza e liste di attesa, direttamente presso strutture pubbliche o private accreditate sia di ricovero che esclusivamente ambulatoriali avvalendosi, se risulta opportuno, della consulenza di esperti clinici. Le stesse possono essere programmate su mandato del Segretario Regionale per la Sanità, oppure a seguito di situazioni anomale segnalate dai NAC preposti ai controlli (in particolare i NAC delle Aziende ULSS in quanto deputati alla realizzazione dei controlli esterni), o in conseguenza dell'analisi periodica regionale dei dati di attività qualora la stessa evidenziasse anomalie o dubbi (da parte del Coordinamento o di Direzioni/Servizi Regionali). Infine, altre motivazioni che possono indurre a programmare controlli sul campo sono gli articoli sulla stampa relativi a problematiche irrisolte (ad esempio in merito alle liste di attesa) e le segnalazioni dirette da parte degli utenti.

A seguito della verifica sul campo viene stilata una relazione che riporta i risultati della visita e le principali criticità riscontrate. Tale relazione viene inviata al Segretario Regionale per la Sanità e, successivamente, agli altri organi interessati (es. Azienda ULSS del territorio di competenza) per i provvedimenti di competenza.

Risultato atteso: realizzare almeno 6 verifiche sul campo, sia autonomamente che a seguito di segnalazioni interne/esterne.

Tempi: entro il 31 dicembre 2012.

ATTIVITA' N° 13**Gestione segnalazioni provenienti da utenti, dalla stampa o dal Difensore Civico relativa in particolare a criticità nel rispetto dei tempi di attesa e in generale di quanto previsto dalla DGR n° 600/07 e n° 863/2011.****Descrizione attività**

Il coordinamento controlli sanitari appropriatezza e liste di attesa, nel caso in cui pervengano segnalazioni da pazienti o dalla stampa relative a criticità nel rispetto dei tempi di attesa e più in generale di quanto previsto dalla DGR n° 600/07 e n° 863/2011, ha il compito di valutare l'entità della criticità in rapporto all'impatto che la stessa determina sia sul singolo cittadino che sull'intera organizzazione sanitaria locale e regionale; procede quindi alla elaborazione di una istruttoria in merito, coinvolgendo l'Azienda in causa per la ricostruzione corretta dei fatti e l'acquisizione di informazioni circa le modalità organizzative messe in atto

presso l'Azienda stessa, effettua l'analisi dei dati dei tempi di attesa relativi alla/e prestazione/i oggetto di segnalazione e produce una relazione finale indirizzata al Segretario Regionale per la Sanità e alle Direzioni Regionali coinvolte, che esplicita la tipologia di criticità e i provvedimenti operativi messi in atto dall'Azienda interessata per evitare il ripetersi della situazione critica. In taluni casi il coordinamento si fa carico di segnalare all'Azienda stessa i provvedimenti utili da mettere in atto per evitare il ripetersi della problematica evidenziata o stabilisce di recarsi "in loco" per una verifica diretta sul campo.

Parametro di riferimento: N° verifiche sul campo effettuate.

Risultato atteso: realizzare almeno 10 verifiche sul campo, sia autonomamente che a seguito di segnalazioni interne/esterne.

Tempi: entro il 31 dicembre 2012.

ATTIVITA' N° 14

Monitoraggio trimestrale dati erogazione prestazioni traccianti con valutazioni di impatto operativo

Descrizione attività

Trimestralmente, sulla base dei dati forniti dal Datawarehouse regionale, il coordinamento regionale controlli sanitari appropriatezza e liste di attesa si occupa di valutare, per ciascuna prestazione tracciante e per Azienda, le percentuali di rispetto dei tempi di attesa standard per classe di priorità, svolgendo anche una analisi di merito, talora in collaborazione con le Aziende, circa le possibili cause della inottemperanza e le eventuali soluzioni da adottare per arrivare a rispettare gli obiettivi dei provvedimenti già più volte citati (DGR 600/07, DGR 863/11). Vengono prodotti dei report riassuntivi con allegato commento tecnico, presentati al Segretario per la Sanità e ai Dirigenti interessati. I report vengono elaborati dagli operatori del Servizio Controllo Investimenti Prezzi e Acquisti che si occupano della tematica delle liste di attesa.

Parametro di riferimento: n° report e relazioni di merito prodotte nell'anno di riferimento

Risultati attesi: produrre almeno quattro report nell'anno di riferimento con relativo commento tecnico-operativo

Tempi: ciascun report verrà prodotto in base alla disponibilità dei dati trimestrali consolidati (circa 2 mesi dalla fine del trimestre).

ATTIVITA' N° 15

Network "Linea Amica"- Rete multimediale dei Centri di Contatto della Pubblica Amministrazione Italiana

Descrizione attività

Il coordinamento regionale controlli sanitari, appropriatezza e liste di attesa si fa carico già da alcuni anni di raccogliere mensilmente da tutte le Aziende pubbliche i dati relativi ai flussi di contatto con il cittadino e a trasmetterli al Ministero per la Pubblica Amministrazione e l'Innovazione.

Parametro di riferimento: n° report Aziendali inviati mensilmente al Ministero Pubblica Amministrazione ed Innovazione.

Risultati attesi: invio mensile puntuale dei report di tutte le Aziende al Ministero Pubblica Amministrazione ed Innovazione.

Tempi: trasmissione del report mensile entro i tempi prefissati dalla normativa.

ATTIVITA' N° 16

Istituzione Tavolo di Lavoro per definizione "Catalogo Unico Regionale delle prestazioni specialistiche prescrivibili".

Descrizione attività

Il coordinamento controlli sanitari, nella figura di Ezio Ferrari, è stato individuato a fine 2011 quale partecipante al Tavolo di Lavoro per la definizione di un Catalogo Unico Regionale delle prestazioni specialistiche prescrivibili. Tale catalogo risulta necessario al fine di uniformare i contenuti e la gestione della prescrizione elettronica su tutto il territorio della Regione Veneto. Tale Catalogo rappresenterà la lista di codici e descrizioni che tutti i prescrittori della Regione Veneto dovranno utilizzare nella compilazione della ricetta rossa e nel suo invio telematico ai sistemi aziendali e al SAR (Servizio di Accoglienza Regionale).

Parametro di riferimento: n° incontri del Tavolo di Lavoro cui partecipa il coordinamento controlli sanitari nell'anno di riferimento

Risultati attesi: partecipazione al 100% degli incontri stabiliti nell'anno di riferimento

Tempi: Collaborazione alla stesura del Documento tecnico finale entro il 31 dicembre 2012

ATTIVITA' N° 17

Consulenze fornite agli Uffici regionali preposti e alle Aziende ULSS in merito a problematiche attinenti tutte le tipologie di esenzione, in rapporto alla entrata in vigore del nuovo nomenclatore delle prestazioni di specialistica ambulatoriale

Descrizione attività

Il coordinamento controlli sanitari fornisce in modo continuativo e non sporadico consulenza agli Uffici Regionali che trattano la tematica delle esenzioni, in quanto l'entrata in vigore del nuovo nomenclatore delle prestazioni di specialistica ambulatoriale (DGR n° 859 del 21 giugno 2011) ha comportato la modifica di molti codici di prestazione, con conseguente disallineamento rispetto ai codici nazionali inseriti, per ciascun codice di esenzione, nell'elenco delle prestazioni erogabili in tale regime. Per questi casi il coordinamento, in collaborazione con il Servizio del Dr. Rubin, si è impegnato per individuare una transcodifica che faccia comunque rientrare le prestazioni di cui sopra nell'elenco di quelle erogabili in regime di esenzione. Tale documento è già definitivo ed operativo.

Parametro di riferimento: n° richieste di consulenza cui il coordinamento controlli sanitari dà risposta

Risultati attesi: risoluzione problematiche connesse nel 100% dei casi

Tempi: definizione della soluzione a ciascuna criticità emersa entro un mese dalla valutazione del caso per il quale è stata richiesta la consulenza.

ATTIVITA' 18

Implementazione di un flusso informativo che rendiconti gli esiti dei controlli sanitari esterni.

Implementazione di un flusso informativo, in stretta collaborazione con il Servizio Controllo Investimenti Prezzi e Acquisti, che rendiconti gli esiti dei controlli sanitari esterni, effettuati dai NAC delle Aziende ULSS, in termini di modifiche apportate alla SDO (soprattutto di codifica delle diagnosi e degli interventi/procedure ma anche di eventuali altri campi) e al conseguente DRG con la relativa valorizzazione economica pre e post controllo.

Parametro di riferimento: definizione report/tracciato di base per la rendicontazione degli esiti dei controlli

Risultati attesi: ottenere una reportistica informatizzata uniforme, omogenea e confrontabile tra le diverse ULSS che permetta di ricavare dati di esito utili anche alla programmazione non solo dei controlli futuri ma anche sanitaria in generale.

Tempi: definizione del flusso e della reportistica entro il 31 dicembre 2012

STRUTTURA: CRAT - COORDINAMENTO REGIONALE PER LE ATTIVITA' TRASFUSIONALI**PIANO DI ATTIVITA' ANNO 2012**

La Struttura Regionale di Coordinamento per le Attività Trasfusionali (CRAT) è una struttura tecnico organizzativa della Regione che garantisce lo svolgimento delle attività di supporto alla programmazione regionale in materia di attività trasfusionali e di coordinamento e controllo tecnico-scientifico della rete trasfusionale regionale, in sinergia con il Centro Nazionale Sangue (CNS), in conformità a quanto previsto dall'Accordo Stato Regioni del 13 ottobre 2011 n. 206 relativo a "Caratteristiche e funzioni delle SRC". La SRC svolge inoltre attività di coordinamento del sistema sangue regionale in tutti gli ambiti definiti dalla normativa vigente in materia di attività trasfusionali, al fine di garantire il costante perseguimento degli obiettivi di sistema e rendere omogenei i livelli di qualità, sicurezza, standardizzazione e appropriatezza in medicina trasfusionale su tutto il territorio regionale, assicurando le funzioni/attività di seguito descritte.

ATTIVITA' n.1.**Supporto alla programmazione nazionale**

La SRC svolge attività di supporto alla programmazione regionale delle attività trasfusionali, conformemente alle disposizioni e linee di indirizzo della Regione, nonché alle disposizioni normative nazionali e alle indicazioni tecniche e linee guida condivise a livello nazionale. Come previsto dall'art. 11 della Legge n. 219/05 l'autosufficienza di sangue e derivati costituisce un interesse nazionale sovra-regionale e sovra-aziendale non frazionabile, per il cui raggiungimento è richiesto il concorso delle Regioni e delle Aziende Sanitarie: a tale scopo, ai fini della definizione del programma annuale di autosufficienza, il CRAT provvede ad identificare i volumi di possibile supporto al conseguimento dell'autosufficienza di altre realtà italiane, una volta individuati quelli necessari al mantenimento dell'autosufficienza interna (intra ed inter-dipartimentale). La proposta presentata al tavolo nazionale viene preventivamente descritta e presentata in Regione. Il volume di cessioni programmate viene confermato alle Regioni che dichiarano carenza strutturale, conformemente alla capacità di supporto dei Dipartimenti Interaziendali di Medicina Trasfusionale (DIMIT) della Regione del Veneto, e costantemente monitorato dal CRAT.

Indicatore: Volumi di cessione effettivi / Volumi di cessione programmati.

Risultato Atteso: >90%

Tempi: 31/12/2012

ATTIVITA' n. 2

Coordinamento della rete trasfusionale regionale - La Legge n. 219 del 21.10.2005, che disciplina le attività trasfusionali su tutto il territorio nazionale, prevede che le SRC definiscano e monitorino la programmazione annuale in emocomponenti, soprattutto per quanto riguarda le emazie (driving product). Il CRAT espleta dunque le funzioni di coordinamento regionale per quanto concerne l'attività di raccolta del sangue e degli emocomponenti, conformemente ai programmi annuali per l'autosufficienza del sangue e dei suoi prodotti, rapportandosi con le Associazioni e Federazioni dei donatori di sangue rappresentative su base regionale, con i DIMIT e con le Direzioni delle aziende sanitarie/enti presso cui gli stessi operano. Analoghe funzioni riguardano l'attività di compensazione intra ed extraregionale (compresa la verifica della stipula delle relative convenzioni): il CRAT verifica periodicamente i flussi inerenti gli scambi inter-dipartimentali ed extraregionali in emocomponenti, comunicando secondo la tempistica prevista a livello centrale (CNS) le relative poste all'interno del sistema informativo centrale (SISTRA). Come noto le acquisizioni e le cessioni in esame confluiscono, in termini di definizione finanziaria delle reciproche posizioni, all'interno delle movimentazioni della Mobilità sanitaria interregionale.

La materia in esame include evidentemente le attività di monitoraggio circa il grado di perseguimento degli obiettivi definiti nel programma, comprendente anche il confronto dei consumi di emocomponenti labili in termini di appropriatezza.

Indicatore: Margine operativo (Raccolta - Trasfuso) sempre positivo nel corso dell'anno

Risultato Atteso: SI

Tempi: 31/12/2012

ATTIVITA' n. 3**Contributo alla garanzia dell'autosufficienza regionale in emoderivati (canale: c/lavorazione)**

Al fine della predisposizione del Piano di distribuzione degli emoderivati all'interno della Regione del Veneto, il CRAT coinvolge annualmente le Farmacie Ospedaliere regionali per raccogliere i dati di previsione relativi al fabbisogno in emoderivati per l'anno successivo, negoziando al tavolo interregionale l'accesso ad eventuali disponibilità di ulteriore prodotto. Durante l'anno il CRAT gestisce, all'interno di un gestionale appositamente sviluppato al proprio interno, tutte le richieste di farmaci plasmaderivati, le quali, al termine di un processo di validazione, vengono processate alla Ditta aggiudicataria del servizio di plasmaderivazione: l'attività di monitoraggio è particolarmente significativa, anche al fine di allineare le dinamiche connesse ai processi produttivi con la variabilità della domanda, nonché per estrapolare elementi utili nell'ambito di interventi connessi al presidio dell'appropriatezza. L'attività di cui in parola genera una funzione di supporto all'attività regionale di predisposizione degli atti inerenti il pagamento delle fatture emesse dalla Ditta.

Indicatore: Volumi presenti sul Piano di Distribuzione/Fabbisogno (per ciascun emoderivato in c/lavorazione)

Risultato Atteso: > 80%

Tempi: 31/12/2012

ATTIVITA' n. 4**Contributo alla garanzia dell'autosufficienza interregionale in emoderivati (canale: c/lavorazione)**

Al fine della predisposizione del Piano di distribuzione degli emoderivati all'interno dell'AIP, il CRAT coinvolge annualmente le Strutture di Coordinamento delle realtà regionali Aderenti all'Accordo per raccogliere i dati di previsione relativi al fabbisogno in emoderivati per l'anno successivo, negoziando al tavolo interregionale l'accesso ad eventuali disponibilità di ulteriore prodotto. Durante l'anno il CRAT gestisce, all'interno di un gestionale appositamente sviluppato al proprio interno, tutte le richieste di farmaci plasmaderivati, le quali, al termine di un processo di validazione, vengono processate alla Ditta aggiudicataria del servizio di plasmaderivazione: l'attività di monitoraggio è particolarmente significativa, anche al fine di allineare le dinamiche connesse ai processi produttivi con la variabilità della domanda.

Indicatore: Volumi presenti sul Piano di Distribuzione / Fabbisogno (per ciascun emoderivato in c/lavorazione)

Risultato Atteso: > 80%

Tempi: 31/12/2012

ATTIVITA' n. 5**Sistema informativo regionale delle attività trasfusionali**

La Legge n. 219 del 21.10.2005 prevede che venga istituito il sistema informativo regionale dei servizi trasfusionali (SIRT), in raccordo funzionale con quello nazionale (SISTRA). La SRC, infatti, espleta le funzioni di coordinamento regionale per quanto concerne la gestione del sistema informativo regionale delle attività trasfusionali, la gestione dei relativi flussi intraregionali, la gestione dei flussi da/verso il CNS, in raccordo con il SISTRA, stabilendo modalità e tempistiche di rilevazione e trasmissione delle informazioni coerenti con i bisogni funzionali di sistema e con le scadenze previste per la rilevazione dei flussi informativi nazionali.

La Regione ha avviato il percorso inerente l'informatizzazione del proprio Sistema trasfusionale con la DGR n. 2139/04, in attuazione della quale l'impegno del CRAT è stato ed è costante e significativo. Ad oggi, dopo un percorso lungo, articolato e complesso, sono operative sette piattaforme uniche dipartimentali, in collegamento con il DB regionale gestito dal Coordinamento, all'interno di un sistema in costante comunicazione ed in grado di sopperire al debito informativo posto dalla normativa e verificato dal livello nazionale. Il CRAT, attraverso risorse esclusivamente dedicate a tale attività, ha inoltre individuato una rete di referenti dipartimentali per i flussi informativi, con i quali si rapporta frequentemente al fine di dirimere qualsiasi problematica concernente alla tematica in esame.

