



ALLEGATO A alla Dgr n. 2359 del 16 dicembre 2013

pag. 1/60

PIANI DI ATTIVITA' 2013 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. 10
- 3) **COORDINAMENTO CONTROLLI SANITARI APPROPRIATEZZA
LISTE DI ATTESA E SICUREZZA DEL PAZIENTE** pag. 13
- 4) **CRAT - COORDINAMENTO REGIONALE PER LE ATTIVITA'
TRASFUSIONALI** pag. 19
- 5) **SER - SISTEMA EPIDEMIOLOGICO REGIONALE** pag. 24
- 6) **RVDT - REGISTRO VENETO DIALISI E TRAPIANTO** pag. 30
- 7) **RTV - REGISTRO TUMORI DEL VENETO** pag. 31
- 8) **REGISTRO NORD EST ITALIA DELLE MALFORMAZIONI CONGENITE** pag. 39
- 9) **REGISTRO REGIONALE VENETO DEI CASI DI MESOTELIOMA
ASBESTO CORRELATI** pag. 40
- 10) **COORDINAMENTO REGIONALE SUL FARMACO** pag. 44
- 11) **CREU - COORDINAMENTO REGIONALE EMERGENZA URGENZA** pag. 51
- 12) **CCMR - COORDINAMENTO REGIONALE PER LA PREVENZIONE
ED IL CONTROLLO MALATTIE** pag. 52
- 13) **CREMPE - COORDINAMENTO REGIONALE PER IL
MANAGEMENT E LA PROGETTAZIONE EUROPEA** pag. 58

STRUTTURA: CRT - COORDINAMENTO REGIONALE PER TRAPIANTI**PIANO DI ATTIVITA' ANNO 2013****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 della 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 Ospedalieri (CO) per i processi di donazione**

Il CRT svolge un ruolo di supervisione su tutti gli accertamenti di morte con criteri neurologici. In particolare i CO devono comunicazione 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 CO fanno riferimento al CRT anche per la risoluzione di problematiche organizzative, quali ad esempio trasporti.

Indicatore: reperibilità regionale h24/365 giorni/a

Formula di calcolo: attivazione reperibilità regionale

Totale numero ACM

Risultato atteso: 100%

Tempi: ad ogni evento

* * * * *

Attività n. 5: **Incremento della donazione di rene da vivente**

L'abbattimento delle liste di attesa per i pazienti che necessitano di un trapianto di rene è stato lo scorso anno, nella Regione Veneto pari al 46,7% (627 erano i pazienti in lista, 293 pazienti trapiantati). Il programma volto ad incrementare nella nostra regione il trapianto di rene da donatore vivente è stato istituito con DGRV 4201 del 30/12/08, ed ha, ad oggi, ottenuto discreti risultati. Il Tavolo Tecnico regionale sull'argomento ritiene che questo risultato, ancorchè già buono, possa essere ulteriormente migliorato, allo scopo di dare maggiore soddisfacimento alle liste di attesa e, soprattutto di consentire il trattamento trapiantologico in particolare dei pazienti giovani prima che necessitino di trattamento dialitico (trapianto prehemptive). La stima di miglioramento su base triennale è di un aumento compreso fra il 30 e il 40% del livello attuale dei donatori viventi, corrispondenti a 30 trapianti in un triennio. Lo strumento con cui perseguire l'obiettivo è quello della formazione specifica del personale dei reparti di dialisi

Indicatore a)Formula di calcolo: pazienti inseriti in lista di attesa per trapianto

pazienti in dialisi fascia compresa 18 e 65 anni

Risultato atteso: 25%

Tempi: calcolo annuale

Indicatore b)Formula di calcolo: pazienti candidati al trapianto da donatore vivente

pazienti inseriti in lista

Risultato atteso: 15%

Tempi: calcolo annuale

* * * * *

Attività n. 6: **Attività di Commissione di Parte Terza**

Il Decreto 116 del 16 aprile 2010 che regola lo svolgimento delle attività di trapianto di organi da donatore vivente, prevede la nomina di una "Commissione terza" da parte dell'Azienda sede di Centro trapianto o del Centro Regionale, costituita da esperti estranei all'equipe trapiantologiche, avente il compito di verificare che i riceventi e i potenziali donatori abbiano agito secondo i principi del consenso informato, libero e consapevole, e l'esistenza di consanguineità o di legami di legge tra donatore e ricevente. Tale Commissione ha inoltre il compito di vigilare al fine di prevenire il rischio di commercializzazione di organi o di coercizione alla donazione, nel rispetto delle linee guida disposte dal Centro Nazionale Trapianti. Nel Veneto tale Commissione è istituita, fin dal 2004, presso il CRT, composta da uno psicologo, un medico legale e un bioeticista ed è operativa per i Centri di Trapianto della Regione Veneto e della Regione FVG.

Indicatore: attivazione della Commissione di Parte TerzaFormula di calcolo:
$$\frac{\text{n. di attivazioni}}{\text{n. proposte trapianto da vivente}}$$

Risultato atteso: 100%

Tempi: calcolo annuale

* * * * *

Attività n. 7: 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, anatomico 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.8: Attivazione lista unica: inserimento, mantenimento ed aggiornamento su supporto informatico (DONOR MANAGER) della lista d'attesa per trapianto d'organo nei centri trapianti veneti.

Nel primo semestre 2012 si è iniziato l'inserimento dei dati relativi alla lista d'attesa in Donor Manager (DM) in tutti i centri trapianto della Regione, con il supporto del CRT. Tale strumento informatico permette un controllo reciproco dell'avvenuto inserimento dei dati relativi al ricevente e della loro correttezza. Tali informazioni sono consultabili dal Centro Interregionale di Riferimento NITp e dal Centro Nazionale Trapianti (CNT) in occasione di una donazione, cui si aggiunge la possibilità di valutare i dati dell'inserimento in lista d'attesa, del follow-up e dell'avvenuto trapianto. Tale implementazione è in linea con il programma di gestione del rischio clinico nel processo di donazione e trapianto, che caratterizza la rete nazionale.

* * * * *

Attività n. 9: 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

TESSUTIAttività n. 10: **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. 11: **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:
$$\frac{\text{n. donatori procurati per tipologia di tessuto}}{\text{n. potenziali donatori per tipologia di tessuto}}$$

Risultato atteso: non inferiore a 5 punti percentuali vs 2012

Tempi: calcolo trimestrale

ATTIVITA' TRASVERSALIAttività n. 12: **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. 13: **Adeguamento del programma di Collaborazione tra Sistema Regionale Trapianti ed Enti Locali nella raccolta delle espressioni di volontà in merito alla donazione**

Il coinvolgimento dei Servizi Demografici dei Comuni nella raccolta delle espressioni di volontà alla donazione è un progetto regionale attivo fin dal 2008 per effetto della DGRV 2610 del 07/08/2007, che ha visto coinvolti i Comuni di Bassano del Grappa (VI), Belluno, Este (PD), Lendinara (RO), Lonigo (VI), Preganziol (TV), San Giovanni Lupatoto (VR), Scorzè (VE) e, più di recente, Mogliano Veneto, Zero Branco, Nervesa della Battaglia e Casier (TV). Per l'anno 2013 si prevede l'adeguamento di tale programma alla nuova procedura informatica proposta dal Centro Nazionale Trapianti, sulla base del Decreto Legge 26 febbraio 2010 n. 25 "Milleproroghe" e applicata in via sperimentale in Regione Umbria.