Indicatore: Elaborazione Registro Sangue nei tempi posti dal livello nazionale

Risultato Atteso: SI'

Tempi: 31/12/2012

ATTIVITA' n. 6**Attività di Emovigilanza**

La SRC assicura che i Servizi Trasfusionali, le Unità di Raccolta e le Strutture cui vengono consegnati sangue ed emocomponenti attuino un sistema di rintracciabilità e di notifica delle reazioni avverse gravi e degli incidenti gravi lungo tutto il processo dalla donazione alla trasfusione, conformemente alla normativa vigente ed alle specifiche tecniche definite dal CNS. La Legge n. 219 del 21.10.2005 prevede che le Regioni provvedano all'istituzione di un sistema di emovigilanza che consenta di raccogliere ed elaborare informazioni riguardanti gli incidenti e le reazioni indesiderate connessi alla raccolta, al controllo, alla lavorazione, alla conservazione ed alla distribuzione del sangue e dei suoi prodotti. Come previsto dal D. Lgs, n. 207 del 09.11.2007, recante "Attuazione della direttiva 2005/61/CE che applica la direttiva 2002/98/CE per quanto riguarda la prescrizione in tema di rintracciabilità del sangue e degli emocomponenti destinati a trasfusioni e la notifica di effetti indesiderati ed incidenti gravi,, , la Giunta Regionale del Veneto ha provveduto con propria deliberazione (DGR 3223 del 28.10.2008) al recepimento del Decreto per la conseguente attuazione delle disposizioni ivi contenute. Il CRAT, quale SRC della Regione Veneto, espleta funzioni di coordinamento per la gestione del sistema regionale di emovigilanza, in raccordo funzionale con il sistema nazionale di emovigilanza e in conformità con i requisiti qualitativi e di tempistica previsti dalle disposizioni normative vigenti e con quelli condivisi con il CNS. La materia dell'emovigilanza rientra, dal punto di vista dei flussi dai quali le relative informazioni vengono estrapolate, nella gestione della rete di cui all'attività n. 5. Il CRAT, attraverso risorse esclusivamente dedicate a tale attività, ha inoltre individuato una rete di referenti dipartimentali, con i quali si rapporta frequentemente al fine di dirimere qualsiasi problematica concernente alla tematica in esame.

Indicatore: Elaborazione Rapporti Notifiche Emovigilanza nei tempi posti dal livello nazionale

Risultato Atteso: SI

Tempi: 31/12/2012

ATTIVITA' n. 7**Gestione per la qualità**

La Regione e la SRC stabiliscono le necessarie sinergie con gli organi deputati al rilascio delle autorizzazioni all'esercizio delle attività sanitarie e con quelli deputati alla gestione dei processi di accreditamento istituzionale, al fine di promuovere e monitorare le attività di verifica ispettiva previste dalle normative vigenti in materia di attività trasfusionali, ivi inclusi gli Accordi fra il Governo e le Regioni e Province Autonome sanciti nella specifica materia. La Legge n. 219 del 21.10.2005 prevede che le Regioni provvedano ad emanare le necessarie disposizioni affinché tutte le strutture trasfusionali istituiscano e mantengano in essere un sistema di qualità. Come previste dal D. Lgs. n. 208 del 09.11.2007, recante "Attuazione della direttiva 2005/62/CE che applica la direttiva 2002/98/CE per quanto riguarda le norme e le specifiche comunitarie relative ad un sistema di qualità per i servizi trasfusionali,, , la Giunta Regionale del Veneto ha provveduto con propria deliberazione (DGR 3221 del 28.10.2008) al recepimento del Decreto per la conseguente attuazione delle disposizioni ivi contenute, prendendo i necessari provvedimenti affinché i servizi trasfusionali e le unità di raccolta gestite dalle associazioni di donatori attuino un sistema di qualità conforme alla normativa nazionale e alle norme e specifiche comunitarie di cui all'Allegato I del Decreto di cui sopra, che ne costituisce parte integrante. Il CRAT, quale SRC della Regione Veneto, espleta funzioni di coordinamento per l'adeguamento dei sistemi di gestione per la qualità presso i Servizi Trasfusionali e le loro articolazioni organizzative, nonché presso le Unità di Raccolta a gestione associativa, conformemente ai requisiti normativi vigenti. Il CRAT, attraverso risorse esclusivamente dedicate a tale attività, ha inoltre individuato una rete di referenti dipartimentali, con i quali si rapporta frequentemente al fine di dirimere qualsiasi problematica concernente la tematica in esame.

Si ricorda, inoltre, che a partire dal 2007 il CRAT ha conseguito e mantiene la certificazione del proprio Sistema di Gestione della Qualità secondo la normativa ISO 9001:2008.

Indicatore: Adeguamento alla normativa in materia, soprattutto con riferimento alla conformità ai requisiti europei

Risultato Atteso: SI

Tempi: 31/12/2012

ATTIVITA' n. 8

Analisi dei costi

Il 4° Piano Sangue Plasma Regionale, (Deliberazione del Consiglio n° 8 del 25.03.2004), prevede che il CRAT, d'intesa con i DIMT, metta a punto strumenti di contabilità analitica. Il mandato del decisore regionale ha assegnato alla contabilità le seguenti finalità:

- disporre di un sistema di analisi non estemporaneo, ma riutilizzabile nel tempo e in via autonoma presso ogni servizio o dipartimento, a supporto delle attività gestionali assegnate dal CRAT;
- eseguire un'analisi estesa su tutte le attività e prestazioni svolte dai SIT per disporre di una valutazione comparata presso i diversi servizi dei costi per l'esecuzione dei compiti produttivi e di quelli assistenziali;
- disporre di output quantificati (costo degli emocomponenti in scambio interaziendale e del plasma per la produzione di emoderivati), anche per la ridefinizione della politica tariffaria inter e intraregionale.

Indicatore: Produzione release annuale del Programma di analisi dei costi (SUPERDIMT)

Risultato Atteso: SI

Tempi: 31/12/2012

ATTIVITA' n. 9

Attività di gestione del plasma da avviare alla lavorazione industriale per la produzione di farmaci plasmaderivati / Garanzia della continuità del servizio di plasmaderivazione per l'Accordo Interregionale (AIP)

Come evidenziato nel recente Accordo Stato Regioni del 13 ottobre u.s., la SRC supporta la Regione nell'attività di definizione delle specifiche per la stipula delle convenzioni/contratti con le aziende produttrici di plasmaderivati per il conferimento e la lavorazione del plasma destinato alla lavorazione farmaceutica ed il ritorno corrispettivo e la distribuzione dei prodotti plasmaderivati. Nell'ambito del programma annuale per l'autosufficienza del sangue e dei suoi prodotti, la SRC definisce la quantità e qualità del plasma da avviare alla lavorazione industriale, tenendo conto delle esigenze regionali e, di concerto con il CMS, delle dinamiche e delle esigenze associate al grado di autosufficienza nazionale di farmaci plasmaderivati, nonché di eventuali percorsi e progetti a livello internazionale. La SRC assicura inoltre il monitoraggio e controllo della conformità delle unità di plasma e delle procedure di invio del plasma all'industria da parte dei Servizi Trasfusionali operanti nel territorio di competenza rispetto alle norme vigenti ed alle specifiche definite nei contratti/convenzioni con le industrie di frazionamento affidatarie del servizio di conto-lavorazione.

In attuazione dell'Accordo Interregionale per la Plasmaderivazione (DGR n. 3305 del 15 settembre 1998), la Regione del Veneto, in qualità di Regione Capofila, è la titolare del contratto relativo al servizio di cui trattasi, anche a nome e per conto delle altre Regioni e Province Autonome aderenti. Spetta pertanto ad essa l'attività connessa al mantenimento della convenzione in essere, a garanzia della continuità del servizio di plasmaderivazione, senza interruzioni dalle quali possa derivare un pregiudizio in termini di disponibilità dei farmaci plasmaderivati. Quindi in previsione delle varie scadenze del contratto in essere la Regione del Veneto, quale Capofila dell'AIP, per il tramite del CRAT, si attiva su mandato del Gruppo di Coordinamento AIP, nell'ottica di garanzia della continuità del servizio di plasmaderivazione. In passato si sono rese necessarie delle proroghe della convenzione: tenuto conto infatti dei tempi necessari all'espletamento della procedura di gara e dell'ampiezza dell'arco temporale assorbito dal ciclo di lavorazione, in attesa della pubblicazione degli atti applicativi della L. N. 219/05, come modificata dalla L. 296/06, (sia per quanto riguarda l'elenco delle Aziende autorizzate alla stipula di convenzioni per il servizio in essere, sia rispetto allo schema tipo di convenzione) si è optato per questa scelta "obbligata" al fine di evitare il rischio di discontinuità nell'attività.

A seguito della riunione della Conferenza Stato Regioni del 19 gennaio u.s. lo scenario è mutato, con l'approvazione degli emanandi decreti attuativi, in base ai quali sarà possibile avviare l'iter connesso sia alla revisione dell'organizzazione degli Accordi per la plasmaderivazione sia alla predisposizione di quanto necessario per addivenire alla pubblicazione del nuovo bando di gara su ambito europeo.

Indicatore: Presenza della convenzione dal 01/01/2013

Risultato Atteso: SI

Tempi: 31/12/2012

ATTIVITA' n. 10**Attività di supporto all'elaborazione di atti normativi.**

Per quanto di competenza il CRAT supporta l'attività della Giunta regionale nella predisposizione degli atti normativi che si rendono necessari nei diversi ambiti nei quali il Coordinamento opera ed in precedenza sinteticamente richiamati. particolarmente significativa è stata a tale livello l'attività del CRAT in materia di recepimento della normativa comunitaria e

nazionale attraverso appositi atti deliberativi adottati dalla Giunta. Tra le molteplici aree nelle quali si è esplicato il supporto in parola preme richiamare all'attenzione quella inerente il percorso dell'autorizzazione (requisiti minimi di autorizzazione all'esercizio) e dell'accreditamento (definizione requisiti accreditamento, recepimento Accordi Stato Regioni in materia di requisiti minimi organizzativi, strutturali, tecnologici, anche in materia di Banche per il Sangue Cordonale; corposo è il corpo deliberativo in materia).

Indicatore: Trasmissione delle bozze nei termini richiesti / Recepimenti nei termini posti

Risultato Atteso: SI

Tempi: 31/12/2012

ATTIVITA' n.11**Attività di monitoraggio delle Banche SCO**

La tematica delle cellule staminali ha assunto sempre maggior rilievo negli ultimi anni, sia a livello normativo che di pratica sanitaria. Per quanto di competenza il CRAT risponde al debito informativo posto dalla legislazione vigente attraverso la predisposizione sia di un report di sintesi inerente l'attività di banking omologo svolta presso le Banche SCO operative all'interno della nostra Regione, sia di un report analitico inerente l'attività di export per uso autologo autorizzata dalle Direzioni Sanitarie delle Aziende Ulss ed Ospedaliere regionali (come previsto dall'Accordo Stato Regioni 29 aprile 2010).

Indicatore: Trasmissione del report di monitoraggio nei tempi richiesti (trimestrale omologo/semestrale autologo)

Risultato Atteso: SI

Tempi: 31/12/2012

ATTIVITA' n. 12**Attività di partecipazione della SRC**

Il recente Accordo Stato Regioni del 13 ottobre u. s, ribadisce

L'importanza della partecipazione, da parte dei Responsabili delle SRC, agli incontri periodicamente promossi dal CNS sui temi di cui ai precedenti punti, nonché ad incontri straordinari, richiesti da situazioni eccezionali e/o urgenti. Per quanto di competenza il Responsabile dei CRAT ha sempre ottemperato a quanto richiesto, fornendo un supporto all'attività del Direttivo del CNS, della Commissione Salute e del Gruppo Tecnico Sangue della Commissione Salute (dei quali è membro).

Indicatore: **Partecipazione alle riunioni da parte del Responsabile**

Risultato Atteso: > 80%

Tempi: 31/12/2012

STRUTTURA: SER - SISTEMA EPIDEMIOLOGICO REGIONALE**PIANO DI ATTIVITA' ANNO 2012****ATTIVITA' n. 1****DATI REGIONALI DI MORTALITA'***Descrizione attività*

Codifica delle cause di morte e registrazione dei dati su DB; controlli di completezza e di qualità dei dati; restituzione alle Aziende ULSS delle schede di morte di competenza codificate e in formato elettronico; alimentazione del Datawarehouse regionale; analisi dei dati di mortalità e produzione della reportistica a livello regionale e di Azienda ULSS.

Risultato Atteso

Definizione del modello organizzativo: definizione del capitolato e implementazione del software gestionale

Rilascio archivio 2010 e reportistica per le ULSS; rilascio archivio primo semestre 2011

Pubblicazione report di aggiornamento al 2009 sulle principali cause di morte a livello di ULSS

Pubblicazione di un report sulla mortalità relativo agli anni 2007-2010, codificati secondo l'International Classification of Diseases versione 10 (inclusi trend temporali e cause multiple di morte).

Tempi

Definizione del modello organizzativo e del capitolato del software: Marzo 2012

Rilascio archivi: settembre 2012 per l'anno 2010, dicembre 2012 per il primo semestre 2011

Pubblicazione report di aggiornamento al 2009: aprile 2012

Pubblicazione report di aggiornamento 2007-2010: dicembre 2012

ATTIVITA' n. 2**OSPEDALIZZAZIONE***Descrizione attività*

Analisi dell'ospedalizzazione generale e per specifiche patologie a partire dai dati SDO, con particolare riferimento ai profili assistenziali e agli esiti, in collaborazione con l' Unità Complessa assistenza ospedaliera pubblica e privata

Collaborazione con ARSS per la valutazione dei bacini di utenza dei servizi ospedalieri (accessibilità, volumi di attività, processi assistenziali ed esiti).

Risultato Atteso

Aggiornamento al 2011 delle analisi sull'ospedalizzazione generale presentate nel Documento a supporto del Piano Socio-Sanitario.

Tempi

Pubblicazione aggiornamento 2011 sull'ospedalizzazione generale: novembre 2012

ATTIVITA' n. 3**FRATTURA DEL COLLO DEL FEMORE***Descrizione attività*

Analisi dei profili assistenziali e degli esiti di cura della frattura del collo del femore e della tempestività operatoria, in collaborazione con l' Unità Complessa assistenza ospedaliera pubblica e privata

Partecipazione ai lavori del Piano Nazionale Esiti di AGENAS

Risultato Atteso

Analisi delle fratture del collo del femore degli anziani: andamenti epidemiologici, tempestività operatoria e suoi determinanti, esiti a breve e medio termine.

Analisi di serie storiche sull'impatto della assegnazione ai Direttori Generali dell'obiettivo di tempestività operatoria

Pubblicazione rapporto sul sito SER

Tempi

Analisi dei determinanti della tempestività operatoria nella frattura del collo del femore degli anziani: giugno 2012

Analisi di serie storica: settembre 2012

ATTIVITA' n. 4**MALATTIE NEOPLASTICHE***Descrizione attività*

Analisi dei percorsi assistenziali per i pazienti affetti da patologie neoplastiche nel loro complesso e per specifiche sedi tumorali, in collaborazione con il Coordinamento Regionale per le Cure Palliative e la Lotta al Dolore

Risultato Atteso

Sorveglianza del ricorso alle prestazioni diagnostiche per il cancro della prostata 2008-2011 (PSA, ecografia transrettale, biopsia prostatica) ed ai trattamenti chirurgici radicali per tumore della prostata nei residenti della Regione Veneto

Analisi dell'ospedalizzazione generale nei soggetti affetti da patologie neoplastiche

Analisi della mobilità intra ed extra-regionale per trattamenti chemioterapici.

Analisi sul ricorso ai servizi sanitari dei soggetti affetti da patologie neoplastiche in fine vita attraverso il linkage dei decessi per neoplasia con i flussi amministrativi.

Rapporto sul monitoraggio regionale dei tempi di attesa per diagnosi e trattamento oncologico e chirurgico dei tumori per cui è attivo in un programma di screening (Cancro del colon, Cancro della Mammella)

Tempi

Analisi ricorso alle prestazioni diagnostiche ed ai trattamenti chirurgici per il Cancro della Prostata, dati aggiornati al 2010: giugno 2012; dati aggiornati al 2011: dicembre 2012.

Analisi dell'ospedalizzazione generale nei soggetti affetti da patologie neoplastiche: dicembre 2012.

Analisi mobilità intra ed extra-regionale per trattamenti chemioterapici tramite i dati : giugno 2012.

Analisi ospedalizzazione e accesso alle chemioterapie nei soggetti oncologici a fine vita: dati aggiornati al 2010: giugno 2012; linkage con altri archivi di dati sanitari: dicembre 2012.