Indicatore

Formula di calcolo:
$$\frac{\text{n° Comuni in cui viene attivata la nuova procedura}}{\text{n° Comuni coinvolti nel programma di collaborazione}}$$

Risultato atteso: 80%

Tempi: annuale

* * * * *

Attività n. 14: **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. 15: **Verifica delle dichiarazioni di volontà alla donazione**

Verifica nel SIT (Sistema Informativo Nazionale), in tempo reale su richiesta dei CO, 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. 16: **attività di Educazione Terapeutica**

Il buon risultato del trapianto viene garantito non solo da una corretta allocazione dell'organo al paziente più adatto, ma anche dalla capacità dei pazienti e dei loro familiari di gestire il processo post trapianto, ivi compresa la corretta utilizzazione della terapia immunosoppressiva. A tale scopo l'Educazione Terapeutica dei pazienti trapiantati e dei loro carer/famigliari, può rappresentare una valida risorsa di cura, nella misura in cui è ipotizzabile per queste persone la progettazione e la realizzazione di specifici percorsi all'autogestione. Al fine di assicurarne l'uniformità e la coerenza con gli obiettivi di salute e sicurezza dei programmi trapiantologici regionali, le procedure di Educazione Terapeutica saranno progettate, coordinate e valutate sotto la guida di un apposito nucleo operativo del CRT composto da esperti in educazione terapeutica appositamente individuati, che dovrà anche occuparsi della formazione professionale delle equipe trapiantologiche alla corretta gestione delle suddette procedure di Educazione Terapeutica.

* * * * *

Attività n. 17: **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 anestesiolgiche, chirurgiche, igienistiche, 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. 18: **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. 19: **Progetti vari**

a) **PROGETTO IMMUNOGENETICA DEI TRAPIANTI:** attualmente ai sensi della DGRV 3948/2000 le attività di Immunogenetica legate ai trapianti di organi e necessarie per poter garantire una corretta e sicura allocazione degli organi vengono svolte dall'U.O. Immunologia dei trapianti dell'IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico di Milano. Tale attività è regolamentata da un apposito atto convenzionale. Poiché nel corso degli ultimi anni l'introduzione di nuove pratiche (trapianti AB0 incompatibile, trapianti da vivente e trapianti su pazienti iperimmunizzati), oltre all'aumento generale di attività, hanno prodotto una significativa crescita delle prestazioni effettuate dal predetto IRCCS a favore di Regione Veneto, prestazioni che sono passate solo nell'ultimo triennio dalle 10.747 complessive per l'anno 2010 alle 15.717 complessive dell'anno 2012, appare opportuno impostare una progettualità che preveda la realizzazione, all'interno dell'Azienda Ospedaliera di Padova, nella quale sono individuabili le necessarie competenze professionali, di uno specifico laboratorio di Immunogenetica dei trapianti. Tale progettualità sarà realizzata con la collaborazione della Direzione dell'Azienda Ospedaliera di Padova e del Dipartimento Immunotrasfusionale della stessa.

b) **PROGETTO RAZIONALIZZAZIONE DEI TRASPORTI AEREI PER ATTIVITA' TRAPIANTOLOGICHE:** l'attività di prelievo e trapianto di organi richiede talora, per la ristrettezza dei tempi tecnici a disposizione, l'utilizzo del mezzo aereo per poter garantire il trasporto delle équipes e degli organi prelevati dalla sede di prelievo alla sede di trapianto, qualora la distanza tra le due sia tale da rendere impossibile la garanzia del rispetto temporale mediante l'utilizzo del mezzo terrestre. Nel corso degli ultimi

anni, l'attivazione del mezzo aereo, che avviene ai sensi di delibera regionale da parte della Centrale Operativa 118 competente per l'Ospedale che richiede l'attivazione del volo, si è attestata su un valore mediano di circa 40 attivazioni per anno per i due poli ospedalieri di Padova e Verona (Treviso e Vicenza, in cui sono in attività solo programmi di trapianto di rene da adulto, normalmente non presentano questa necessità). Si rende ora necessario stabilizzare mediante una apposita gara regionale da effettuarsi in collaborazione con il Cras le procedure per l'acquisizione dei servizi aerei qualora essi siano necessari.

c) **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, ha predisposto 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 ha realizzato delle brochure nelle quali sono stati riportati i passaggi fondamentali di tutto il processo di donazione-trapianto. L'obiettivo per l'anno in corso è quello di mantenere la sistematica revisione dei materiali predisposti.

d) **PROGETTO SICUREZZA/QUALITÀ**: nello scorso anno il CRT ha predisposto le Istruzioni Operative correlate al rischio clinico in ambito trapiantologico. Per il 2013 si prevede la costante revisione delle suddette. Inoltre, in collaborazione con il CCM nazionale è previsto un approfondimento sulla tematica delle infezioni da parte di batteri multiresistenti nei pazienti trapiantati.

e) **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.

f) **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 ATTIVITÀ ANNO: 2013

ATTIVITÀ n. 1

MORTE IMPROVVISA GIOVANILE E PREVENZIONE

Studio anatomo-patologico di giovani (<40 anni) deceduti improvvisamente, con applicazione anche di tecniche di biologia molecolare. Screening clinico e genetico-molecolare dei famigliari di 1° grado.

Indicatore: Studio di 30 nuovi casi (attualmente inseriti nel Registro 605 casi).

Risultato atteso: Perfezionamento diagnostico, prevenzione della morte improvvisa, pubblicazione di lavori originali e di un Testo-Atlante in lingua Inglese, presentazione a Congressi.

Tempi: Gennaio-Dicembre 2013

ATTIVITÀ n. 2

MORTE IMPROVVISA INFANTILE E MORTE INASPETTATA NEL FETO

Avvio della rete nella Regione Veneto per lo studio della morte improvvisa in culla (SIDS) e nel feto (SIUD), con la Patologia Cardiovascolare dell'Azienda Ospedaliera di Padova quale Centro di riferimento regionale e sede del Registro, Delibera Giunta Regionale 2218/2011.