Analisi dei tempi di attesa per diagnosi e trattamento oncologico e chirurgico dei tumori per cui è attivo in un programma di screening (K.colon, K. Mammella): dicembre 2012

ATTIVITA' n. 5**MALATTIE CARDIOVASCOLARI E CEREBROVASCOLARI***Descrizione attività*

Sorveglianza epidemiologica delle sindromi coronariche acute, in collaborazione con la Commissione regionale costituita ai sensi della DGR n. 4550 del 28.12.2007

Partecipazione alla Ricerca Sanitaria Finalizzata "Sperimentazione di un sistema di sorveglianza per la raccolta dei dati clinici dei pazienti con ictus ricoverati nelle Unità Ictus di II livello della Regione Veneto: registro ictus" (DGR n. 4273 del 29.12.2009) - Monitoraggio clinico-epidemiologico dei pazienti con ictus ricoverati in Stroke Unit

Monitoraggio del Percorso Diagnostico Terapeutico ed Assistenziale dell'ictus mediante l'utilizzo dei dati amministrativi

Risultato Atteso

Produzione report sull'assistenza ospedaliera ai pazienti con Infarto Miocardico Acuto in collaborazione con l' Unità Complessa assistenza ospedaliera pubblica e privata

Analisi dei dati raccolti nell'ambito della Ricerca Sanitaria Finalizzata

Partecipazione ai lavori del gruppo di lavoro AOUI Verona e CNR- Sezione invecchiamento per il monitoraggio del Percorso Diagnostico Terapeutico pre-ospedaliero, ospedaliero e post-ospedaliero dell'ictus mediante l'utilizzo dei dati amministrativi

Tempi

Report assistenza ospedaliera ai pazienti con IMA: dicembre 2012

Analisi preliminare (aprile 2012) e conclusiva (dicembre 2012) dei dati raccolti nell'ambito del progetto Rete ictus

ATTIVITA' n. 6**INFEZIONI OSPEDALIERE***Descrizione attività*

Monitoraggio e controllo delle infezioni ospedaliere, nelle strutture residenziali, e in altri ambiti assistenziali, in particolare prosecuzione del programma di sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico (attività di Coordinamento regionale dei progetti nazionali di sorveglianza), in collaborazione con l' Unità Complessa assistenza ospedaliera pubblica e privata

Risultato Atteso

Discussione con i Comitato Infezioni Ospedaliere dei risultati dell'indagine sull'attività di prevenzione e controllo delle infezioni, in collaborazione con la Unità Complessa assistenza ospedaliera pubblica e privata. Analisi dei dati di ricovero e mortalità per sepsi

Tempi

Discussione con i CIO dei risultati dell'indagine sull'attività di prevenzione e controllo delle infezioni: marzo 2012.

Analisi dei dati di ricoveri e mortalità per sepsi: dicembre 2012

ATTIVITA' n. 7**CURE PRIMARIE***Descrizione attività*

Supporto alla sperimentazione di un sistema di case-mix per i pazienti territoriali (ACG) in due Aziende ULSS della Regione Veneto, in collaborazione con la dr.ssa Corti dell'Unità Complessa Cure Primarie Coordinamento regionale del progetto AGENAS "Matrice"

Monitoraggio a livello regionale dell'implementazione del progetto diabete mellito mediante dati amministrativi, in collaborazione con la dr.ssa Corti dell'Unità Complessa Cure Primarie

Risultato Atteso

Partecipazione alle iniziative di formazione e al gruppo di lavoro ACG

Partecipazione alle iniziative di formazione e al gruppo di lavoro del progetto Matrice (sperimentazione in ULSS 6 e validazione in ULSS 5)

Stesura di un rapporto sul PDTA del diabete mellito nella regione Veneto

Supporto alla Ricerca Sanitaria Finalizzata (DGR n. 1937 del 22/11/2011) di monitoraggio dei risultati economici e clinico-assistenziali delle Aggregazioni Funzionali Territoriali, in collaborazione con ULSS 4, Keiron, SIMG e Consorzio Mario Negri Sud

Tempi

Stesura di un rapporto sul PDTA del diabete mellito nella regione Veneto: settembre 2012

ATTIVITA' n. 8**DETERMINANTI DI SALUTE SOCIO-ECONOMICI E FAMILIARI***Descrizione attività*

Partecipazione al progetto Europeo "Equity Action" e al Gruppo Interregionale sull'equità in salute, in collaborazione con la Direzione Regionale Prevenzione e con il CREMPE di AOUI Verona (

Risultato Atteso

"Equity Action": sviluppo di un case-study sullo screening citologico nelle donne straniere e di bassa condizione socio-economica, in collaborazione con il gruppo screening del Registro Tumori del Veneto), la Direzione Prevenzione ed il Dip.to di Scienze Sociali dell'Università Ca' Foscari

Seminario di formazione sulla referenziazione per sezione censuaria delle anagrafi e per la georeferenziazione di registri clinici

Analisi del ricorso al ricovero in soggetti con cittadinanza italiana e straniera (ospedalizzazione generale, ricoveri ostetrici e pediatrici)

Tempi

Case-study per il progetto Equity Action - bozza: Marzo 2012; stesura definitiva: Settembre 2012

Analisi ospedalizzazione popolazione straniera: dicembre 2012.

ATTIVITA' n. 9 SALUTE MENTALE*Descrizione attività*

Elaborazione dei dati e produzione della reportistica della psichiatria territoriale (APT) a livello regionale e di Azienda ULSS

Gestione del flusso informativo regionale APT in collaborazione con il Servizio Tutela della Salute Mentale.

Risultato Atteso

Consolidamento archivio APT in collaborazione con il Servizio Tutela della Salute Mentale

Pubblicazione Rapporto annuale sulla salute mentale dati anno 2010

Tempi

Pubblicazione Rapporto annuale sulla salute mentale dati anno 2010: marzo 2012

ATTIVITA' n.10 CURE DOMICILIARI*Descrizione attività*

Monitoraggio dei percorsi e degli esiti delle Cure Domiciliari, in collaborazione con l'Azienda ULSS 4

Risultato Atteso

Predisposizione di un report descrittivo sugli indicatori di cui all'allegato 7 della DGR 2372 del 29/12/2011 (indicatori di estensività, intensività e continuità dell'attività di Cure Domiciliari, presa in carico in post-dimissione di gruppi di pazienti fragili, presa in carico nel fine vita), in collaborazione con l'Azienda ULSS 4

Analisi sull'impatto delle Cure Domiciliari nel consumo di risorse a fine vita nei pazienti oncologici e non oncologici

Partecipazione al tavolo di lavoro nazionale su NSIAD e FAR

Tempi

Report sulle Cure Domiciliari: Settembre 2011

Analisi sull'impatto delle Cure Domiciliari nel consumo di risorse a fine vita

ATTIVITA' n. 11 EPIDEMIOLOGIA AMBIENTALE E PROFESSIONALE*Descrizione attività*

Collaborazione con la Direzione Regionale Prevenzione nell'elaborazione di progetti di epidemiologia ambientale e professionale

Risultato Atteso

Prosecuzione della sorveglianza degli effetti di condizioni climatiche estreme sulle condizioni di salute, con il supporto dell'ARPAV per la rilevazione dei dati climatici.

Collaborazione con ARPAV, Direzione della Prevenzione, Centro Tematico di Epidemiologia Ambientale per:

- definizione di un set di indicatori di pressione ambientale di rilevanza sanitaria
- individuazione di possibili modelli di studio dell'impatto di condizioni ambientali sfavorevoli sulla salute in Regione Veneto
- definizione di un protocollo per l'individuazione di ruoli e compiti dei Dipartimenti di Prevenzione e dei servizi Regionali (Direzione Prevenzione, Direzione Ambiente, ARPAV, SER e Registri Afferenti) per la valutazione di possibili cluster di eventi sanitari segnalati a livello locale

Supporto alle attività di sorveglianza nei lavoratori con pregressa esposizione a CVM ed amianto

Tempi

Definizione di indicatori per indagare il rapporto ambiente-salute: giugno 2012.

Pubblicazione relazione annuale sulla mortalità estiva in Veneto: novembre 2012

ATTIVITA' n. 12 FORMAZIONE*Descrizione attività*

Individuazione del fabbisogno di formazione epidemiologica per gli operatori del sistema sanitario e realizzazione di corsi formazione per operatori del sistema sanitario regionale su temi inerenti l'epidemiologia, la sanità pubblica, le cure primarie e quelle ospedaliere in collaborazione con le competenti Direzioni Regionali

Risultato Atteso

Corso "Statistica applicata all'Epidemiologia" rivolto agli operatori dei dipartimenti di prevenzione

Tempi

Corso "Statistica applicata all'Epidemiologia": entro dicembre 2012

ATTIVITA' n. 13 PUBBLICAZIONI DIVULGATIVE E SCIENTIFICHE*Descrizione attività*

Divulgazione dei risultati delle attività del SER e dei Registri afferenti tramite la Redazione e la pubblicazione di un Bollettino Epidemiologico

Aggiornamento del sito web

Pubblicazione di monografie dedicate ad argomenti specifici, presentazioni a convegni, Pubblicazione articoli scientifici

Risultato Atteso

Bollettino Epidemiologico: ridefinizione dell'Editore, del Direttore Responsabile, del Direttore Editoriale, dei Coordinatori di Redazione, del Comitato Scientifico

Pubblicazione di monografie dedicate a: dati regionali di mortalità, ospedalizzazione, psichiatria territoriale, cure di fine vita nei pazienti oncologici, PDTA del diabete mellito e altri argomenti di analisi del SER.

Pubblicazioni su riviste con Impact Factor a partire dai risultati ottenuti nell'attività corrente di analisi dei dati epidemiologici e dei dati sul ricorso ai servizi sanitari in Veneto.

Disponibilità di monografie, bollettino, relazioni a convegni, abstract di articoli scientifici sul sito web del SER.

Tempi

Pubblicazione di 2 numeri del nuovo Bollettino Epidemiologico entro dicembre 2012.

Pubblicazione di almeno 4 monografie specifiche entro dicembre 2012.

Pubblicazione di almeno 4 articoli entro dicembre 2012.

ATTIVITA' n. 14 SVILUPPO E MANUTENZIONE ARCHIVI DEL SER*Descrizione attività*

Manutenzione e sviluppo del database del SER per la realizzazione delle attività precedentemente descritte

Definizione della tempistica e delle modalità di trasferimento dei dati dei flussi informativi regionali al SER

Acquisizione dal database regionale degli archivi anonimizzati: SDO, Schede di morte, anagrafe esenzioni, specialistica ambulatoriale, farmaceutica territoriale, Distribuzione Diretta e per Conto (DDF3), Farmaci in mobilità (File F), Pronto Soccorso, Cure domiciliari

Acquisizione dell'anagrafe sanitaria a supporto della registrazione delle schede di morte

Anonizzazione di dati sensibili per follow-up di specifiche coorti di assistiti, in coerenza con le indicazioni della programmazione regionale e la normativa sulla privacy

Analisi di fattibilità per l'estrazione dall'anagrafe regionale dei dati anonimizzati sulle cessazioni anagrafiche per decesso per verifica dello stato in vita.

Risultato Atteso

Consolidamento e ampliamento del datawarehouse del SER

Messa a punto di procedure informatiche per la gestione dei dati e l'analisi paziente statistico-epidemiologica

Tempi

Acquisizione archivi specialistica ambulatoriale e farmaceutica territoriale: entro marzo 2012

Analisi di fattibilità per l'estrazione dei dati sullo stato in vita: settembre 2012

STRUTTURA: RVDT - REGISTRO VENETO DIALISI E TRAPIANTO**PIANO DI ATTIVITA' ANNO 2012****ATTIVITA' n. 1****Attività del registro uremici cronici**

Raccolta ed elaborazione dati del 2011 e presentazione in formato elettronico al Congresso annuale della Società Triveneta di Nefrologia 2012

Pubblicazione a stampa in italiano e in inglese del report anni 2008-2009-2010

Risultato Atteso: raccolta 100% dati dei pazienti 2011 e pubblicazione del report

Tempi: entro l'anno 2012

ATTIVITA' n. 2**Attività della Sezione Registro Biopsie renali**

Raccolta ed elaborazione dati 2011 e presentazione in formato elettronico al Congresso annuale della Società Triveneta di Nefrologia del 2012

Risultato Atteso : raccolta del 100 % dei dati dei pazienti del 2011

Tempi: entro il 2012

ATTIVITA' n. 3**Attività della Sezione Sindrome Nefrosica Pediatrica**

Inserimento nel Registro di tutti i pazienti con sindrome nefrosica, attualmente seguiti presso le rispettive Pediatrie del Veneto, nella fascia d'età 0-18 anni.

Sviluppo dell'applicativo informatico, implementando le schede già esistenti

Risultato Atteso: impostazione della fase due del registro per il monitoraggio del follow up della malattia

Tempi: entro il 2012

Materiali e Costi: contratto per curare la parte informatica.

ATTIVITA' n.4**Progetto nefropatia diabetica**

Definizione di un protocollo di record linkage tra il database della farmaceutica regionale gestito dal SER e il database del RVDT allo scopo di verificare la prevalenza di nefropatia diabetica progressiva verso l'uremia terminale nella popolazione diabetica della regione.

Risultato Atteso: presentazione del progetto

Tempi: entro il 2012

ATTIVITA' n. 5**Progetto tumori nei trapiantati di rene**

Definizione di un protocollo di record linkage tra il database del registro tumori del Veneto e il database del RVDT allo scopo di monitorare la prevalenza di tumori nella coorte di trapiantati renali dal 1998 al 2010.

Risultato Atteso : presentazione del progetto

Tempi: entro il 2012

STRUTTURA: RTV - REGISTRO TUMORI DEL VENETO**PIANO DI ATTIVITA' ANNO 2012****ATTIVITA' n. 1****A Definizione delle diagnosi di neoplasia incidenti nell'anno 2007 nella popolazione coperta dalla registrazione dei tumori: 2.330.706 residenti, 49% della popolazione regionale**

La procedura si articola nelle seguenti fasi:

- individuazione delle fonti diagnostiche (SDO, referti anatomia patologica, schede di morte) del 2007 relative ai residenti nel Veneto, mediante linkage con l'Anagrafe Regionale Sanitaria;
- applicazione alle fonti relative ai residenti della procedura di assegnazione automatica della diagnosi. Sono attese circa 24.000 possibili incidenze.
- risoluzione manuale, mediante ricerca attiva di ulteriori informazioni comprese cartelle cliniche, da parte del personale del Registro per i casi per i quali non è stata assegnata la diagnosi automatica per incompletezza o discordanza delle fonti informatizzate. Sono circa 10.000 incidenze per anno.
- aggiornamento fisico del Data Base del Registro che avviene una volta conclusa la risoluzione manuale e l'inserimento dei casi rigettati. A chiusura dell'aggiornamento di un anno di incidenza si eseguono ulteriori controlli su tutto il Data Base del Registro.

Indicatore:

- a) percentuale di casi sui possibili incidenti nel 2007 risolti dalla procedura di assegnazione automatica delle diagnosi
- b) percentuale di casi incidenti nel 2007, rivisti singolarmente, sul totale dei casi rigettati dalla procedura automatica

Risultato atteso:

- a) almeno il 45% delle diagnosi definite dalla procedura automatica
- b) almeno il 30% dei casi rivisti singolarmente dagli operatori del Registro (10.000 casi stimati)

Tempi: dicembre 2012

B Definizione delle diagnosi di neoplasia incidenti nell'anno 2007 nella popolazione 0-19 anni dell'ASL di Padova (69.163 residenti)

Indicatore:

- a) percentuale di casi sui possibili incidenti nel 2007 risolti dalla procedura di assegnazione automatica delle diagnosi
- b) percentuale di casi incidenti nel 2007, rivisti singolarmente, sul totale dei casi rigettati dalla procedura automatica

Risultato atteso:

- a) almeno il 45% delle diagnosi definite dalla procedura automatica
- b) almeno il 30% dei casi rivisti singolarmente dagli operatori del Registro

Tempi: dicembre 2012

ATTIVITA' n. 2**Validazione delle fonti diagnostiche 2008 e aggiornamento dell'anagrafe sanitaria regionale****Anagrafe sanitaria: completamento dell'aggiornamento a febbraio 2011**

L'Anagrafe Sanitaria relativa agli assistibili attivi e i files dei movimenti di popolazione forniti dalle ASL, vengono assemblati in un'unica anagrafe regionale dopo una serie di controlli quantitativi e qualitativi.

L'anagrafe sanitaria è utilizzata per l'aggiornamento della sopravvivenza dei casi registrati. A gennaio 2012 non è ancora completata l'acquisizione.

Anatomia patologica: Controllo di completezza degli archivi 2008, validazione e linkage con l'anagrafe sanitaria.

E' da ultimare il controllo di completezza degli archivi di anatomia patologica in quanto manca ancora l'archivio di una ASL. Vengono quindi individuati i codici Snomed non conformi, che sono sostituiti e inseriti

manualmente da parte degli operatori del Registro. L'archivio corretto deve essere poi linkato con

l'anagrafe sanitaria.

Schede di Dimissioni Ospedaliere (SDO) e Schede di morte

Controllo sulla completezza degli archivi e di congruenza degli archivi 2008 di entrambe le fonti.

Indicatore: numero di records trattati e linkati con anagrafe sanitaria per singola fonte (SDO, anatomia patologica, schede di morte)

Risultato atteso: circa 900.000 SDO, circa 400.000 referti di anatomia patologica, circa 45.000 schede di morte trattati e linkati

Tempi: Dicembre 2012

ATTIVITA' n. 3**A Elaborazione di dati su singole sedi neoplastiche**

Analisi dell'incidenza, sopravvivenza, prevalenza e mortalità per sedi neoplastiche specifiche nel Veneto.

Indicatore: lista di sedi tumorali e sottogruppi di popolazione oggetto di analisi specifica

Risultato atteso: almeno 4 delle seguenti sedi e sottogruppi di popolazione: tumori infantili, prostata, colon retto, cervice e mammella in età di screening; aggiornamento dei trend di incidenza delle sedi più frequenti per sesso.

Tempi: Dicembre 2012

B Elaborazione dei dati di incidenza dei tumori fino al 2006 per singola ASL

Calcolo del numero medio annuo dei casi di neoplasia per sede; calcolo dei tassi grezzi e standardizzati, dell'andamento temporale, confronto con il dato medio di registro, dati di prevalenza

Indicatore: lista delle ASL

Risultato atteso: almeno 3 tra le 11 ASL coperte dal Registro

Tempi: Dicembre 2012

ATTIVITA' n. 4**Digitalizzazione dei documenti****A Analisi e sviluppo procedura per la visualizzazione della documentazione scansionata**

Preparazione delle specifiche funzionali

Indicatore: produzione della versione 1.0 del software per la visualizzazione della documentazione sanitaria scansionata

Risultato atteso: superamento del test di prova sulla casistica con più di un allegato scansionato

Tempi: Dicembre 2012

B Scansione della documentazione cartacea relativa ai casi incidenti 2004 – 2006.

Indicatore: numero di schede con allegati

Risultato atteso: scansione di almeno il 90% delle schede con allegati

Tempi: dicembre 2012

ATTIVITA' n. 5**Standardizzazione della gestione dei dati degli studi epidemiologici**

Adeguamento del programma per l'inserimento e la gestione di archivi per specifici studi epidemiologici

Indicatore: produzione di un software per la gestione dei dati relativi a studi epidemiologici

Risultato atteso: sviluppo delle maschere specifiche per i seguenti studi: Impatto cervice, Impatto mammella, Trends in incidence and characteristics of breast cancer in young women, 1997 – 2007; Aumento dell'incidenza delle neoplasie della tiroide: valutazione della distribuzione per dimensione e caratteristiche morfologiche in Italia; studio sulla morbilità nei bambini figli di donne HIV positive

Tempi: Dicembre 2012

ATTIVITÀ n. 6**Coordinamento e supporto tecnico dei programmi di screening**

Centri partecipanti: RTV, Agenzia Regionale Socio Sanitaria del Veneto, CED Regionale del Veneto, Responsabili e operatori dei programmi di screening delle ULSS del Veneto, Osservatorio Nazionale

Screening

Attività RTV per il 2012:

- Coordinamento dei programmi di screening citologico, screening mammografico e screening coloretale delle ULSS del Veneto
- Supporto tecnico ai programmi
- Coordinamento dei gruppi di lavoro regionali dei professionisti dei programmi di screening
- Supporto tecnico all'installazione del nuovo sistema informativo regionale su piattaforma Web per i tre screening oncologici
- Analisi e collaborazione al completamento dello sviluppo di un software statistico dedicato allo screening, in particolare modo, sviluppo degli indicatori relativi agli approfondimenti
- Formazione e assistenza utenti nell'utilizzo dei software sviluppo
- Consulenza per l'Accreditamento istituzionale dei tre screening delle Aziende ULSS del Veneto
- Invio all'Osservatorio Nazionale Screening dei dati relativi alle attività svolte nel 2011 dai programmi di screening del Veneto
- Realizzazione della survey nazionale della attività di screening coloretale

Indicatori:

1. produzione del rapporto regionale dello screening mammografico, citologico e colo-rettale relativo all'anno 2010
2. produzione di documenti di consenso da parte dei gruppi di lavoro regionali
3. numero di Aziende ULSS in cui è stato installato e messo a regime il software gestionale di screening regionale
4. numero di visite di verifica di Accreditamento Istituzionale LR 22/2002 effettuate presso i programmi di screening del Veneto
5. produzione ed invio all'Osservatorio Nazionale Screening delle schede con i dati di attività del 2011 di tutti i programmi di screening delle 21 Aziende ULSS del Veneto
6. produzione del rapporto della survey nazionale della attività di screening coloretale relativo alle attività del 2010.

4

Risultati attesi:

1. rapporto regionale dello screening mammografico, citologico e colo-rettale relativo all'anno 2010 edito a stampa
2. produzione di almeno 2 documenti di consenso da parte dei gruppi di lavoro regionali
3. installazione e messa a regime del software gestionale di screening regionale in almeno 58/64 programmi di screening delle Aziende ULSS del Veneto
4. partecipazione di RTV alle visite di Accreditamento istituzionale dei programmi di screening del Veneto programmate dall'Agenzia regionale Socio Sanitaria (ARSS); produzione del rapporto di valutazione; accreditamento di 4-7 programmi di screening
5. schede con i dati di attività del 2011 di tutti i programmi di screening delle 21 Aziende ULSS del Veneto inviate all'Osservatorio Nazionale Screening
6. rapporto della survey nazionale della attività di screening coloretale relativo alle attività del 2010 prodotto

Tempi: Dicembre 2012

ATTIVITÀ n. 7**Formazione degli operatori dei programmi di screening**

Descrizione: fornire ai diversi operatori professionali gli strumenti conoscitivi e le competenze necessarie per raggiungere e mantenere gli alti standard qualitativi richiesti dai programmi di screening

Attività 2012:

- Riunione regionale annuale dei programmi di screening cervicale
- Riunione regionale annuale dei programmi di screening mammografico
- Riunione regionale annuale dei programmi di screening coloretale
- corso: Confronto interistituzionale in patologia mammaria da screening
- corso: Confronto interistituzionale in patologia coloretale da screening

- corso: Confronto interistituzionale in patologia cervico-vaginale da screening
- corso: Corso regionale per ginecologi colposcopisti
- corso: Retraining degli endoscopisti di screening
- 1 corso per radiologi
- 1 corso per Tecnici Sanitari di Radiologia Medica
- 1-2 corsi di comunicazione

Indicatori: numero di operatori formati tramite i corsi in programma

Risultati attesi: almeno 400 operatori formati tramite i corsi in programma

Tempi: Dicembre 2012

ATTIVITÀ n. 8

Studi epidemiologici

AIRTUM Aggiornamento della banca dati nazionale

Centri partecipanti: AIRTUM-Associazione Italiana Registri Tumori Onlus

Invio dei dati di incidenza 1987-2006 codificati in ICD-O 3 con follow-up al 31/12/2010. Invio dati relativi alla popolazione residente per anno di calendario, sesso, classe annuale di età, comune di residenza nell'area coperta dal Registro. Invio dati relativi alla mortalità per tumore della popolazione residente nell'area coperta dal Registro.

Indicatore: n° casi accettati dai programmi di controllo di qualità della Banca Dati AIRTUM

Risultato atteso: 100% dei casi incidenti accettati

Tempi: Marzo 2012

5

IARC Cancer Incidence in Five Continents vol. X

Centri partecipanti: Registri Tumori dei cinque continenti

Invio dei dati di incidenza 1987-2006 codificati in ICD-O 3 con follow-up al 31/12/2010. Invio dati relativi alla popolazione residente per anno di calendario, sesso, classe annuale di età, comune di residenza nell'area coperta dal Registro. Invio dati relativi alla mortalità per tumore della popolazione residente nell'area coperta dal Registro.

Indicatore: n° casi accettati dai programmi di controllo di qualità della IARC

Risultato atteso: 100% dei casi incidenti accettati

Tempi: Aprile 2012

IARC International Incidence of Childhood Cancer vol. III

Centri partecipanti: Registri Tumori dell'età 0-19 anni dei cinque continenti

Invio dei dati di incidenza per l'età 0-19 anni relativi al periodo 1987-2006 codificati in ICD-O 3 con followup al 31/12/2010. Invio dati relativi alla popolazione residente per anno di calendario, sesso, classe annuale di età, comune di residenza nell'area coperta dal Registro.

Indicatore: n° casi accettati dai programmi di controllo di qualità dei tumori infantili della IARC

Risultato atteso: 100% dei casi incidenti accettati

Tempi: Aprile 2012

CONCORD-2 study (Cancer Survival in five continents: a worldwide population-based study)

Lo studio è esteso a tutti i registri tumori accreditati del mondo e, in questa seconda edizione, includerà i casi di TM dello stomaco, colon, retto, fegato, polmone, mammella, ovaio, cervice e prostata con incidenza 1995 – 2008 e per lo stesso periodo anche i casi di leucemia compresi gli infantili.

Indicatore: completezza del FU al 31.12.2010

Risultato atteso: almeno 98% dei casi con FU al 2010

Tempi: Settembre 2012

OCCAM - OCCupational CANCER Monitoring

Il progetto OCCAM (OCCupational CANCER Monitoring) nasce da una collaborazione tra ISPESL (Istituto Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza sul Lavoro) e Istituto Nazionale per lo Studio e la Cura dei Tumori di Milano per stimare il rischio per i tumori di origine occupazionale per area geografica (provincia, regione ecc.), sede d'insorgenza della malattia e comparto produttivo. Vengono realizzati studi casocontrollo che confrontano le storie professionali di chi è ammalato di tumore (casi), ottenute attraverso il

“linkage” con gli archivi informatizzati INPS, con quelle di chi è senza malattia (controlli). Fonte dei casi sono

i Registri Tumori.

Questo strumento di registrazione dei tumori professionali funziona nelle modalità previste dall'articolo 244 del D. L.vo n. 81 del 2008 sulla sicurezza lavoro già operante in regione Lombardia dal 2004.

Indicatore: n° casi incidenti 2000-2006 linkati con gli archivi informatizzati INPS

Risultato atteso: ricostruzione della storia professionale INPS per almeno il 90% dei dipendenti

Tempi: dicembre 2012

SENTIERI (Studio Epidemiologico Nazionale dei Territori e degli Insedimenti Esposti a Rischio da inquinamento)

Centri partecipanti ISS, AIRTUM, Registro Tumori del Veneto e altri Registri Italiani accreditati

Analisi dell'incidenza dei tumori nelle popolazioni dei Siti di interesse Nazionale per le bonifiche (SIN) coperti dalla registrazione dei tumori.

In Veneto il SIN considerato è il Comune di Venezia (220.000 residenti).

Scopo: stimare l'incidenza dei tumori nei SIN, analizzare il profilo di incidenza dei tumori in età pediatrica e adolescenziale; commentare i dati in relazione a una griglia di ipotesi etiologiche. La finestra temporale è relativa al decennio 1996- 2005.

Indicatore: n° casi incidenti 1996 – 2005 nel comune di Venezia

Risultato atteso: definizione dei casi incidenti e analisi preliminare dei dati, riguardanti tutte le età.

6

Tempi: dicembre 2012

CARL Study Cancer AIDS Registry Linkage

Centri partecipanti: Registro Tumori del Veneto, CRO Aviano, ISS, altri Registri Tumori accreditati

Incrocio sistematico del sistema di sorveglianza nazionale per l'AIDS e i Registri Tumori.

Per il Veneto deve essere aggiornato l'archivio con i dati 2004-2006.

Indicatore: n° casi incidenti di tumore 2004-2006 linkati con il registro nazionale AIDS

Risultato atteso: almeno 10 casi annui

Tempi: Dicembre 2012

Stesura di un manuale per l'informatizzazione e l'automazione dei Registri Tumori Italiani

Centri partecipanti: AIRTUM, Registro Tumori del Veneto, Rete dei Registri Italiani

Lo studio prevede la stesura di indicazioni metodologiche per il trattamento delle fonti informative dei Registri tumori, la loro valutazione automatica ed il trattamento dati.

Indicatore: avanzamento della pubblicazione del manuale

Risultato atteso: pubblicazione on-line di almeno 2 parti del manuale

Tempi: pubblicazione entro marzo 2012 della prima parte ed entro dicembre 2012 della seconda parte

Sviluppo software ad uso dei Registri Tumori Italiani

Centri partecipanti: AIRTUM Onlus – RTV – Rete dei registri italiani

Il progetto mira allo sviluppo di software a distribuzione gratuita per la gestione dei Registri Tumori: gestione archivi fonti diagnostiche e data base casi, codifica automatica dei referti anatomo-patologici, attribuzione automatica dell'incidenza, funzioni di utilità.

Indicatore: avanzamento della preparazione specifiche tecniche e implementazione dei moduli software

Risultato atteso: implementazione di almeno 3 moduli software

Tempi: dicembre 2012

Genetic epidemiological study of BRCA1 and BRCA2 founder mutations in sporadic and familial breastovarian

cancer in the population of South Tyrol and the Alpine region

Centri partecipanti: Centro Senologico, Osp. Merano (BZ), Laboratorio biomolecolare, Osp. Merano (BZ), Registro Tumori del Veneto, U.O. Oncologia medica, Osp. Belluno (BL), U.O. Oncologia medica, Osp. Feltre

(BL)

RTV: individuazione di tutti i casi di ca. mammella ed ovaio, residenti in provincia di Belluno, con diagnosi istologicamente accertata, incidenti nel periodo 2001-2005.

Indicatori: numero dei casi con informazioni complete relative a stadio, grading e stato ormonale. Numero

dei soggetti viventi al 30/06/2011 con indirizzo completo per la spedizione del questionario di studio
Risultati attesi: almeno il 90% dei casi con informazione completa. Almeno il 90% dei casi con indirizzo completo.

Tempi: Dicembre 2012

Compare Colorectal Cancer Patterns of Care between Italy and USA by using Italian Cancer Registry Linked Data and SEER Medicare data

Centri partecipanti: Istituto di Ricerche sulla Popolazione e le Politiche Sociali, CNR, Roma; Università di Tor

Vergata, Roma, Registro Tumori del Veneto, Registro Tumori Toscano, Istituto Superiore di Sanità, Roma, National Cancer Institute, Bethesda, USA

Obiettivo del lavoro è confrontare i percorsi diagnostico terapeutici dei pazienti di colon retto nel primo anno dopo la diagnosi tra due Registri Tumori in Italia (Veneto e Toscana) e USA (SEER-Medicare)

Indicatore: liste dei codici di diagnosi e procedure confrontabili tra SDO (Italia) e Medicare (US)

Risultato atteso: corrispondenza 1:1 dei codici per almeno 80% dei casi

Tempi: dicembre 2012

7

Aumento dell'incidenza delle neoplasie della tiroide: valutazione della distribuzione per dimensioni e caratteristiche morfologiche

Partecipiamo allo studio con 2 ASL, Vicenza e Rovigo, periodo 1991- 2005, con complessivi 455 casi e l'ASL

di Adria dal 1998 con 81 casi.

Indicatori: numero di casi con informazione completa

Risultati attesi: almeno il 90% dei casi con referto completo

Tempi: giugno 2012

PANCARE

Studio europeo sugli effetti tardivi dei trattamenti per tumore in età pediatrica e adolescenziale

Indicatori: numero di casi pediatrici del Veneto 1987-2005 linkati con coorte AIEOP (associazione italiana emat oncologia pediatrica) ROT (Registry off Therapy) con informazione completa

Risultati attesi: meno del 10% dei casi linkati con dubbi di appaiamento corretto

Tempi: dicembre 2012

Trends in incidence and characteristics of breast cancer in young women 1997 – 2007 (Grell-AIRTUM)

Centri partecipanti: GRELL, AIRTUM, Registro Tumori del Veneto, Registri Tumori accreditati

Il Registro Tumori del Veneto partecipa con 81 casi mammella sotto i 40 anni della provincia di Belluno, periodo 1997-2005

Indicatori: numero dei casi incidenti per i quali si è acquisito il referto istologico integrale

Risultati attesi: acquisizione dei referti istologici per almeno il 95% dei casi

Tempi: giugno 2012

Monografia AIRTUM sui tumori dell'età infantile ed adolescenziale

Centri partecipanti: AIRTUM, AIEOP, Registro Tumori del Veneto, Registri Tumori accreditati

Indicatori: numero dei casi 0-19 anni incidenti nel periodo 1987-2006

Risultati attesi: 100% dei casi accertati

Tempi: dicembre 2012

IMPACT

Centri partecipanti: RTV - Registri Tumori Genova, Torino, Biella, Sondrio, Milano, Trento, Friuli Venezia Giulia, Parma, Reggio Emilia, Modena, Ferrara, Romagna, Toscana, Umbria, Latina, Napoli, Palermo, Catania

Messina, Siracusa, Trapani, Sassari

Descrizione: coordinamento nazionale dello studio sull'impatto dello screening coloretale.

Attività 2012: costituzione degli archivi; analisi quadro epidemiologico di base; stesura e pubblicazione di articoli scientifici; partecipazione agli Steering Committee degli studi.

Indicatore: produzione di un rapporto con la descrizione dei principali risultati

Risultato atteso: rapporto con la descrizione dei principali risultati prodotto

Tempi: Dicembre 2012

8

NTCC (Nuove Tecnologie per il Cervico Carcinoma)

Centri partecipanti: RTV, CPO Piemonte, ISPO Firenze, ASP Lazio, programma di screening citologico di Trento, programma regionale di screening citologico dell'Emilia-Romagna

Descrizione: Coordinamento della partecipazione dei programmi di screening citologico di Padova e Verona ad un trial randomizzato multicentrico sull'utilizzo del test per la ricerca dell'HPV e la citologia su strato sottile nello screening citologico.