Indicatore: 40 autopsie feti, 5 autopsie morti in culla (nel 2012 23 feti, 3 SIDS).

Risultato atteso: Diffusione del protocollo di studio, attivazione della Rete, verifica primi risultati.

Tempi: Gennaio-Dicembre 2013

ATTIVITÀ n. 3

PROTESI VALVOLARI

Studio anatomo-patologico di protesi biologiche cardiache, espantate per disfunzione nell'uomo, incluse protesi valvolari con impianto transcateretere e sutureless, e in modelli sperimentali animali con homografts decellularizzati.

Indicatore: Studio di nuovi 20 casi (raccolte attualmente nel Registro 1271 protesi).

Risultato atteso: Comprensione dei meccanismi di disfunzione e delle complicanze. Efficacia dei trattamenti anticalcificanti e della ripopolazione cellulare. Pubblicazioni, presentazione a Congressi.

Tempi: Gennaio-Dicembre 2013

ATTIVITÀ n. 4

TUMORI CARDIACI

Diagnosi istopatologica, immunoistochimica ed ultrastrutturale di tumori cardiaci asportati chirurgicamente e diagnosi differenziale fra neoplasie primitive e secondarie e con altre masse cardiache. Ruolo di "second opinion" per la Cardiochirurgia del Veneto.

Indicatore: Studio di 10 nuovi casi (attualmente raccolti 274 casi).

Risultato atteso: Pubblicazione monografia in lingua inglese dell'esperienza del Registro.

Tempi: Gennaio-Dicembre 2013

ATTIVITÀ n. 5

BIOPSIE ENDOMIocardICHE

Studio istologico, immunoistochimico e ultrastrutturale su frammenti biopsici endomiocardici prelevati tramite biotomo transvenoso, provenienti dalle sale emodinamiche degli Ospedali del Veneto in pazienti con scompenso cardiaco non ischemico o aritmie.

Indicatore: 80 nuovi casi (raccolti finora oltre 2500 casi, di cui 93 nel 2012).

Risultato atteso: Diagnosi di cardiomiopatia infiammatoria, infiltrativa o da accumulo ai fini diagnostici/prognostici/terapeutici, incluse indicazioni al trapianto cardiaco. Pubblicazioni e presentazione risultati a Congressi.

Tempi: Gennaio-Dicembre 2013

ATTIVITÀ n. 6**CARDIOPATIE CONGENITE**

Raccolta di esemplari anatomici di cardiopatie congenite, sia da decessi in storia naturale che dopo intervento chirurgico correttivo, e correlazioni anatomo-cliniche.

Indicatore: 10 nuovi esemplari (attualmente la collezione comprende 1554 casi).

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

Tempi: Gennaio-Dicembre 2013

ATTIVITÀ n. 7**TRAPIANTO DI CUORE**

Studio della patologia nativa, nei cuori prelevati all'atto del trapianto, e biopsie endomiocardiche per monitoraggio di rigetto cellulare – umorale, quest'ultimo anche asintomatico attraverso due indicatori biologici tissutali e umorali indagati retrospettivamente su 2000 casi).

Indicatore: 20 nuovi cuori da trapianto (attualmente archiviati 780 cuori, di cui 21 nel 2012) e 300 biopsie endomiocardiche (attualmente effettuate oltre 7000, di cui 372 nel 2012), con 40 nuovi casi di rigetto umorale asintomatico.

Risultato Atteso: Aumento della conoscenza e diagnosi precoce di rigetto/infezione per tempestivo trattamento e prevenzione di complicanze fatali. Pubblicazioni e presentazione a Congressi.

Tempi: Gennaio-Dicembre 2013

ATTIVITÀ n. 8**RICERCA**

Cardiomiopatia aritmogena: ricerca traslazionale su modelli animali transgenici e colture di cardiomiociti derivati da fibroblasti cutanei umani (iPSC) per lo studio dei canali ionici e della instabilità elettrica precedente alle anomalie strutturali tipiche della malattia; screening genetico in pazienti con cardiomiopatia aritmogena tramite Next Generation Sequencing (NGS), tecnologia che permette il sequenziamento dell'intero genoma nonché l'analisi di espressione genica.

Indicatore: Pubblicazioni su riviste internazionali e presentazione a Congressi.

Risultato atteso: Comprensione dei meccanismi biologici e delle disfunzioni elettriche nella cardiomiopatia aritmogena.

Tempi: Gennaio-Dicembre 2013

ATTIVITÀ n. 9**FORMAZIONE**

- Master di Patologia Cardiovascolare per formazione Dirigenti Medici del Servizio Sanitario Nazionale della Regione Veneto
- Organizzazione Seminario "L'Anatomia per l'Aritmologo: Fibrillazione atriale" (2 Febbraio 2013)
- Organizzazione del Corso di Aggiornamento in Cardiologia Pediatrica "Sudden IntraUterine Death e Patologia dell'arco aortico" (27-28 Marzo 2013)
- Organizzazione di Seminario su Cardiopatie Congenite, con dimostrazione anatomica: difetti settali, trasposizione completa e corretta delle grandi arterie (15 Marzo e 19 Aprile 2013)
- Organizzazione del Forum di Elettrofisiologia "Anatomia elettrofisiologica dell'auricola sinistra" (3 Maggio 2013)
- Organizzazione del Corso Biennale "The adult patient with congenital heart disease" (17 Maggio 2013)
- Organizzazione di un Meeting su "Attualità sul Trapianto di cuore" (7 Giugno 2013)

Indicatore: Crediti formativi con ECM Regionale

Risultato atteso:

- Diplomi Master (n. 5)
- 1000 crediti ECM

Tempi: Gennaio-Dicembre 2013

ATTIVITA' n. 10

INTERNAZIONALIZZAZIONE

- Letture di docenti stranieri ad invito
- Organizzazione Workshop su cardiomiopatia aritmogena (data da definirsi)
- Invio di giovani dottorandi all'estero

Indicatore: 5 Letture

Risultato atteso: Visibilità internazionale del Registro

Tempi: Febbraio-Dicembre 2013

STRUTTURA: COORDINAMENTO CONTROLLI SANITARI APPROPRIATEZZA LISTE DI ATTESA E SICUREZZA DEL PAZIENTE**PIANO DI ATTIVITA' ANNO: 2013**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) e alla risoluzione dei contenziosi irrisolti a livello locale

Tale attività comporta l'organizzazione e la realizzazione di incontri 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.

Materiali e Costi: per la realizzazione degli incontri si utilizza un supporto informatico già in uso al Coordinamento. Viene poi generalmente distribuito materiale cartaceo (fotocopie, stampe). Non ci sono costi legati a nuovi acquisti ma solo la manutenzione dei pc utilizzati per registrare i verbali e tutto il materiale informatico prodotto negli incontri.

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: indicativamente 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.