Attività 2012: costituzione degli archivi sul secondo re-screening e sulle lesioni diagnosticate al di fuori dello screening; aggiornamento della situazione anagrafica delle donne arruolate nello studio; stesura e pubblicazione di articoli scientifici; partecipazione agli Steering Committee dello studio.

Indicatore: invio degli archivi dei dati sul secondo re-screening, sulle lesioni diagnosticate al di fuori dello screening e dell'aggiornamento dell'anagrafe al centro capofila dello studio

Risultato atteso: avvenuto invio degli archivi

Tempi: Dicembre 2012

PIO - (Progetto Integrato in Oncologia). Interventi per incrementare la partecipazione e l'accesso agli screening nella popolazione generale ed in sottogruppi specifici della popolazione (Progetto del Piano Regionale Prevenzione - PRP 2010-2012)

Centri partecipanti: RTV, CPO Piemonte, ISPO Firenze, ASP Lazio, Programma regionale di screening dell'Emilia-Romagna, ASL 2 Perugia

Attività RTV per il 2012:

1. Sviluppo di un tracciato record per la valutazione del grado di fidelizzazione da parte dell'utenza per lo screening mammografico tramite l'indagine sulla popolazione invitata almeno tre volte;
2. Produzione del documento "Immigrati e screening in Italia" descrizione degli interventi italiani di screening mirati alla popolazione immigrata e del contesto teorico di riferimento

Indicatore: produzione ed invio al centro capofila del tracciato record e del documento "Immigrati e screening in Italia"

Risultato atteso: tracciato record prodotto, documento "Immigrati e screening in Italia" prodotto

Tempi: aprile 2012

Utilizzo del test HPV nello screening del cervicocarcinoma

Centri partecipanti: RTV, ASL 15 Alta Padovana, ASL 16 Padova, ASL 17 Este, ASL 18 Rovigo, ASL 19 Adria,

ASL Brescia, ASL Valcamonica, ISPO -ASL Firenze, ASL Roma G

Attività 2012: prosecuzione di programmi pilota con il test HPV nelle Aziende ULSS delle province di Padova

e Rovigo con l'utilizzo di protocolli clinico diagnostici, materiali informativi e dotazione informatica dedicati

e comuni. Valutazione dell'impatto della strategia di screening con HPV sulle donne in termini di adesione e di ricorso ad altre indagini extra screening.

Indicatori:

1. numero di donne screenate con il test HPV dalle cinque Aziende ULSS nel 2012;
2. produzione di un rapporto sulla valutazione dell'impatto dello screening con HPV sulle donne.

Risultati attesi:

1. almeno 30.000 donne screenate utilizzando il test HPV dalle cinque Aziende ULSS nel 2012;
2. rapporto sulla valutazione dell'impatto dello screening con HPV sulle donne prodotto

Tempi: Dicembre 2012

9

Collaborazione con il Registro regionale dei mesoteliomi

La collaborazione si attua nella ricerca da parte del Registro Tumori del Veneto dei dati di incidenza e mortalità di tre coorti costruite dal Registro Mesoteliomi

analisi di incidenza e mortalità nella coorte dei soggetti identificati dal Registro Mesoteliomi come ex-esposti ad amianto, residenti nel Veneto (30.000 soggetti)

aggiornamento dell'analisi dell'incidenza dei tumori in addetti alla cromatura sottile dal Registro

Mesoteliomi (300 soggetti)

analisi dell'incidenza dei tumori negli addetti al carico e scarico di merci al porto di Venezia (1.100 soggetti).

Indicatore: definizione dello stato in vita dei soggetti delle tre coorti

Risultato atteso: almeno il 95% di completezza dell'informazione sullo stato in vita

Tempi: dicembre 2012

Collaborazione con il SER nel progetto europeo "Equity action"

Centri partecipanti: RTV, AOUI Verona, SER, Direzione Regionale per la Prevenzione

Attività RTV per il 2012: partecipare al progetto europeo "Equity action" con un caso di studio per il Veneto relativo allo screening citologico, utilizzando il dataset PASSI il dataset dello screening.

Indicatore: sviluppo del case study con la descrizione della riduzione delle disuguaglianze di accesso allo screening citologico tra le donne immigrate nel Veneto

presentazione del case study al seminario "Equity action" di Londra

Risultato atteso: case study prodotto e presentato al seminario "Equity action" di Londra

Tempi: Dicembre 2012

STRUTTURA: REGISTRO NORD EST ITALIA DELLE MALFORMAZIONI CONGENITE**PIANO DI ATTIVITÀ: ANNO 2012.****ATTIVITÀ n. 1****SORVEGLIANZA.**

Sorveglianza neonatale e prenatale delle malformazioni congenite, con particolare valutazione delle situazioni di possibile allarme emerse negli ultimi anni.

Indicatore: Relazione annuale

Risultato Atteso: controllo della prevalenza delle malformazioni congenite

Tempi: 1 anno

ATTIVITÀ n. 2**CONFRONTO DEI RISULTATI.**

Confronto dei risultati con altri registri italiani e internazionali.

Parametro di riferimento: partecipazione alle riunioni del Coordinamento Nazionale dei Registri delle Malformazioni Congenite.

Risultato Atteso: verifica delle qualità del rilevamento

Tempi: 1 anno

ATTIVITÀ n. 3**IMPLEMENTAZIONE DEI DATI.**

Implementazione dei dati con le schede SDO, CEDAP e con altre fonti informative quali il registro delle interruzioni spontanee di gravidanza ed il registro anatomo-patologico.

Integrazione dei dati del Registro con i dati delle SDO; riunione annuale dei partecipanti alla registrazione delle malformazioni congenite.

Parametro di riferimento: Tabelle di prevalenza.

Risultato Atteso: stima della prevalenza delle malformazioni congenite

Tempi: 6 mesi dal ricevimento dei dati SDO e CEDAP

ATTIVITÀ n. 4**VALUTAZIONE DELLA DISTRIBUZIONE GEOGRAFICA DELLE MALFORMAZIONI.**

In accordo con il SER sarà sviluppato un progetto per lo studio della distribuzione geografica delle malformazioni per valutare eventuali cluster in aree a rischio.

Indicatore: programma di analisi. Riunione degli esperti Registro NEI e SER.

Risultato atteso: tabella dei risultati, mappe di distribuzione geografica delle malformazioni.

STRUTTURA: REGISTRO REGIONALE VENETO DEI CASI DI MESOTELIOMA ASBESTO CORRELATI**PIANO DI ATTIVITA' ANNO 2012****ATTIVITA' n. 1**

RICHIESTA E RICEZIONE DATI INFORMATIZZATI (SDO, Registro Mortalità regionale) DI INTERESSE.

VALUTAZIONE E ASSEGNAZIONE DELL'EVIDENZA DIAGNOSTICA NEI CASI SEGNALATI DI MESOTELIOMA

Descrizione:

a) Richiesta semestrale alle strutture regionali competenti di fornire dati sui ricoveri ospedalieri per mesotelioma e decessi per tumore primitivo pleurico che avvengono in Veneto; ricezione e riordino dei dati ricevuti.

b) Raccolta della documentazione clinica relativa ai ricoveri ospedalieri dei soggetti identificati come possibili casi di mesotelioma (SDO; mortalità) attraverso gli SPISAL e le strutture sanitarie e solleciti periodici sui casi arretrati; valutazione dell'evidenza diagnostica sulla base della raccolta della documentazione clinica utilizzando i criteri definiti dalle Linee Guida del ReNaM.

Indicatore: % sdo definite/ casi inviati per approfondimenti

Risultato Atteso: 80%

Tempi: Entro dicembre

ATTIVITA' n. 2

SEGNALAZIONE NUOVI CASI DI MESOTELIOMA AGLI SPISAL DELLE AZ. ULSS DEL VENETO, RACCOLTA E VALUTAZIONE DEGLI APPROFONDIMENTI ANAMNESTICI
VALUTAZIONE E ASSEGNAZIONE DELLA PROBABILITA' DI ESPOSIZIONE AD AMIANTO NEI CASI DI MESOTELIOMA

Descrizione:

a) Invio dei casi di mesotelioma identificati agli SPISAL delle AULSS perché effettuino approfondimenti anamnestici. Raccolta e analisi delle risposte pervenute da parte degli SPISAL del Veneto o da altri (Istituti di Medicina del Lavoro, INAIL, Patronati) sugli approfondimenti anamnestici sui singoli casi (interviste, INPS, altro): verifica dei dati ricevuti, valutazione opportunità di approfondimenti ulteriori.

b) Assegnazione al singolo caso di mesotelioma con dossier completato della probabilità di esposizione ad amianto. Codifica dei casi secondo i criteri delle Linee Guida ReNaM per probabilità, circostanza di esposizione; se esposizione lavorativa, per settore lavorativo; mansione, azienda, in collaborazione con i diversi SPISAL.

Indicatore: casi di mesotelioma certo approfonditi/casi identificati

Risultato Atteso: 70%

Tempi: Entro Dicembre

ATTIVITA' n. 3

AGGIORNAMENTO ARCHIVI INFORMATIZZATI DEL REGISTRO E TRASFERIMENTO DI INFORMAZIONI CON ALTRI COR, TRASFERIMENTO DATI SUI CASI DI MESOTELIOMA AL ReNaM

Descrizione: aggiornamento degli archivi informatizzati del Registro regionale relativo a casi sospetti di mesotelioma e comunicazione verso i COR di altre Regioni; trasferimento dei dati raccolti sui singoli casi di mesotelioma identificati e approfonditi al ReNaM delle informazioni memorizzate utilizzando uno specifico software.

Indicatore: maggior n° di casi registrati rispetto al 2011

Risultato Atteso: Progressione Registro del Veneto e segnalazione sistematica dei casi extraregionali tra COR di competenza; trasferimento, a date predefinite, dei dati raccolti nel corso dell'attività

Tempi: Entro dicembre

ATTIVITA' n. 4

TENUTA E AGGIORNAMENTO DI UN ARCHIVIO RELATIVO AD AZIENDE IN CUI SI E' VERIFICATA ESPOSIZIONE AD AMIANTO

Descrizione: raccolta di informazioni (attraverso Camera Commercio, SPISAL, piani di decoibentazione, INPS), tenuta e aggiornamento di un archivio informatizzato relativo alle singole aziende del Veneto in cui si verificano casi di mesotelioma con esposizione lavorativa certa nei dipendenti.

Risultato Atteso: Costruzione e sviluppo di dossier e di un archivio di informazioni informatizzato di aziende

Tempi: Entro dicembre

ATTIVITA' 5

TENUTA E AGGIORNAMENTO DI UN ARCHIVIO RELATIVO A SOGGETTI EX ESPOSTI AD AMIANTO

Descrizione: raccolta di informazioni attraverso SPISAL, INPS, INAIL, Patronati di un archivio informatizzato relativo a dipendenti di aziende del veneto ad elevato rischio di mesotelioma tra i dipendenti, identificato attraverso l'attività lavorativa svolta e/o il numero di casi di mesotelioma già avvenuti tra i dipendenti, altro.

Risultato Atteso: sviluppo di un archivio informatizzato di ex esposti ad amianto.

Tempi: Entro dicembre

ATTIVITA' n. 6

INDIVIDUAZIONE CASI DI MESOTELIOMA SOTTOPOSTI AD INTERVENTI CHIRURGICI, RACCOLTA CAMPIONI DI TESSUTO POLMONARE, ANALISI DEL CONTENUTO IN FIBRE.

Descrizione: identificazione dei soggetti affetti da mesotelioma trattati in Veneto con pleuro-pneumectomia o sottoposti ad autopsia, identificati attraverso il rapporto collaborativo con le Chirurgie Toraciche e gli Istituti di Medicina Legale del Veneto.

Invio di campioni al Centro di Microscopia Elettronica, ARPA, Milano per l'effettuazione di analisi quali-quantitative del contenuto in fibre di amianto attraverso Microscopia Elettronica a Scansione.

Recezione e analisi dei risultati.

Indicatore: campioni analizzati/campioni disponibili

Risultato Atteso: 80%

Tempi: Entro dicembre

ATTIVITA' n. 7

APPROFONDIMENTI SU ESPOSIZIONI CAUSA DI MESOTELIOMA: PER ESPOSIZIONE A RADIAZIONI IONIZZANTI, AD AMIANTO IN ODONTOIATRIA, NELLA PRODUZIONE DI ZUCCHERO, PER AVER LAVORATO COME MIGRANTI ALL'ESTERO

Descrizione: Completamento e pubblicazione degli approfondimenti sui casi di mesoteliomi identificati nell'attività del Registro regionale e risultati associati ad esposizioni per trattamenti radianti, e per esposizione ad amianto nell'attività di odontoiatria e di produzione dello zucchero, per i casi di mesotelioma insorti in soggetti che sono stati migranti all'estero

Risultato Atteso: Pubblicazione

Tempi: Entro dicembre

ATTIVITA' n. 8

STUDIO LONGITUDINALE SUL RISCHIO NEOPLASTICO IN EX-ESPOSTI AD AMIANTO

Descrizione: Valutazione dell'occorrenza di tumori respiratori nei soggetti del Veneto (con possibile estensione in altre Regioni) identificati o da identificare come esposti ad amianto (ricostruzione nominativa di addetti di aziende - libri matricola, INPS, altro - domande di benefici previdenziali valutate dall'INAIL) attraverso uno studio prospettico basato sull'incrocio tra dati nominativi e banche dati sanitarie e anagrafiche. Collaborazione con Registro Tumori del Veneto, Sistema Epidemiologico Regionale, Registro Nazionale dei Mesoteliomi (ReNaM), Associazione Italiana Registri Tumori (AIRTUM) per incroci tra soggetti identificati come esposti ad amianto e occorrenza di neoplasie.

Risultato Atteso: ottenimento dati

Tempi: entro dicembre

ATTIVITA' n. 9

STUDIO DI MORTALITA' E INCIDENZA DI TUMORI NELLA COORTE DEGLI ADDETTI DELLA COMPAGNIA PORTUALE DI VENEZIA

Descrizione: Pianificazione di uno studio di coorte (mortalità, incidenza di tumori) sugli addetti della Compagnia Lavoratori Portuale di Venezia, che sono stati al lavoro dal 1950 al 1980, in collaborazione con SPISAL Az. ULSS 12 e Registro Tumori del Veneto.

Indicatore: ultima residenza e stato in vita recuperato/stato in vita ricercato

Risultato Atteso: 90%

Tempi: Entro dicembre

ATTIVITA' n. 10

PARTECIPAZIONE ALLE ATTIVITA' DI PREDISPOSIZIONE DEL IV RAPPORTO DEL REGISTRO NAZIONALE DEI MESOTELIOMI

Descrizione: E' stato deciso nell'incontro tra ReNaM e COR del marzo 2012 di procedere alla stesura del IV Rapporto del Registro Nazionale dei Mesoteliomi (ReNaM), per illustrare i dati centralizzati nel database nazionale relativo ai casi di mesotelioma identificati e approfonditi a livello nazionale entro il 2009 (oltre 15.000 dossier), procedendo alle analisi necessarie e alla stesura dei testi in maniera collegiale e condivisa.

Come in precedenza, il risultato consisterà nella pubblicazione a stampa di un volume.

Da queste decisioni derivano numerosi impegni per i singoli COR.

Interessa favorire che le riflessioni sui dati siano disponibili per la Conferenza nazionale sull'Amianto che il Ministro della Salute ha indicato di voler promuovere entro il 2012.

Risultato Atteso: Invio dati e approfondimenti relativi al Veneto e sugli argomenti assegnati; pubblicazione IV° Rapporto

Tempi: Entro agosto

ATTIVITA' n. 11

ANALISI CONGIUNTA DI DIVERSE COORTI DI ESPOSTI AD AMIANTO PER VALUTARE L'ANDAMENTO TEMPORALE DEL MESOTELIOMA AL TRASCORRERE DEL TEMPO DALL'INIZIO DELL'ESPOSIZIONE

Descrizione: Diversi singoli studi di coorte di esposti ad amianto hanno suggerito che l'aumento del rischio di mesotelioma non sia indefinito ma subisca un rallentamento o una diminuzione trascorsi alcuni decenni dall'inizio dell'esposizione. Il rallentamento o diminuzione sarebbe conseguente alla clearance polmonare delle fibre ritenute. Questo andamento ha rilevanza per la conoscenza del meccanismo di cancerogenesi dell'amianto e per le stime dell'andamento della malattia. Insieme ad altri gruppi di ricerca (australiani, e italiani) si è deciso di mettere in comune un numero importante di coorti di esposti ad amianto per le quali il follow up è superiore ai 30 anni in modo da disporre di uno studio di elevata potenza.