Materiali e Costi: in caso di verifiche sul campo, utilizzo di automezzo regionale o di mezzo pubblico (treno); supporti informatici già in uso

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

Risultato Atteso: indicazioni ai NAC per la messa in atto delle azioni correttive da parte delle Aziende

Tempi: trasmissione criticità irrisolte al NRC/Coordinamento Regionale entro 3 mesi dalla segnalazione

ATTIVITA' n. 3

Miglioramento della compilazione della scheda di dimissione ospedaliera

Descrizione attività

Con la DGR n° 2715 del 24/12/2012, è stata approvata la revisione delle Linee Guida di codifica della Scheda di dimissione ospedaliera, valevole a far data dal 1° gennaio 2013. 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.

Materiali e Costi: Utilizzo di strumenti informatici già in uso per ricevere i quesiti ed inviare le relative risposte. Convocazione del gruppo di lavoro "Linee Guida codifica": utilizzo di strumenti informatici già in uso e materiale bibliografico

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

Risultato Atteso: dare risposta ad almeno il 100% delle richieste di consulenza pervenute entro il 2013.

Tempi: rispondere a ciascun quesito entro e non oltre 2 mesi dalla data di ricevimento dello stesso.

ATTIVITA' n° 4

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.

Materiali e Costi: Utilizzo della posta elettronica per ricevere i quesiti ed inviare le relative risposte. Eventuale convocazione del NRC se necessario (supporto informatico già in uso, materiale cartaceo).

Parametro di riferimento: N° di risposte fornite ai NAC nel 2013 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. 5

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.

Materiali e Costi: nessun costo aggiuntivo

Parametro di riferimento: N° istruttorie prodotte su esplicita richiesta del NRC nel 2013

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. 6

Promozione/partecipazione a 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 promuovere corsi di formazione per gli operatori addetti ai controlli e per i soggetti a vario titolo coinvolti nella prescrizione/prenotazione/erogazione/rendicontazione delle prestazioni ambulatoriali, su specifiche tematiche quali:

- 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: 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)

Materiali e Costi: orientativamente 10.000 euro

Parametro di riferimento: n° eventi formativi nel 2013 (partecipazioni o promozioni)

Risultati attesi: partecipazione ad almeno 3 eventi formativi nel 2013

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

ATTIVITA' N. 7

Identificazione, gestione, partecipazione a gruppi tecnici di lavoro

Gruppo di lavoro sulle specifiche per i controlli della documentazione sanitaria di ricovero.

Attività di monitoraggio per 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.

Aree di intervento: psichiatria, cardiologia, neurologia, riabilitazione audiologica-foniatrica

Materiali e Costi: supporti informatici già in uso

Parametro di riferimento: N° documenti prodotti nel 2013

Risultati attesi: divulgazione documenti prodotti (Linee Guida, raccomandazioni)

Tempi: conclusione attività entro il 2013.

ATTIVITA' N° 8

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.

Materiali e Costi: supporti informatici già in uso, utilizzo talora di autovettura regionale, spese di missione
Parametro di riferimento: N° verifiche sul campo effettuate.

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

Tempi: entro il 31 dicembre 2013.

ATTIVITA' N° 9

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.

Materiali e Costi: supporti informatici già in uso, utilizzo talora di autovettura regionale e del regime della "missione

Parametro di riferimento: N° verifiche sul campo effettuate.

Risultato atteso: realizzare almeno 1 verifica sul campo per Azienda ULSS-Ospedaliera-IRCCS, sia autonomamente che a seguito di segnalazioni interne/esterne.

Tempi: entro il 31 dicembre 2013.

ATTIVITA' N° 10

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.

Materiali e Costi: supporti informatici già in uso

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° 11

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.

Materiali e Costi: ipotesi di spesa di circa 10.000 euro per un software già predisposto che potrebbe fornire anche questa funzione di "rendicontazione esiti controlli".

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 2013

ATTIVITA' N° 13

Organizzazione di un evento formativo

Organizzazione di un evento a livello nazionale in tema di rischio clinico e gestione del contenzioso

Tempi: entro il 2013.

ATTIVITA' N° 14

Report delle Raccomandazioni Ministeriali

Produzione di un report relativo all'adozione delle raccomandazioni ministeriali in tema di sicurezza del paziente e trasmissione a tutte le strutture sanitarie regionali.

Tempi: entro il 2013.

ATTIVITA' N° 15

Indagine conoscitiva relativa alla centralizzazione dei farmaci antitumorali

Avvio di un'indagine conoscitiva sulla gestione delle UFA a livello regionale in collaborazione con il Servizio Farmaceutico Regionale

Tempi: entro il 2013

ATTIVITA' N° 16

Adesione al progetto pilota "Sorveglianza della morte materna"

Adesione al progetto e coinvolgimento di tutte le aziende sanitarie regionali

Tempi: entro il 2013.

ATTIVITA' N° 17

Redazione di almeno un documento di indirizzo in tema di organizzazione dei servizi orientata alla sicurezza del paziente

Produzione e divulgazione di un documento di indirizzo con risvolti organizzativi a tutte le aziende sanitarie
Tempi: entro il 2013

ATTIVITA' N° 18

Redazione di un documento di indirizzo relativo alla corretta redazione della lettera di dimissione

Produzione del documento e divulgazione dello stesso a tutte le aziende sanitarie del Veneto
Tempi: entro il 2013

STRUTTURA: CRAT - COORDINAMENTO REGIONALE PER LE ATTIVITÀ TRASFUSIONALI**PIANO DI ATTIVITÀ ANNO 2013**

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.

ATTIVITÀ 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 (DIMT) della Regione del Veneto, e costantemente monitorato dal CRAT.

Indicatore **Volumi di cessione effettivi / Volumi di cessione programmati**

Risultato Atteso **>90%**

Tempi **31/12/2013**

ATTIVITÀ 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 DIMT 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 controllo dei consumi di emocomponenti labili in termini di appropriatezza.

Indicatore **Margine operativo (Raccolta - Trasmiso) sempre positivo nel corso dell'anno**

Risultato Atteso **SÌ**

Tempi **31/12/2013**

ATTIVITÀ 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 **31/12/2013**

ATTIVITÀ 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 **31/12/2013**

ATTIVITÀ 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 al tematica in esame.

Indicatore **Elaborazione Registro Sangue nei tempi posti dal livello nazionale**

Risultato Atteso **SI'**

Tempi **31/12/2013**

ATTIVITÀ 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 al tematica in esame.

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

Risultato Atteso **SI**

Tempi **31/12/2013**

ATTIVITÀ 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 previsto 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 al 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 **31/12/2013**

ATTIVITÀ n. 8

Analisi dei costi - Il 4° Piano Sangue Plasma Regionale, (Deliberazione del Consiglio n°18 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 **SÌ**

Tempi **31/12/2013**

ATTIVITÀ 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 CNS, 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 della 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 dei decreti attuativi (GU n. 147 del 26.06.12, Decreti Ministeriali 12 aprile 2012) è possibile avviare l'iter connesso sia alla revisione dell'organizzazione degli Accordi per la plasmaderivazione sia alla predisposizione di quanto necessario per addvenire alla pubblicazione del nuovo bando di gara su ambito europeo.

Indicatore **Presenza della convenzione dal 01/01/2014**

Risultato Atteso **SÌ**

Tempi **31/12/2013**

ATTIVITÀ 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 esplicitato 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 **SÌ**

Tempi **31/12/2013**

ATTIVITÀ 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 **SÌ**

Tempi **31/12/2013**

Tempi **31/12/2013**

ATTIVITÀ 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 del CRAT ha sempre ottemperato a quanto richiesto (Commissione Salute, Gruppo Tecnico Sangue della Commissione Salute, Consulta Tecnica permanente nazionale per il Servizio Trasfusionale).

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

Risultato Atteso **> 80%**

Tempi **31/12/2013**

STRUTTURA: SER - SISTEMA EPIDEMIOLOGICO REGIONALE**PIANO DI ATTIVITA' ANNO 2013****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; partecipazione al gruppo di lavoro interregionale sulla mortalità

Risultato Atteso

Archivio 2011: revisione tracciati record secondo le specifiche della nuova scheda di morte ISTAT adottata dal 2011; rilascio archivio consolidato anno 2011; avvio codifica e data entry archivio 2012.

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)

Pubblicazione report di aggiornamento al 2011 sulle principali cause di morte a livello di ULSS

Stesura proposta di regolamento del Registro Mortalità.

Realizzazione di iniziative di formazione e di divulgazione dei risultati sulla mortalità

Tempi

Rilascio archivi: marzo 2013 per il primo semestre 2011; ottobre 2013 per il consolidato 2011 e Maggio 2014 per i dati consolidati dell'anno 2012 e Dicembre 2014 per i dati provvisori 2013

Realizzazione Convegno di presentazione dei dati di mortalità regionali: marzo 2013.

Pubblicazione report 2007-2010: febbraio 2013; report di aggiornamento al 2011: dicembre 2013.

Stesura proposta di regolamento del Registro Mortalità: dicembre 2013.

ATTIVITA' n. 2 STESURA DELLA RELAZIONE SANITARIA REGIONALE 2013

Redazione della Relazione Socio Sanitaria Regionale 2013, in collaborazione con le direzioni regionali competenti.

Il SER si occuperà di convocare il tavolo di lavoro, richiedere la collaborazione delle direzioni, coordinare la raccolta dei materiali e organizzare gli stessi per la redazione del documento finale. Inoltre, il SER è responsabile della stesura diretta di alcuni paragrafi della relazione stessa, sia per l'edizione di giugno 2013 che di dicembre 2013.

Risultato Atteso

Relazione Socio Sanitaria 2013:

Prima fase: Dati consolidati 2011- 2012 (ove esistenti) - Dati provvisori 2012

Seconda fase: Aggiornamento dati 2012

Tempi

Prima fase: 30 giugno 2013; seconda fase: 31 dicembre 2013

ATTIVITA' n. 3 SVILUPPO E MANUTENZIONE ARCHIVI DEL SER*Descrizione attività*

Manutenzione e sviluppo del database del SER per la realizzazione delle attività di progetto

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), Pronto Soccorso, Cure domiciliari

Acquisizione dell'anagrafe sanitaria anonimizzata al 15/01 dell'anno, delle variazioni anagrafiche, dell'anagrafe dei MMG e PLS, delle forme associative

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

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 2013

Analisi di fattibilità per l'estrazione dei dati sullo stato in vita: settembre 2013

ATTIVITA' n. 4 OSPEDALIZZAZIONE

Descrizione attività

Collaborazione con il Coordinamento Controlli Sanitari, appropriatezza, liste d'attesa e sicurezza paziente per i controlli sulle SDO e per il monitoraggio dei percorsi e degli esiti dell'assistenza

Analisi dell'ospedalizzazione generale e per specifiche patologie a partire dai dati SDO, con particolare riferimento ai profili assistenziali per selezionate patologie neoplastiche (neoplasie di esofago e stomaco, colon-retto, polmone, mammella, prostata, rene, vescica, tiroide) e circolatorie (infarto del miocardio, scompenso cardiaco, ictus)

Analisi delle riospedalizzazioni nell'anziano

Analisi dei profili assistenziali e degli esiti di cura della frattura del collo del femore e della tempestività operatoria

Risultato Atteso

Analisi dell'ospedalizzazione per patologie tumorali e cardiovascolari e delle riospedalizzazioni

Aggiornamento al 2012 analisi su ospedalizzazione generale e mobilità presentate nel Documento a supporto del Piano Socio-Sanitario.

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

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

Tempi

Pubblicazione in newsletter: Settembre 2013

Pubblicazione report su ospedalizzazione per patologie selezionate: settembre 2013.

Pubblicazione report sull'ospedalizzazione generale aggiornato al 2012: dicembre 2013

ATTIVITA' n. 5 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 Registro Tumori del Veneto

Risultato Atteso

Analisi dell'ospedalizzazione generale e della mobilità nei soggetti affetti da patologie neoplastiche.

Analisi della mortalità per neoplasie del grosso intestino, con particolare riferimento all'attivazione dei programmi di screening nelle diverse ULSS

Analisi dei reinterventi dopo chirurgia conservativa nel K mammella

Aggiornamento al 2012 della sorveglianza del ricorso alle prestazioni diagnostiche per il cancro della prostata (PSA, ecografia transrettale, biopsia prostatica) ed ai trattamenti chirurgici radicali

Analisi delle prestazioni ambulatoriali specificamente correlabili alle patologie neoplastiche (radioterapia, chemioterapia, PET)

Analisi delle chemioterapie per pazienti non ematologici erogate nel periodo di fine vita, in collaborazione con il Servizio Farmaceutico ed il Coordinamento per le Cure Palliative e la Lotta contro il dolore
Studio di fattibilità epidemiologica, tecnica ed organizzativa di una sorveglianza clinica dei tumori maligni della tiroide, con dati su citologia preoperatoria, indicazione all'intervento, morfologia, diametro e stadio della neoplasia

Tempi

Analisi della mortalità per neoplasie del grosso intestino: settembre 2013.

Analisi dei reinterventi dopo chirurgia conservativa nel K mammella: settembre 2013

Analisi ospedalizzazione generale nei soggetti affetti da patologie neoplastiche: settembre 2013.