Risultato Atteso: Prime analisi dati

Tempi: Entro dicembre

ATTIVITA' n. 12

ANALISI DEI FATTORI CHE IN ITALIA INFLUENZANO LA DOMANDA E IL RICONOSCIMENTO ASSICURATIVO DEI MESOTELIOMI DI ORIGINE PROFESSIONALE

Descrizione: E' già stato effettuato uno studio di record-linkage, il primo in Italia e tra i pochi a livello internazionale, incrociando i casi di mesotelioma insorti in Veneto e attribuiti dal Registro ad esposizioni lavorative, con le domande e riconoscimenti presenti nell'archivio informatizzato dell'INAIL. In questa maniera è stata analizzata la reale dimensione della copertura assicurativa e valutati i determinanti di avanzare domanda e ottenere un riconoscimento assicurativo, osservando,

l'influenza di diversi fattori (età, genere, stato in vita alla domanda, altro) e quindi la possibilità di strategie di miglioramento.

L'analisi verrà ora estesa ai dati nazionali sul mesotelioma, indagando dapprima gli aspetti relativi alla domanda di riconoscimento assicurativo, di seguito analizzando dimensione e determinanti dell'ottenimento.

Risultato Atteso: Analisi, presentazione e pubblicazione dei risultati

Tempi: Entro dicembre

STRUTTURA: COORDINAMENTO REGIONALE SUL FARMACO**PIANO DI ATTIVITA' – ANNO 2012**

ATTIVITA' n. 1

Farmacovigilanza

La normativa attuale in materia di Farmacovigilanza prevede che le Regioni si possano avvalere di Centri Regionali di Farmacovigilanza. Le attività sono in gran parte una continuazione di quanto fatto fino ad oggi dal Centro Regionale del Farmaco – Unità di Farmacovigilanza, in parte nuove attività in funzione del ruolo che l'AIFA ha assegnato ai Centri Regionali di Farmacovigilanza esistenti con la creazione di un profilo utente specifico nella Rete Nazionale di Farmacovigilanza.

Indicatore: Incremento del numero e della qualità delle segnalazioni spontanee

Risultato Atteso: Obiettivo primario è l'incremento del numero e della qualità delle segnalazioni spontanee, velocizzando anche la procedura di inserimento in Rete delle stesse. Contestualmente la razionalizzazione e l'informatizzazione delle procedure consentiranno anche una diminuzione del carico di lavoro per i Responsabili Locali di Farmacovigilanza. Obiettivo secondario è migliorare la sorveglianza delle reazioni avverse da farmaci, aumentando la loro conoscenza e quindi aumentando il loro uso razionale.

Tempi: Il progetto è pluriennale. L'attività è continuativa

ATTIVITA' n. 2

Progetto regionale per ridurre le reazioni avverse ai farmaci legati ad errori nei trattamenti farmacologici

Nel 2010, l'Unità Operativa di Farmacologia Medica in collaborazione con il reparto di Medicina Interna C della AOUI di Verona ha promosso un progetto pilota di monitoraggio intensivo degli errori medici. Il nuovo progetto, esteso ad altre strutture ospedaliere del Veneto, vuole stimare la frazione delle ADR da farmaci in ospedale legate ad errori nel trattamento farmacologico, individuare le cause più frequenti di errore nel trattamento farmacologico e ridurre gli errori nei trattamenti farmacologici tramite un intervento formativo

Parametro di riferimento: Riduzione degli errori medici nei reparti coinvolti

Risultato Atteso: Il programma intensivo di monitoraggio delle ADR e degli errori medici legati alle terapie farmacologiche può avere un notevole impatto sulla riduzione delle patologie iatrogene, con conseguenti rilevanti diminuzione dei costi sanitari. Tale progetto potrà anche permettere di uniformare i protocolli di rilevazione degli errori medici legati alle terapie farmacologiche a livello regionale promuovendo altresì un linguaggio comune di monitoraggio (cartelle cliniche) del paziente. Un'ulteriore ricaduta potrebbe derivare dagli audit clinici inseriti nel progetto con la possibilità di definire procedure operative standard da implementare nei diversi reparti per la corretta esecuzione delle terapie farmacologiche.

Tempi: Il progetto ha durata annuale

ATTIVITA' n. 3

Sorveglianza delle reazioni avverse da prodotti biologici e biosimilari (progetto interregionale)

A quasi trenta anni di distanza dal primo farmaco biologico immesso sul mercato, molti brevetti sono scaduti o stanno per scadere. Per questi farmaci vi è la possibilità di produrre farmaci biosimilari, sovrapponibili per indicazione terapeutica e meccanismo d'azione principali a originatori biologici. Le Linee Guida Europee chiedono la dimostrazione di comparabilità tra biosimilare e prodotto di riferimento soprattutto in relazione all'efficacia. Nella fase successiva all'approvazione è necessaria una valutazione continua del rischio/beneficio. Il progetto ha come obiettivi l'elaborazione di uno strumento specifico per la raccolta di informazioni sul trattamento con i farmaci in studio, la stima dell'incidenza delle reazioni avverse gravi da prodotti biologici e il confronto del profilo di tollerabilità di originator e biosimilari. Si prevede una fase pilota di tre mesi con la farmacia dell'AOUI di Verona per una validazione della scheda raccolta dati e per valutare l'impegno richiesto ai farmacisti coinvolti nella distribuzione diretta. Successivamente si prevede di attuare un anno di sorveglianza sui pazienti trattati con i farmaci che si è scelto di monitorare.

Parametro di riferimento: Numero di segnalazioni di eventi avversi per i farmaci inseriti nella sorveglianza.
Risultato Atteso: Sulla base dei dati dell' USSL 20 prevediamo che nell'arco di un anno nella Regione Veneto possano essere monitorati per l'eritropoietina circa 2500 pazienti naive (presumibilmente trattati con il biosimilare) e tra i 2500 e 3000 pazienti già in trattamento (che continueranno il trattamento con l'originator). Un'altra coorte potrebbe essere costituita da pazienti in trattamento con filgrastim (circa 2500 naive e 1000 già in trattamento, sempre secondo le stime basate sui dati dell'USL 20). Questo potrebbe consentire, attraverso dati raccolti da pazienti e farmacisti coinvolti nella distribuzione diretta, di individuare le maggiori problematiche per i pazienti che sono in trattamento con alcuni farmaci biologici nella Regione Veneto e se l'introduzione dei biosimilari modifica il profilo rischio beneficio dei biologici originator.
Tempi: Il progetto ha durata biennale

ATTIVITA' n. 4**Sorveglianza sulle reazioni avverse da vaccino: progetto interregionale**

Il progetto si propone di coordinare da un punto di vista operativo, sempre sulla base della normativa vigente, il flusso e la valutazione delle segnalazioni di evento avverso da vaccino nella regione Veneto, attuando interventi per aumentare il tasso di segnalazione dei vaccini, e di proporre, a partire dall'esperienza accumulata dal Veneto in questi anni, un modello analogo dedicato alla consulenza/sorveglianza dei vaccini in altre regioni.

Parametro di riferimento: Numero di segnalazioni di reazioni avverse da vaccini.
Risultato Atteso Sulla base della precedente esperienza condotta nella regione Veneto l'indicatore più importante è certamente l'aumento delle segnalazioni da vaccini. Oltre al numero però verranno valutati altri indicatori altrettanto importanti indicanti la qualità delle stesse quali la percentuale di reazioni gravi, la percentuale di reazioni non note, la percentuale di segnalazioni per nuovi vaccini e il grado di completezza delle schede. Altro indicatore importante è il numero di consulenze effettuate dai centri regionali di vaccinovigilanza.
Tempi: Il progetto ha durata biennale

ATTIVITA' n. 5**Il farmacista nella segnalazione delle reazioni avverse da farmaci da parte del cittadino: progetto interregionale**

Nel 2010 nella regione Veneto è stata condotta uno studio pilota per verificare la possibilità di utilizzare le farmacie aperte al pubblico come luogo per la promozione, attraverso i farmacisti, e la raccolta delle segnalazioni di ADR dei cittadini. Il progetto viene ora riproposto come progetto interregionale esteso oltre al Veneto ad altre 5 Regioni italiane.

Parametro di riferimento: Numero di segnalazioni inviate dai cittadini.
Risultato Atteso: Obiettivi primari: promuovere in diverse regioni italiane la segnalazione di ADR dei cittadini; validare la nuova bozza di scheda per i cittadini predisposta dall'AIFA; valutare il ruolo dei farmacisti e delle farmacie come luogo di promozione e raccolta delle segnalazioni dei cittadini. Obiettivi secondari: valutare la capacità dei cittadini di individuare e segnalare sospette reazioni avverse da farmaci; valutare la qualità delle segnalazioni dei cittadini; aumentare la comunicazione tra farmacista e cittadino nella gestione complessiva del farmaco a partire dalla farmacovigilanza; valutare la persistenza nel tempo dell'intervento informativo/ formativo
Tempi: Il progetto ha durata annuale

ATTIVITA' n. 6**Attività regionale di Technology Assessment (TA)**

Obiettivo:

- Mantenere un centro permanente di HTA sui farmaci e dispositivi medici a supporto della programmazione e del governo regionale in ambito farmaceutico
- Supportare le attività delle Commissioni CTR per il PTORV e CTRDM
- Partecipare a progetti nazionali ed europei in ambito di HTA
- Supportare le attività di HTA delle Aziende Sanitarie

Parametro di riferimento:

- Predisposizione di report e documenti di indirizzo/linee guida relativi a farmaci e dispositivi
- diffusione delle informazioni tramite un sito internet www.uvef.it e una newsletter dedicata
- partecipazione a progetti HTA nazionali e internazionali (RIHTA/EunetHTA)

Risultato Atteso

- Predisposizione di almeno 40 report annuali di HTA su farmaci/dispositivi medici
- Predisposizione di almeno 4 documenti annuali di indirizzo su farmaci o dispositivi (sulla base delle esigenze di programmazione farmaceutica regionale)
- partecipazione a progetti nell'ambito di reti nazionali ed europee di HTA (RIHTA e EUnetHTA)

Tempi . Progetto pluriennale . Attività continuativa

ATTIVITA' n. 7

Titolo del progetto: Attività di valutazione dei consumi ospedalieri

Obiettivo:

- Mantenere attivo il monitoraggio regionale dei consumi e della spesa dei farmaci e dei dispositivi medici in ospedale e fornire una reportistica alla Regione e alle singole aziende sanitarie che consenta di individuare precocemente gli incrementi di spesa
- Attivare un processo di validazione dei contenuti dei quattro flussi regionali attinenti alla farmaceutica ospedaliera: flusso consumi ospedalieri dei farmaci e dei dispositivi medici , flussi distribuzione diretta; flusso contratti dispositivi medici

Parametro di riferimento:

- attivazione di metodi e strumenti per la validazione qualità del dato
- predisposizione e trasmissione dei report mensili e trimestrali di consumo alle aziende sanitarie

Risultato Atteso

- Migliorare la qualità dei flussi regionali della farmaceutica
- Contribuire al governo della spesa farmaceutica erogata dagli ospedali

Tempi . Progetto pluriennale .Attività continuativa

ATTIVITA' n. 8

Programma di monitoraggio intensivo di farmaci e dispositivi medici

Obiettivo

- Aumentare l'aderenza ai registri AIFA attraverso una maggior condivisione del rationale dei programmi di monitoraggio tra medici e farmacisti
- Attivare programmi di monitoraggio intensivo regionale su farmaci e dispositivi medici ad elevato costo
- Attivare programmi di vigilanza sugli incidenti derivanti da dispositivi medici
- Monitorare l'aderenza delle Aziende sanitarie agli obiettivi B7-C1-D7 di cui alla DGR 2369/2011

Parametro di riferimento

- Predisposizione di un rapporto annuale sulle informazioni cliniche e farmaceutiche derivanti dai registri AIFA
- Predisposizione di una reportistica trimestrale sull'andamento degli obiettivi B7-C1 di cui alla DGR 2369/2011
- Attivazione / Mantenimento di registri regionali su dispositivi medici ad elevato costo e complessità tecnologica (secondo le indicazioni CTRDM)
- Attivazione / Mantenimento di registri regionali su farmaci ad elevato costo (secondo le indicazioni della CTR per il PTORV)

Risultato Atteso

- Aumento del grado di aderenza ai registri AIFA
- Buona performance di raggiungimento degli obiettivi B7-C1 – D7 assegnati ai Direttori Generali
- Attivazione di un programma informatizzato di raccolta degli incidenti da dispositivi medici
- Mantenimento del programma regionale di monitoraggio dell'uso delle Valvole aortiche trans catetere (TAVI)

Progetto pluriennale .Attività continuativa

ATTIVITA' n. 9

La gestione del rischio clinico nei reparti ospedalieri

Obiettivo: Testare l'impatto del farmacista di reparto sull'adesione alle buone pratiche di riduzione del rischio da farmaci e alla rilevazione e segnalazione delle Reazioni Avverse in 7 ospedali del Veneto.

Parametro di riferimento per la valutazione del progetto e risultato atteso:

Prima e dopo l'implementazione del progetto:

- Valutazione della completezza e correttezza della prescrizione
- Valutazione del grado di conoscenza della raccomandazione n. 7
- Valutazione del grado di applicazione della raccomandazione n. 7 su tre farmaci/ ambiti particolari.

Tempi :il progetto verrà concluso entro 15 mesi dalla data di inizio

ATTIVITA' n. 10

Progetto ARPA (Appropriatezza e razionalizzazione delle prescrizione attraverso l'autoanalisi): uno strumento per i Patti aziendali con la Medicina Generale

La spesa farmaceutica territoriale convenzionata, in assenza dei provvedimenti di taglio dei prezzi, del meccanismo di pay-back e dell'introduzione sul mercato dei farmaci equivalenti, avrebbe continuato ad aumentare, in analogia alle quantità prescritte. Tale incremento in alcuni casi è giustificato e auspicabile. L'aumento del numero di persone in terapia con antipertensivi o statine in maniera continuativa, se i soggetti da trattare sono individuati in modo appropriato, è un indice di maggiore attenzione alla salute dei cittadini. Assai diverso è l'incremento generato dal ricorso a farmaci a costo più elevato privi di evidenze scientifiche. In considerazione delle norme di revisione dei tetti di spesa e degli obiettivi di risparmio posti a livello centrale e regionale, è importante monitorare l'appropriatezza prescrittiva con progetti delle singole Aziende ULSS o regionali, rivolti ai medici di medicina generale, agli specialisti e agli ospedalieri che favoriscano la prescrizione di principi attivi a brevetto scaduto in maniera condivisa tra ospedale e territorio.

Il progetto ARPA si pone come obiettivi il miglioramento dell'appropriatezza d'uso dei farmaci con conseguente diminuzione della spesa farmaceutica e l'omogeneizzazione della prescrizione H-T di trattamenti cronici la cui presa in carico ricade sulla medicina generale. Il progetto prevede che i MMG, organizzati in piccoli gruppi (circa 10 persone) guidati da un capogruppo nominato dai medici stessi e opportunamente formato, seguano un percorso di audit delle prescrizioni tramite reportistica individuale, di gruppo e di Azienda ULSS, confrontandole con le evidenze di letteratura, individuino le aree di scarsa appropriatezza e le modifichino nel tempo.

INDICATORI

- quota di prescrizione di farmaci a brevetto scaduto o con il miglior profilo costo-efficacia all'interno delle categorie terapeutiche in cui sono presenti
- tasso di continuità delle terapie con statine
- riduzione della spesa farmaceutica pro capite
- numero di riunioni di gruppo gestite da un coordinatore nominato dai MMG stessi e opportunamente formato, scelto tra i MMG del gruppo
- numero di riunioni di gruppi di lavoro H-T sulle aree terapeutiche di competenza della MG maggiormente soggette a induzione specialistica

RISULTATI ATTESI

1. Maggior appropriatezza nell'uso dei farmaci appartenenti ai gruppi terapeutici individuati nel progetto, misurata attraverso appositi indicatori.
2. Diminuzione della spesa farmaceutica regionale stimabile attorno al 2-3% della spesa complessiva a seconda dei gruppi terapeutici scelti.
3. Rafforzamento culturale della categoria dei MMG con una minore subalternità verso gli specialisti e una maggiore consapevolezza del proprio ruolo nei confronti degli assistiti.
4. Consolidamento dei Servizi Farmaceutici Territoriali della Regione come punto di riferimento:
 - a. per le Aziende Sanitarie, nel monitoraggio delle prescrizioni, nelle iniziative per migliorarne la qualità e nella definizione e gestione dei Patti Aziendali;

b. per i medici, per i quali devono diventare fonte di informazione indipendente e consulenti per un miglior utilizzo del farmaco.

5. Miglioramento della continuità H-T di trattamenti cronici la cui presa in carico ricade sulla MG.

TEMPI

Progetto pluriennale

ATTIVITA' n. 11

DIALOGO SUI FARMACI

A. Attività editoriale:

A.1. Produzione e distribuzione della rivista Dialogo sui Farmaci

A.2. Produzione e distribuzione del Prontuario Terapeutico

A.3. Potenziamento del sito Internet con accessi riservati per alcune aree di interesse

B. Attività Formativa:

B.1 Realizzare corsi di Formazione a Distanza: i prodotti e-learning di Dialogo sui Farmaci sono allestiti nel rispetto di una metodologia didattica volta a migliorare la conoscenza del personale sanitario su questioni legate alla terapia farmacologica e non, alla prevenzione e alla promozione di corretti stili di vita.