Analisi delle prestazioni ambulatoriali correlabili a patologie neoplastiche: dicembre 2013

Analisi delle prestazioni diagnostiche e dei trattamenti chirurgici per tumore della prostata: dicembre 2013.

Analisi delle chemioterapie erogate nel periodo di fine vita: dicembre 2013

Pubblicazione in newsletter: Dicembre 2013

ATTIVITA' n. 6 MALATTIE CARDIOVASCOLARI E CEREBROVASCOLARI*Descrizione attività*

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. Conclusione raccolta dati, controlli di completezza e qualità dei dati, analisi e produzione reportistica

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

Risultato Atteso

Analisi dei dati raccolti nell'ambito della Ricerca Sanitaria Finalizzata: produzione reportistica finale con risultati a livello regionale e ritorno informativo ai singoli centri partecipanti alla ricerca.

Produzione di monografia SER su Ictus a partire dai dati della ricerca e da dati amministrativi.

Stesura di un articolo per eventuale pubblicazione: "Stroke Unit in Veneto: caratteristiche organizzative e casistica trattata"

Tempi

Report progetto rete ictus e ritorno informativo ai centri: marzo 2013

Pubblicazione in newsletter: Giugno 2013; Monografia ictus: settembre 2013

ATTIVITA' n. 7 INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA*Descrizione attività*

Monitoraggio e controllo delle infezioni negli ospedali per acuti e nelle strutture residenziali, in collaborazione con il Coordinamento Controlli Sanitari, appropriatezza, liste d'attesa e sicurezza paziente

Risultato Atteso

In collaborazione con il Coordinamento Nazionale, analisi dei dati dello studio di prevalenza condotto negli ospedali per acuti nei mesi di ottobre-novembre 2012.

Supporto alle attività di sorveglianza sulle infezioni ed il corretto utilizzo degli antibiotici svolte dalle strutture residenziali nell'ambito del progetto HALT-2.

Analisi dei dati di ricovero per sepsi.

Tempi

Discussione con i CIO dei risultati dell'indagine di prevalenza negli ospedali per acuti: luglio 2013.

Discussione con i referenti delle strutture residenziali dei risultati del progetto di sorveglianza HALT-2: settembre 2013

Analisi dei dati di ricovero per sepsi: settembre 2013

ATTIVITA' n. 8 CURE PRIMARIE*Descrizione attività*

Progetto ACG: prosecuzione dell'attività di supporto tecnico al Gruppo di lavoro regionale (coordinamento: dott.ssa Corti) e coordinamento delle attività di elaborazione dei dati delle ULSS partecipanti al Progetto.

Coordinamento regionale del progetto AGENAS "Matrice"

Monitoraggio a livello regionale dell'implementazione del progetto diabete mellito mediante dati amministrativi, in collaborazione con l'Unità Complessa Cure Primarie

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

Questionario su conoscenze, atteggiamenti, competenze del MMG verso la presa in carico del paziente cronico

Risultato Atteso

Progetto ACG: stesura documentazione tecnica per il trattamento dei dati necessari al sistema ACG; analisi di validazione del sistema ACG; sviluppo di procedure di elaborazione statistica dei dati; collaborazione alla stesura di report e pubblicazioni; partecipazione al gruppo di lavoro ACG e alle iniziative di formazione e di divulgazione dei risultati.

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, basato sui dati amministrativi, in collaborazione con il Servizio Farmaceutico e l'Unità Complessa di Cure Primarie (prova pilota in collaborazione con l'Azienda ULSS 16)

Stima delle prevalenze delle principali malattie croniche e del numero di contatti con il MMG attraverso la rete dei MMG SIMG Milleinrete

Completamento dell'indagine "Conoscenze, atteggiamenti, competenze e risorse per la gestione del paziente cronico" effettuata mediante questionario sottoposto ai MMG di tutte le aziende ULSS del Veneto. Controlli di completezza e qualità dei dati; restituzione al Centro di Coordinamento della Medicina Convenzionata ed ad ogni azienda (responsabile per la formazione) di un quadro di sintesi dei principali risultati emersi, a livello aziendale e regionale

Tempi

ACG: presentazione del rapporto conclusivo del primo anno di attività e lancio del secondo: 11/4/2013

Produzione stima di prevalenza delle principali malattie croniche attraverso la rete dei MMG SIMG "Milleinrete": Giugno 2013

Produzione reportistica relativa al questionario sulla presa in carico del paziente cronico in MG: giugno 2013

Progetto Matrice: Seminario a Montebelluna P.no nel Dicembre 2013

Stesura del rapporto sul PDTA del diabete mellito: Dicembre 2013

Pubblicazione in newsletter Giugno 2013

ATTIVITA' n. 9 DETERMINANTI DI SALUTE SOCIO-ECONOMICI E FAMILIARI*Descrizione attività*

Partecipazione al Gruppo Interregionale sull'Equità in Sanità e Salute

Partecipazione al progetto CCM sui sistemi innovativi di monitoraggio dell'impatto dei fattori socio-economici sulla salute e sull'assistenza:

1. attività di coinvolgimento degli stakeholders aziendali e professionali
2. miglioramento del livello e della qualità di compilazione degli indicatori individuali di posizione socio-economica dei flussi amministrativi
3. sperimentazione dell'inserimento della sezione di censimento nell'anagrafe sanitaria, a partire da alcuni Comuni capoluogo

Risultato Atteso

Analisi dell'ospedalizzazione generale e della mortalità in soggetti con cittadinanza straniera.
Capitolo su ricoveri e mortalità nel nuovo Rapporto Veneto Immigrazione
Valutazione d'impatto del SES aggregato su indicatori di presa in carico dei pazienti diabetici a Padova
Analisi dell'impatto degli indicatori individuali di posizione socio-economica presenti nella SDO e in altri flussi amministrativi

Tempi

Capitolo su ricoveri e mortalità nel nuovo Rapporto Veneto Immigrazione: giugno 2013.
Pubblicazione in newsletter: dicembre 2013

ATTIVITA' n.10 CURE DOMICILIARI

Descrizione attività

Monitoraggio percorsi ed esiti delle Cure Domiciliari, in collaborazione con l'Azienda ULSS 4

Risultato Atteso

Presentazione del report "Le cure domiciliari nella Regione del Veneto – Anno 2011", in collaborazione con l'Azienda ULSS 4

Supporto al gruppo regionale (Servizio Informativo del Sistema Sanitario Regionale, ULSS 4) sull'implementazione del nuovo flusso informativo (DGR 2372 del 29/12/2011)

Partecipazione al tavolo di lavoro nazionale sul sistema informativo NSIAD (DM 17/12/2008); supporto per la definizione degli indicatori di monitoraggio della Griglia LEA

Tempi

Presentazione del Report sulle Cure Domiciliari: Giugno 2013
Pubblicazione in newsletter: dicembre 2013