Indicatore

Risultato Atteso

A. Attività editoriale:

A.1 Rivista: numeri/anno:

6 numeri/anno

A.2 Prontuario: numeri/anno:

2 numeri/anno

A.3 Sito Web: visite/anno: aumento n° visite >5% rispetto l'anno precedente

B. Attività Formativa:

B.1 Formazione: N° partecipanti che raggiungono la totalità di crediti/anni : 70%

Tempi Progetto pluriennale.

ATTIVITA' n. 12

I sistemi di supporto alla prescrizione nella cartella clinica digitale della Medicina Generale: uno studio di benchmarking

Descrizione dell'attività : descrivere le principali caratteristiche, vantaggi e limiti dei vari sistemi di supporto alla prescrizione (SSP) integrati nei software di gestione della cartella clinica digitale (CCD) dei MMG, in Italia e in altri 2 paesi dell'UE (Spagna, UK)

A: Quadro di riferimento normativo e requisiti relativi alle CCD e in particolare ai SSP:

- analisi e confronto della normativa di riferimento europea e della normativa dei singoli Paesi in studio per individuare se sono presenti linee guida sui criteri minimi essenziali per lo sviluppo dei software per la MG.

- analisi sistematica della letteratura a partire dalla quale proporre una griglia di valutazione degli SSP.

B. Creazione di una griglia di valutazione dei SSP disponibili nei singoli CCD selezionati per rilevare le caratteristiche in termini di: Rilevazione Interazioni Farmacologiche; Controindicazioni; Monitoraggio del paziente in terapia con farmaci ad uso cronico (esami di laboratorio da effettuare correlati a determinati medicinali); eventuali altri allerta sulla sicurezza e/o altra informazione di supporto alla prescrizione di farmaci.

C. Test di fattibilità: Applicazione della griglia ad un CCD italiano in uso da un MMG del gruppo di lavoro, per validare lo strumento.

D. Analisi sul campo.

Applicazione della griglia di valutazione a 3 software tra quelli utilizzati dalla MG per ognuno dei 3 Paesi in studio. Questa fase include anche la rilevazione di eventuali analisi effettuate su due indicatori di processo e di risultato riguardanti i SSP nei 3 Paesi:

1: Utilità/accettabilità di questi strumenti da parte del medico

2: Efficacia degli SSP nel migliorare la sicurezza d'uso dei medicinali

E. Analisi dei dati complessivi per paese.

Indicatore:

1. Confronto tra gli Standard nazionali per le CCD

2. Qualità e completezza dei vari SSP maggiormente utilizzati secondo la griglia di valutazione consensuata.

3. Eventuali valutazioni relative all'utilità dei vari SSP per i prescrittori ed efficacia nel miglioramento della sicurezza per i pazienti.

Risultato Atteso:

1. Definizione delle caratteristiche tecniche ottimali degli CCD e degli SSP valutati.
2. Proposte di miglioramento a partire dai dati emersi dall'analisi degli SSP

Tempi : progetto biennale (giugno 2012-maggio 2014)

ATTIVITA' n. 13

Introduzione di un'infrastruttura tecnologica per una vigilanza attiva sulle sperimentazioni cliniche in Regione Veneto

Nella Regione Veneto i Comitati Etici per la sperimentazione Clinica (CE) sono stati riorganizzati, prevedendo un CE presso ciascuna Azienda Ospedaliera/IRCSS ed uno per ciascuna provincia, con sede presso l'Azienda ULSS capoluogo. Tale assetto organizzativo è stato successivamente completato, prevedendo: una segreteria con personale esperto e dedicato per ogni CE; un Nucleo per la Ricerca Clinica (NRC) per ogni ULSS, Azienda Ospedaliera, Ospedale classificato, con funzioni di coordinamento e gestione organica a livello locale di tutte le attività connesse alla ricerca; regole comuni per il funzionamento tecnico ed amministrativo su tutto il territorio regionale. La rete regionale coordinata e integrata di strutture e competenze scientifiche così costituita necessita di un'infrastruttura tecnologica che consenta di raccordare operativamente gli Uffici di Segreteria Scientifica dei CE, i Nuclei per la Ricerca Clinica e le Commissioni per la Ricerca in Medicina Territoriale tra loro, con il livello regionale e con quello nazionale.

Il progetto si propone la costruzione e il mantenimento di un sistema telematico che consenta la condivisione, la tracciabilità dei lavori e la creazione di un archivio della documentazione relativa alle attività dei CE, dei NRC e delle CoRiTer che operano nella Regione Veneto, allo scopo di svolgere un'attività di vigilanza attiva sulle sperimentazioni cliniche condotte in Regione Veneto e un'attività di supporto tecnico-operativo nei confronti del Comitato di Bioetica regionale.

INDICATORI

Attivazione dell'infrastruttura tecnologica per tre CE della Regione e le Segreterie, i NRC e le CoRiTer ad essi afferenti.

RISULTATI ATTESI

1. validazione del prototipo di sistema telematico per la condivisione, la tracciabilità dei lavori e la creazione di un "repository" della documentazione relativa alle attività dei CE, dei NRC e delle CoRiTer che operano nella Regione Veneto
2. stesura del capitolato tecnico per la procedura di gara per la fornitura dei servizi relativi alla progettazione, realizzazione, attivazione e mantenimento di una piattaforma tecnologica a supporto delle attività dei CE e dei NRC / CoRiTer della Regione Veneto;
3. condivisione del documento prodotto con il Provveditorato dell'Az. ULSS 20 e avvio delle procedure di concorso appalto;
4. valutazione tecnica delle offerte e aggiudicazione;
5. presentazione del progetto ai CE della Regione Veneto e discussione circa i tempi di implementazione con rilevazione di eventuali criticità;
6. individuazione di tre CE del Veneto per l'avvio della fase di set-up;
7. set-up dell'infrastruttura applicativa e sua attivazione per i tre CE della Regione individuati, le Segreterie, i NRC e le CoRiTer ad essi afferenti.

Tempi

I punti 1-3 saranno realizzati entro giugno 2012; il punto 4 entro settembre 2012; i punti 5 e 6 entro ottobre 2012 e il punto 7 entro dicembre 2012.

ATTIVITA' n. 14

Progetto pilota per la valutazione delle richieste di farmaci non distribuibili e non erogabili a carico SSN tramite i normali cicli distributivi e di trattamenti essenziali extra LEA per soggetti affetti da malattie rare.

Il SSN non copre interamente le richieste di medicinali prescrivibili ai cittadini. Esistono delle situazioni come malattie rare o condizioni gravi nelle quali i pazienti devono sostenere interamente l'onere di spesa per intraprendere trattamenti cronici con medicinali o prodotti non rimborsabili o non disponibili nel normale ciclo distributivo. Più in dettaglio i farmaci esclusi dalla rimborsabilità sono i seguenti:

1. Farmaci non in commercio in Italia;
2. Prodotti, per soggetti affetti da malattie rare, non disponibili e non erogabili a carico del Servizio Sanitario Nazionale tramite i normali cicli distributivi (Circolare della Regione Veneto n. 305255 dell'11.06.2008).
3. Medicinali di fascia C in commercio in Italia per determinate categorie di malati gravi con esenzione per reddito (Legge Regionale n. 27 del 26.11.2004: "*Norme per la concessione gratuita dei farmaci di fascia C a malati gravi non ospedalizzati*");
4. Farmaci (di fascia C, non in commercio in Italia, parafarmaci) prescritti in casi eccezionali e preparazioni galeniche a dosaggi e/o formulazioni non registrate contenenti medicinali di fascia A, C e H, prescritti solo in condizioni particolari

INDICATORI

1. Nella prima fase, tramite il confronto con altri contesti e/o servizi farmaceutici, individuazione delle richieste di medicinali o dei trattamenti essenziali non concedibili da parte dei pazienti.
2. Ideazione di un percorso organizzativo/assistenziale per accogliere le richieste.
- 2bis. Valutazione dei casi, tramite un gruppo multidisciplinare (medici e farmacisti), con approfondimento sull'appropriatezza ed efficacia dei trattamenti farmacologici proposti agli assistiti con gravi patologie.
3. Definire i criteri di uniformità decisionale nell'ottica dell'equità su tutto il territorio della regione Veneto nella concessione gratuita di medicinali o di trattamenti essenziali non erogabili a carico del SSN, anche nell'ambito dei trattamenti extra-LEA nelle malattie rare, con la proposta di istituire una Commissione che operi a livello regionale;

RISULTATI ATTESI

1. Attuazione di una proposta di percorso organizzativo /assistenziale.
2. Consolidamento del Servizio Farmaceutico regionale come punto di riferimento ed approfondimento per la valutazione di tutte le prescrizioni di farmaci extra LEA nelle malattie rare.
3. Attività di pubblicazione dei risultati in collaborazione con l'Unità di informazione sul farmaco (UIF).

Tempi : 1 anno a partire dalla data di inizio

ATTIVITA' n. 15

Prescrizioni di antibiotici in pediatria: un'opportunità di audit

Nel 2004 nella Regione Veneto è stato attivato un programma di miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva in Pediatria di famiglia, in applicazione dell'Accordo Regionale per la Medicina Convenzionata. Il progetto definiva i percorsi diagnostico-terapeutici (PDT) delle patologie di più frequente riscontro negli ambulatori pediatrici, in particolare quelle che inducono maggiormente la prescrizione di antibiotici sistemici. I PDT indirizzano verso un ricorso più selettivo agli antibiotici e verso l'utilizzazione preferenziale come prima scelta di amoxicillina nella patologia infettiva acuta non complicata. L'adozione dei PDT ha determinato un moderato miglioramento dell'appropriatezza: diminuzione del tasso di prescrizione di antibiotici; tangibile aumento della prescrizione di penicilline, in particolare amoxicillina, anche e soprattutto come prima scelta, con contemporanea diminuzione delle altre classi di antibiotici, molto marcata per le cefalosporine.

I dati raccolti, nei quali il farmaco può funzionare da marker di un percorso diagnostico e gestionale non ottimale, possono prestarsi ad una necessaria fase di audit per la Pediatria nel suo complesso: la Pediatria di famiglia ha infatti bisogno di raccordarsi adeguatamente con il secondo e terzo livello, che dovrebbero essere coinvolti nei PDT in modo pieno e sistematico. Non si può inoltre trascurare il ruolo del contesto assistenziale, in cui la famiglia può determinare un'induzione alla prescrizione, nascondendo problematiche più complesse di quanto appaia nella realtà quotidiana. I PLS, al di là dell'aspetto fiscale del controllo della loro attività, devono saper cogliere la sfida in termini propositivi ed in una visione non semplificata della prescrizione farmaceutica. L'appropriatezza resta il vero obiettivo da perseguire, nonostante gli esigui costi della prescrizione pediatrica rispetto alla spesa farmaceutica totale.

Il progetto si pone come obiettivo quello di migliorare l'appropriatezza d'uso degli antibiotici in pediatria attraverso la condivisione dei percorsi diagnostico terapeutici tra ospedale e territorio e l'empowerment dei genitori.

INDICATORI

- quota di prescrizione di antibiotici in pediatria
- tipologia di antibiotici prescritti in pediatria
- numero di riunioni di gruppi di lavoro H-T nelle patologie di più comune riscontro nell'area delle cure primarie pediatriche
- numero di leaflet prodotti dedicati ai genitori

RISULTATI ATTESI

1. Maggior appropriatezza nell'uso di antibiotici in pediatria
2. Rafforzamento culturale della categoria dei PLS
3. Consolidamento dei Servizi Farmaceutici Territoriali della Regione come punto di riferimento:
 - a. per le Aziende Sanitarie, nel monitoraggio delle prescrizioni e nelle iniziative per migliorarne la qualità;
 - b. per i medici, per i quali devono diventare fonte di informazione indipendente e consulenti per un miglior utilizzo del farmaco.

TEMPI

Progetto pluriennale

STRUTTURA: CREU - COORDINAMENTO REGIONALE EMERGENZA E URGENZA**PIANO DI ATTIVITA' ANNO: 2012**

ATTIVITA' n. 1

Attuazione programma regionale DAE

Attuazione del programma approvato con la DGR 2090/2011

Risultato Atteso: Attivazione sito web – Aquisizione defibrillatori automatici – Predisposizione progetto di legge su obbligo di possesso del DAE

Tempi: gennaio-dicembre 2012

ATTIVITA' n. 2

Ridefinizione organizzazione Pronto Soccorso.

Studio di un nuovo assetto organizzativo del sistema di gestione dell'urgenza/emergenza relativamente alla gestione del "codice bianco"

Risultato Atteso: predisposizione delibera

Tempi: gennaio-agosto 2012

ATTIVITA' n. 3

Partecipazione al Gruppo Interregionale Emergenza-Urgenza

L'attività prevede la partecipazione alle riunioni del Gruppo Interregionale Emergenza-Urgenza della Commissione Salute ed il contributo alla stesura dei documenti

Risultato Atteso: revisione DPR 27/3/1992 – Sistema di emergenza – Nuove linee guida nazionali

Tempi: gennaio-dicembre 2012

ATTIVITA' n. 4

Tavolo di lavoro con Ente Nazionale Aviazione Civile

Il Gruppo Interregionale Emergenza-Urgenza ha delegato alla Regione del Veneto l'attivazione di un tavolo di lavoro con ENAC per la revisione degli atti normativi relativi all'elisoccorso sanitario, ed in particolare alla problematica della gestione delle elisuperfici e della relativa assistenza antincendio.

Risultato Atteso: nuova regolamentazione nazionale per la gestione delle elisuperfici

Tempi: gennaio-dicembre 2012

ATTIVITA' n. 5

Attivazione sistema di allertamento per Grande Emergenza Sanitaria

L'attività prevede, in adesione a quanto previsto dalla DGR 1313/2009 e dalla Direttiva della Presidenza del Consiglio del 28/6/2011 la strutturazione di un sistema di allarme dei moduli sanitari per l'intervento in caso di grande emergenza sanitaria

Risultato Atteso: attivazione sistema di allertamento

Tempi: maggio-dicembre 2012

STRUTTURA: CCMR - COORDINAMENTO REGIONALE PER LA PREVENZIONE ED IL CONTROLLO MALATTIE**PIANO DI ATTIVITA' ANNO: 2012**

ATTIVITA' n. 1

Sostegno alle funzioni di interfaccia tra le regioni e le provincie autonome e il centro nazionale per la prevenzione ed il controllo delle malattie. Area priorità II - "Implementazione a livello regionale del regolamento REACH"

Su mandato della Direzione Prevenzione (nota n 365830/50.03.50 del 5/7/2010) che si è avvalsa della collaborazione del CCMR per la realizzazione di suddetta linea progettuale, all'interno del progetto regionale "Progetto REACH: sviluppo delle modalità di controllo della prevenzione sanitaria mediante informazione e collaborazione con le imprese produttrici di sostanze pericolose", il CCMR ha provveduto alla progettazione e realizzazione di un workshop dedicato. Tale workshop si è tenuto nell'anno 2011.

Tempi: scadenza naturale del progetto 04/07/2011 con richiesta di proroga con nota prot. n. 238950/05.02.00 del 18/05/2011 della Direzione Prevenzione della Regione del Veneto.

ATTIVITA' n. 2

Progetto "Sistema di sorveglianza PASSI: la comunicazione dei risultati"

Il Progetto PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) è un sistema di sorveglianza che rileva i principali fattori di rischio comportamentali e l'adozione di misure di prevenzione da parte della popolazione adulta.

Su mandato della Direzione Prevenzione (nota n 365830/50.03.50 del 5/7/2010) è stato affidato al CCMR del Veneto il compito di sorvegliare il grado di sviluppo e la realizzazione dei piani di comunicazione aziendale delle Aziende ULSS partecipanti al progetto.

Gli obiettivi specifici sono :

1. Aumentare le conoscenze e le abilità del personale delle Aziende ULSS, coordinatori aziendali e intervistatori, su strumenti e metodi della comunicazione dei risultati e sulla redazione di rapporti aziendali.

Indicatore di risultato: tutti i coordinatori acquisiscono le conoscenze necessarie attraverso l'attivazione di un corso sugli aspetti relativi alla comunicazione dei risultati.

Risultato Atteso: I coordinatori aziendali della sorveglianza PASSI sono in grado di definire un piano di comunicazione, specifico per target.

2. Aumentare le iniziative atte a divulgare i risultati a livello aziendale.

Indicatore di risultato: tutte le aziende realizzano il piano di comunicazione definito nei tempi stabiliti.

Risultato atteso: ogni azienda ULSS che partecipa a PASSI realizza un piano di comunicazione per la divulgazione dei risultati.

Tempi: scadenza naturale del progetto 04/07/2011 con richiesta di proroga con nota prot. n. 238950/05.02.00 del 18/05/2011 della Direzione Prevenzione della Regione del Veneto.

ATTIVITA' n. 3

Attivazione di un progetto di prevenzione cardiovascolare primaria su modello dei programmi di screening oncologico ("IV screening") - Progetto CCM 2009

Il progetto si propone come obiettivo generale di ridurre la mortalità e la morbosità per eventi cardiovascolari con minimi effetti avversi attraverso l'organizzazione di un programma di prevenzione cardiovascolare in forma attiva esteso a tutta la popolazione a rischio, ritenendo sia possibile attivare una prevenzione primaria e secondaria efficaci e sostenibili dal punto di vista economico ed organizzativo.

Tale programma, ispirato al modello degli screening oncologici, prevede la chiamata attiva da parte della Centrale Organizzativa Screening (delle ULSS aderenti) a tutti i cittadini tra i 45 ed i 59 anni in almeno 6 ULSS del Veneto.

Attualmente al progetto partecipano 7 Aziende ULSS del Veneto.

Gli obiettivi specifici sono:

1. Misurare il livello di rischio cardiovascolare nella popolazione target (soggetti di entrambi i sessi di età compresa tra 45 e 59 anni).

Indicatore di risultato: % normotesi (con o senza trattamento) sul totale dei valutati

% normoglicemici (con o senza trattamento) sul totale dei valutati

% normocolesterolemici (con o senza trattamento) sul totale dei valutati;

% donne con giro vita < 88 cm e uomini con < 102 cm;

% persone che consumano almeno tre porzioni di frutta e verdura al giorno;

% persone che consumano pesce almeno 2 volte alla settimana;

% fumatori dopo 3 mesi sul totale iniziale fumatori aderenti;

n° medio sigarette nei fumatori;

% che fanno attività fisica per almeno 30' al giorno per 6 giorni alla settimana.

Risultato Atteso : n.a. (baseline).

2. Aumentare le conoscenze e la percezione del rischio nella popolazione;

Indicatore di risultato: % di adesione agli interventi proposti.

Risultato atteso: adesione agli interventi proposti del 50%.

3. Attivare modalità di assistenza integrata tra i vari livelli assistenziali (territorio, ospedale, distretto, servizi del Dip.to di Prevenzione) per il contrasto dei fattori di rischio modificabili (alimentazione, fumo, attività fisica) nei soggetti sani e nei post infartuati.

Indicatore di risultato: n° percorsi attivati.

Risultato atteso: almeno 1 per ogni area.

4. Incrementare l'appropriatezza delle prescrizioni attraverso la Medicina di gruppo e altre forme associative dei medici di medicina generale ed il rapporto costo/benefici dell'approccio terapeutico.

Indicatore di risultato: % di persone in trattamento con diuretici sul totale delle persone in trattamento antipertensivo.

Risultato atteso: n.a. (baseline)

5. Valutare e monitorare l'intero processo

Indicatore di risultato: copertura regionale del progetto. Miglioramento degli indicatori di rischio.

Risultato atteso: realizzazione del progetto in almeno 6 Aziende ULSS della Regione del Veneto.

Miglioramento di almeno 1/3 degli indicatori.

Tempi: scadenza naturale del progetto 02/03/2012. Richiesta di proroga di un anno con nota prot. n. 9590 del 10/01/2012 della Direzione Prevenzione della Regione del Veneto.

Poiché si non si è avuta conferma della proroga del progetto, il CCMR rimane in attesa di sviluppare le ulteriori attività previste nell'ambito del progetto in argomento e in particolare procedere con il trasferimento alle Aziende ULSS delle quote necessarie per l'acquisizione delle risorse e dei servizi.

ATTIVITA' n. 4

Attivazione di un programma organizzato di prevenzione delle recidive nei soggetti che hanno già avuto incidenti cardiovascolari - Progetto CCM 2010

Il progetto di prevenzione delle recidive cardiovascolari riguarda i soggetti che hanno già avuto un primo episodio di cardiopatia ischemica. L'obiettivo generale è quello di ridurre la mortalità e la morbosità per recidive e migliorare l'autonomia e la qualità di vita in questi soggetti. Tali pazienti nella fase acuta hanno una presa in carico in un contesto assistenziale ospedaliero di alta intensità tecnologica e una volta dimessi riveste un'elevata importanza la riabilitazione, il supporto psicologico, la presa in carico da parte del medico di famiglia, gli interventi di tipo comportamentale per la modifica degli stili di vita.

Appare quindi indispensabile implementare un intervento integrato che tenga conto di queste considerazioni, oltre che dei diversi attori in gioco nella campagne preventive (Dipartimenti di prevenzione, strutture ospedaliere, medici di medicina generale, etc) realizzando una progettualità unitaria che permetta interventi di promozione fisica e alimentazione sana e prevenzione del tabagismo.

L'esperienza almeno in parte riproduce e sviluppa un modello già sperimentato (progetto di prevenzione cardiovascolare della Regione Veneto, Progetto Euroaction/Cardioaction) in continuità con il progetto di prevenzione primaria (Progetto CCM 2009 "Attivazione di un progetto di prevenzione cardiovascolare primaria su modello dei programmi di screening oncologico "IV screening")".

Il progetto prevede la collaborazione della regione Veneto ed Emilia Romagna, con il reclutamento di almeno 75 pazienti per UO Cardiologica.

Attualmente hanno aderito 2 UO Cardiologiche dell'ASL di Bologna e 8 U.O. Cardiologiche della regione Veneto appartenenti a 6 Aziende ULSS.

Dalla stipula dell'accordo di collaborazione con il Ministero della Salute ad ora, il Comitato Scientifico si è incontrato varie volte per definire ed implementare il protocollo. A partire dal mese di febbraio 2012 è iniziata la fase operativa del progetto con l'arruolamento dei primi pazienti.

Gli obiettivi specifici sono:

1. Produrre/implementare linee guida standardizzate per gli interventi di riabilitazione e prevenzione secondaria (sia fisica che psicologica) nei soggetti che hanno già avuto un primo episodio di cardiopatia ischemica o da scompenso cardiaco.

Indicatore di risultato: n° decessi entro 30 gg, 90 gg dall'ammissione del ricovero indice/n° totali ricoverati per IMA.

Risultato atteso: n.d. comparazione con dati di letteratura, statistiche locali e regionali e comparazione tra le diverse UO.

2. Favorire nei pazienti ricoverati per episodi di cardiopatia ischemica o di scompenso cardiaco interventi riabilitativi efficaci ed integrati con le successive fasi post-dimissione.

Indicatore di risultato: % pazienti con disabilità misurata secondo scale di valutazione esplicite alla dimissione, a 90 gg, a 1 anno.

Risultato atteso: n.d. comparazione con dati di letteratura, statistiche locali e regionali.

3. Ottimizzare gli interventi di assistenza e prevenzione secondaria dopo la dimissione.

Indicatore di risultato: % pazienti riammessi per tutte le cause entro 30 gg dalla dimissione per IMA

Risultato atteso: n.d. comparazione con dati di letteratura, statistiche locali e regionali.

4. Potenziare la formazione degli operatori e la comunicazione/integrazione fra territorio ed ospedale per una gestione ottimale del paziente.

Indicatore di risultato: qualità di vita e soddisfazione dei pazienti.

Risultato atteso: almeno il 50% dei pazienti si dichiara soddisfatto del programma

5. Valutare e monitorare l'intero processo.

Indicatore di risultato: estensione del programma.

Risultato atteso: 6 cardiologie della Regione Veneto e 2 dell'Emilia-Romagna.

Tempi : scadenza naturale del progetto 13/10/2012 salvo richiesta di proroga.

ATTIVITA' n. 5

Sviluppo di un modello interregionale di intervento per le emergenze in sanità pubblica, con particolare riferimento alle malattie infettive diffuse – Progetto CCM 2011

Il progetto è stato approvato dal Comitato Strategico del CCM nazionale dopo aver richiesto una rimodulazione del piano finanziario con nota prot. Ministero della Salute DGPREV n 24641-P-03.11.2011IIICMR è in attesa che il Ministero della Salute firmi l'Accordo di collaborazione per dare il via alla fase preparatoria del progetto.

L'obiettivo del Progetto è di assicurare con una risposta appropriata e tempestiva a un'eventuale caso di minaccia di sanità pubblica di dimensione regionale e/o interregionale con particolare riferimento alle malattie infettive.

Il progetto prevede una partnership tra la regione Veneto, la provincia Autonoma di Trento e la regione Autonoma del Friuli Venezia Giulia.

Indicatore di risultato: Formazione di un gruppo di esperti (modello unità di crisi – task force regionale) e codifica di una procedura di attivazione e operatività.

Risultato atteso: Atto formale di costituzione del gruppo e attivazione dello stesso.

Tempi: 24 mesi salvo proroga.

ATTIVITA' n. 6

Sostegno alle funzioni di interfaccia tra le regioni e le province autonome e il centro nazionale per la prevenzione ed il controllo delle malattie. Attivazione e funzionamento CCMR.

Il CCMR è stato istituito con DGR. 4181 del 30.12.2008 con funzioni di coordinamento dei soggetti e organi istituzionali che si occupano di temi di prevenzione e di monitoraggio dell'attuazione a livello aziendale dei Progetti nazionali.

Pertanto la mission del CCMR così descritta si concretizza nel supporto tecnico scientifico alle strutture regionali deputate alla gestione delle emergenze di Sanità Pubblica, alla Direzione Regionale della Prevenzione in ordine allo sviluppo del piano regionale attuativo del Piano Nazionale della prevenzione, nonché al coordinamento e monitoraggio dei progetti affidati dal CCM Nazionale alla Regione Veneto o alle Aziende Sanitarie del Veneto e attuazione dei programmi finanziati dal CCM nazionale e assegnati alla Direzione Prevenzione e al CCMR.

Per quanto riguarda l'attività n°6: Sostegno alle funzioni di interfaccia tra le regioni e le province autonome e il centro nazionale per la prevenzione ed il controllo delle malattie – CCMR gli indicatori sono: supporto tecnico scientifico alle strutture regionali deputate alla gestione delle emergenze di Sanità Pubblica, alla Direzione Regionale della Prevenzione in ordine allo sviluppo del piano regionale attuativo del Piano Nazionale della prevenzione, nonché al coordinamento e monitoraggio dei progetti affidati dal CCM Nazionale alla Regione Veneto o alle Aziende Sanitarie del Veneto e attuazione dei programmi finanziati dal CCM nazionale e assegnati alla Direzione Prevenzione e al CCMR.

Risultato Atteso: consolidamento a livello regionale del CCMR per tutti gli ambiti previsti alla sua Istituzione

Tempi : scadenza naturale del progetto 30/09/2012

Indicatore di risultato: attivazione del P-CCMR

Risultato atteso: funzionamento e utilizzo del P-CCMR da parte degli utenti.

Tempi: installazione e funzionalità entro il 31/08/2012.

Nel corso del 2012, dal mese di febbraio a settembre, si svolgerà un corso di formazione che vede la partnership del CCMR con il Servizio Promozione e Sviluppo Igiene e Sanità Pubblica –Direzione Prevenzione della Regione Veneto diretto a tutte le Aziende ULSS del Veneto per la costituzione di un "Piano per la preparazione e la risposta ad emergenze di Sanità Pubblica con particolare riferimento alle emergenze *infettive*.

Tale corso suddiviso in due edizioni toccherà vari argomenti come la sorveglianza, la comunicazione, l'organizzazione delle reti delle emergenze, gli strumenti della valutazione, l'unità di crisi (CESP e punti di contatto). Inoltre alla fine del corso di formazione si terranno delle esercitazioni pratiche sul campo.

Obiettivo generale: costituire un modello strutturato di rete regionale per la gestione delle emergenze.

Indicatore di risultato: Costituzione di una rete aziendale multidisciplinare per fronteggiare le emergenze di sanità pubblica con particolare riferimento a quelle di natura infettiva

Risultato atteso: 90% delle Aziende ULSS costituiscono la rete aziendale multidisciplinare.

STRUTTURA: CREMPE - COORDINAMENTO REGIONALE PER IL MANAGEMENT E LA PROGETTAZIONE EUROPEA**PIANO DI ATTIVITA' ANNO 2012**

Conformemente alle finalità indicate dalla D.g.r. n. 758 del 07 giugno 2011, le attività previste per il 2012 saranno inerenti a tre aree: A) attività formativa, B) assistenza alla Regione Veneto ed alle Aziende nella progettazione europea, C) gestione diretta di progetti europei con precedenti contratti della Regione Veneto, D) gestione diretta di ulteriori progetti con precedenti contratti della Regione Veneto .

ATTIVITA' n. 1 – Attività Formativa

Il CREMPE supporterà le ULSS e aziende ospedaliere che hanno attualmente progetti europei in corso tramite organizzazione di specifici percorsi formativi rivolti al personale ULSS coinvolto nella progettazione, implementazione, valutazione di progetti in ambito europeo. Queste aziende hanno avuto l'assegnazione dei progetti europei sulla base di d.g.r., ma il cui contratto originario è con la Regione Veneto.

I percorsi formativi verteranno sui seguenti argomenti:

- Corretta gestione amministrativo-procedurale dei rapporti contrattuali con la Commissione Europea e/o partner internazionali di progetto;
- Budgetizzazione dei costi di progetto in conformità alle regole stabilite dai diversi programmi europei;
- Gestione operativa delle attività di progetto;
- Coordinamento dei partner di progetto;
- Pianificazione delle spese e rendicontazione;
- Preparazione e gestione di eventuali valutazioni esterne e/o audit finanziari.

Parametro di riferimento: numero di percorsi di formazione organizzati

Risultato Atteso: 12-20 incontri

Tempi: Gennaio 2012 – Dicembre 2012

ATTIVITA' n. 2 – Assistenza alla Regione Veneto ed alle aziende nella progettazione europea

Attività previste:

- Assistenza in specifici progetti
- Produzione di report e/o comunicazioni alla Regione relativamente al monitoraggio dei progetti in corso

Il CREMPE provvederà ad assistere e fornire consulenza alla Regione Veneto ed alle sue Aziende ULSS ed Ospedaliere per le attività inerenti alla progettazione europea in ambito socio – sanitario. Le aree previste per l'assistenza e consulenza alla Regione Veneto sono le stesse menzionate nella sezione “Attività Formativa” prevista per le ULSS.

Il CREMPE svolgerà inoltre un ruolo di monitoraggio, raccogliendo e trasmettendo tempestivamente alla Segreteria Regionale per la Sanità tutti gli elementi ed i dati necessari ad un monitoraggio completo ed accurato dei progetti in corso di attuazione.

Parametro di riferimento: numero di progetti monitorati e presentati

Risultato Atteso: 7-10 progetti monitorati + 3-5 presentati

Tempi: Gennaio 2012 – Dicembre 2012

ATTIVITA' n. 3 – Gestione di progetti europei con precedenti contratti della Regione Veneto

In via straordinaria, il CREMPE continuerà ad assicurare la gestione delle attività relative ai seguenti progetti europei in considerazione della assunzione originaria di responsabilità della Regione con la Commissione Europea:

1. SIALON II. Capacity building in combining targeted prevention with meaningful HIV surveillance among MSM – SIALON II

Scheda di progetto

Programma di riferimento: Programma di Salute Pubblica 2008 – 2013

Grant Agreement: Contratto n. 2010 12 11

Durata: 01/11/2011 – 31/10/2014 (36 mesi)

Partner principale: Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona (Italia)

2. Crossing Bridges. Developing methodologies and building capacity to advance the implementation of HiAP and achieve health equity – CROSSING BRIDGESScheda di progetto

Programma di riferimento: Programma di Salute Pubblica 2008 – 2013

Grant Agreement: Contratto n. 2009 12 23

Durata: 01/01/2011 – 30/06/2011 (18 mesi)

Partner principale: EuroHealthNet (Belgio)

3. European Regions Enforcing Actions against Suicide - EUREGENASScheda di progetto

Programma di riferimento: Programma di Salute Pubblica 2008 – 2013

Grant Agreement: Contratto n. 2010 12 03

Durata: 36 mesi dalla firma del Grant Agreement

Partner principale: Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona (Italia)

4. Joint Action on Health Inequalities – EQUITY ACTIONScheda di progetto

Programma di riferimento: Programma di Salute Pubblica 2008 – 2013

Grant Agreement: Contratto n. 2010 22 03

Durata: 15/01/2011 – 14/01/2014 (36 mesi)

Partner principale: National Heart Forum, Health Action Partnership International (HAPI) (Regno Unito)

5. Hospital Network for Care Across Borders– HoNCABScheda di progetto

Programma di riferimento: Programma di Salute Pubblica 2008 – 2013

Grant Agreement: Contratto n. 2011 13 01

Durata: 30 mesi dalla firma del Grant Agreement

Partner principale: Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona (Italia)

Parametro di riferimento: per i progetti SIALON II, EUREGENAS, CROSSING BRIDGES, EQUITY ACTION il riferimento è agli indicatori specifici di progetto per il monitoraggio delle attività. Per CROSSING BRIDGES sarà anche curata la preparazione dei report finali, sia finanziari che tecnici. Per HoNCAB il parametro è la firma del Grant Agreement con la Commissione e l'espletamento delle attività preliminari per l'attivazione del progetto.

Risultato Atteso: completamento attività previste per il periodo fino al 31/12/2012

Tempi: Gennaio 2012 – Dicembre 2012