ATTIVITA' n. 11 Utilizzo epidemiologico flussi di specialistica ambulatoriale e PS

Descrizione attività

Analisi descrittiva dell'attività ambulatoriale generale e per raggruppamenti, in collaborazione con il Referente Regionale

Analisi descrittiva dell'attività di Pronto Soccorso, in collaborazione con il Referente Regionale

Comparazione tra regioni dell'attività ambulatoriale (REMOLET), in collaborazione con il Referente Regionale

Tempi

Restituzione osservazioni sul report Remolet, condivise con il Referente Regionale (Marzo 2013)

ATTIVITA' n. 12 EPIDEMIOLOGIA AMBIENTALE E PROFESSIONALE

Descrizione attività

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

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

Risultato Atteso

Partecipazione alla Commissione Ambiente e Salute

Definizione di un percorso condiviso SER-RTV per la valutazione di cluster di eventi ambiente-correlati segnalati dai Dipartimenti di Prevenzione delle Azienda ULSS

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

Tempi

Seminario SER-RTV per la definizione di un percorso condiviso per la valutazione di cluster di eventi ambiente-correlati: Settembre 2013

Pubblicazione relazione annuale sulla mortalità estiva in Veneto: novembre 2013

ATTIVITA' n. 13 FORMAZIONE

Descrizione attività

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

Risultato Atteso

Convegno "Utilizzo dei dati epidemiologici per la sanità pubblica" ed ulteriori approfondimenti formativi all'utilizzo dei dati di mortalità in collaborazione con la Direzione della Prevenzione.

Tempi

Convegno sull'utilizzo dati di mortalità: Marzo 2013; ulteriori approfondimenti nel corso del 2013

Corso introduttivo all'approccio GIS in ambito sanitario in collaborazione con la Sezione Veneta dell'Associazione Italiana di Epidemiologia e con il Dip.to di Psichiatria dell'Università di Padova

ATTIVITA' n. 14 PUBBLICAZIONI DIVULGATIVE E SCIENTIFICHE

Descrizione attività

Aggiornamento del sito web

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

Risultato Atteso

Pubblicazione di monografie dedicate a: dati regionali di mortalità, ospedalizzazione, ictus, 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, relazioni a convegni, abstract di articoli scientifici sul sito web del SER.

Tempi

Pubblicazione di almeno 4 monografie specifiche entro dicembre 2013.

ATTIVITA' n. 15 NEWSLETTER SER E REGISTRI AFFERENTI

Descrizione attività

Costituzione di un archivio di indirizzi

Condivisione di un documento operativo con il Responsabili Scientifici di RTV e dei registri afferenti al SER

Tempi

Invio di 3 newsletter Giugno, Settembre e Dicembre 2013

STRUTTURA: RVDT - REGISTRO VENETO DIALISI E TRAPIANTO

PIANO DI ATTIVITA' ANNO 2013

ATTIVITA' n. 1

Attività del registro uremici cronici

- Raccolta ed elaborazione dati del 2012 e presentazione in formato elettronico al Congresso annuale della Società Triveneta di Nefrologia 2013
- Pubblicazione a stampa in italiano e in inglese del report anni 2008-2009-2010 -Risultato Atteso: raccolta 100% dati dei pazienti 2012 e pubblicazione del report 2008-2009-2010 -Materiali e costi : contratto con la software-house Sined e pubblicazione del report in inglese nel Journal of Nephrology presso la casa editrice Wichtig grazie ad avanzo di bilancio 2012 e pubblicazione in italiano a cura della regione. -Tempi entro l'anno 2013

ATTIVITA' n. 2

Attività della Sezione Registre Biopsie renali

- Raccolta ed elaborazione dati 2012 e presentazione in formato elettronico al Congresso annuale della Società Triveneta di Nefrologia del 2013
- Risultato Atteso : raccolta del 100% dei dati dei pazienti del 2012
- Materiali e costi : contratto con la software-house Sined
- Tempi : entro il 2013

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 2013
- Materiali e Costi :contratto con la software-house Sined

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'insufficienza renale terminale con necessità di dialisi e trapianto nella popolazione diabetica della regione.
- Materiali e Costi: collaborazione all'interno del SER e anonimizzazione dei dati RVDT da parte del Servizio Informatico Regionale
- Risultato Atteso: presentazione del progetto
- Tempi: entro 11/2013

ATTIVITA' n.5

Progetto AGENAS

- Definizione di un protocollo di record linkage tra il database delle SDO gestito dal SER e il database del RVDT allo scopo di stimare, su base regionale e poi nazionale, anche se in una popolazione selezionata di IRC, quale è quella dei dializzati, l'incidenza di alcune importanti complicanze (ad es. cardiovascolari).
- Materiali e Costi : collaborazione all'interno del SER e anonimizzazione dei dati RVDT da parte del Servizio Informatico Regionale.
- Risultato Atteso: presentazione del progetto

STRUTTURA: RTV - REGISTRO TUMORI DEL VENETO

PIANO DI ATTIVITA' ANNO 2013

ATTIVITA' n. 1

Registrazione dei casi di neoplasia nella popolazione veneta coperta dalla registrazione dei tumori.

1.a Definizione delle diagnosi di neoplasia incidenti nell'anno 2007 e 2008 nella popolazione coperta dalla registrazione dei tumori: 2.330.706 residenti, 49% della popolazione regionale

La procedura si articola nelle seguenti fasi:

- completamento della risoluzione manuale per i casi del 2007, per i quali non è stata assegnata la diagnosi automatica per incompletezza o discordanza delle fonti informatizzate, mediante ricerca attiva di ulteriori informazioni comprese cartelle cliniche, da parte del personale del Registro. Sono circa 13.000 soggetti per il 2007;
- individuazione delle fonti diagnostiche (SDO, referti anatomia patologica, schede di morte) del 2008 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 22.500 possibili incidenze per il 2008;
- 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 2008 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
- c) numero totale di casi incidenti nel 2007 registrati

Risultato atteso:

- a) almeno il 55% delle diagnosi effettuate nel 2008 definite dalla procedura automatica
- b) 100% dei casi diagnosticati nel 2007 rivisti singolarmente dagli operatori del Registro (circa 13.000 casi)
- c) attesi circa 18.000 casi incidenti nel 2007 registrati

Tempi: dicembre 2013

1.b Definizione delle diagnosi di neoplasia incidenti nel biennio 2008-2009 nella popolazione 0-19 anni nell'ULSS 16 di Padova (69.163 residenti)

Indicatore:

Numero di casi in età infantile e adolescenziale incidenti nel biennio 2008-2009 registrati

Risultato atteso:

Circa 30 casi in età infantile e adolescenziale incidenti nel biennio 2008-2009 registrati

Tempi: dicembre 2013

ATTIVITA' n. 2

Validazione delle fonti diagnostiche 2009 e aggiornamento dell'anagrafe sanitaria regionale e dell'archivio esenzioni ticket

Anagrafe sanitaria: completamento dell'aggiornamento a febbraio 2012

L'Anagrafe Sanitaria regionale al febbraio 2012, relativa agli assistibili attivi e cessati, viene confrontata e integrata con l'anagrafe storica assemblata dal Registro a partire dal 1995, producendo in un'unica anagrafe del Registro Tumori. Tale anagrafe viene utilizzata per l'aggiornamento della sopravvivenza dei casi registrati, per l'attribuzione della residenza ai casi da inserire nonché per validarne i dati anagrafici e i codici identificativi.

Esenzioni ticket per patologia neoplastica

Controllo sulla completezza degli archivi aggiornati al 2009 e linkage con l'anagrafe sanitaria.

Anatomia patologica: Controllo di completezza degli archivi 2009, 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 2009 e linkage con l'anagrafe sanitaria per entrambe le fonti.

Indicatore:

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

Risultato atteso:

circa 880.000 SDO, circa 490.000 referti di anatomia patologica, circa 44.000 schede di morte, circa 190.000 esenzioni ticket trattati e linkati

Tempi: Dicembre 2013

ATTIVITA' n. 3

Acquisizione delle fonti diagnostiche relative al biennio 2010-2011

Ricezione degli archivi delle Schede di Dimissione Ospedaliera regionali ed extra regionali correlate a patologia neoplastica, delle Schede di morte, degli archivi dei referti di Anatomia Patologica e delle segnalazioni di esenzione ticket per patologia neoplastica relativi al biennio 2010-2011.

Indicatore:

numero di records ricevuti per singola fonte (SDO, anatomia patologica, schede di morte, esenzioni ticket)

Risultato atteso:

circa 290.000 SDO, circa 900.000 referti di anatomia patologica, circa 90.000 schede di morte, circa 400.000 segnalazioni esenzione ticket ricevuti

Tempi: Dicembre 2013

ATTIVITA' n. 4

Acquisizione e trattamento dei referti dei Servizi di Anatomia Patologica dell'Azienda Ospedaliera di Padova, dell'Istituto Oncologico Veneto e dell'ULSS 16-Padova per il periodo 2006-2009

L'attività è finalizzata ad estendere la registrazione dei tumori nella popolazione della ULSS 16 – Padova (486.930 residenti al 31/12/2009) a partire dall'anno 2008.

L'attività si articola nelle seguenti fasi:

1. acquisizione dei referti di Anatomia Patologica con diagnosi codificata secondo nomenclatura SNOMED;
2. svolgimento controlli di completezza e qualità delle diagnosi codificate;
3. correzione e integrazione manuale degli errori e incompletezze riscontrate. Se il numero effettivo di rigetti dovesse superare sensibilmente l'atteso, si renderà necessario ricodificare in SNOMED buona parte dei referti; modalità e tempi andrebbero concordati coi Servizi fornitori dei dati e sarebbe probabile uno scostamento dai tempi di completamento attesi;
4. validazione dei dati anagrafici e dei codici identificativi e attribuzione della residenza mediante linkage dei referti con l'anagrafe sanitaria;
5. transcodifica delle diagnosi nelle classificazioni ICD-O e ICD9

Lo svolgimento dell'intera attività è naturalmente condizionata dall'effettiva acquisizione degli archivi.

Indicatori:

- a) numero di referti acquisiti e sottoposti a validazione;

- b) numero di referti rigettati e ricodificati;
- c) numero diagnosi di neoplasia maligna, in situ o a comportamento incerto linkate con anagrafe sanitaria e transcificate

Risultato atteso:

- a) circa 320.000 referti acquisiti e sottoposti a validazione (media annua 80.000);
- b) circa 3.200 referti rigettati e ricodificati (media annua 800);
- c) circa 30.000 diagnosi linkate con anagrafe sanitaria e transcificate (media annua 7.500)

Tempi: Dicembre 2013

ATTIVITA' n. 5

Acquisizione e trattamento dei referti dei Servizi di Anatomia Patologica dell'ULSS 7-Pieve di Soligo per il periodo 2005-2009

L'attività è finalizzata a valutare la fattibilità dell'estensione della registrazione dei tumori nella popolazione della ULSS 7 – Pieve di Soligo (218.849 residenti al 31/12/2009).

L'attività si articola nelle seguenti fasi:

1. acquisizione dei referti di Anatomia Patologica con diagnosi codificata secondo nomenclatura SNOMED;
2. svolgimento controlli di completezza e qualità delle diagnosi codificate.

Lo svolgimento delle fasi successive è condizionato al verificarsi di un numero di rigetti in linea con l'atteso.

1. correzione e integrazione manuale degli errori e incompletezze riscontrate;
2. validazione dei dati anagrafici e dei codici identificativi e attribuzione della residenza mediante linkage dei referti con l'anagrafe sanitaria;
3. transcifica delle diagnosi nelle classificazioni ICD-O e ICD9

Lo svolgimento dell'intera attività è naturalmente condizionata dall'effettiva acquisizione degli archivi.

Indicatori:

- a) numero di referti acquisiti e sottoposti a validazione;
- b) numero di referti rigettati e ricodificati;
- c) numero diagnosi di neoplasia maligna, in situ o a comportamento incerto linkate con anagrafe sanitaria e transcificate

Risultato atteso:

- a) circa 140.000 referti acquisiti e sottoposti a validazione (media annua 35.000);
- b) circa 1.400 referti rigettati e ricodificati (media annua 350);
- c) circa 12.600 diagnosi linkate con anagrafe sanitaria e transcificate (media annua 3.150)

Tempi: Dicembre 2013

ATTIVITA' n. 6

Preparazione fascicoli "Analisi dell'incidenza e mortalità dei tumori e andamenti temporali" per singola ASL

In collaborazione col SER - Registro di Mortalità Regionale. Con riferimento al periodo di disponibilità dei dati più recente, verranno presentati il numero medio annuo dei casi e dei decessi per neoplasia per sede, i tassi di incidenza e mortalità, l'andamento temporale della mortalità e dell'incidenza, il confronto col dato medio di registro (incidenza) o col dato regionale (mortalità), i dati di prevalenza, la stima dei casi incidenti al 2012.

Risultato atteso:

rilascio del fascicoli per le ASL 1-Belluno, 2-Feltre, 3-Bassano, 6-Vicenza, 9-Treviso e 12-Veneziana

Tempi: Dicembre 2013

ATTIVITA' n. 7

Produzione di Rapporti sull'epidemiologia dei tumori di singole sedi neoplastiche

In collaborazione col SER - Registro di Mortalità Regionale. Con riferimento al periodo di disponibilità dei dati più recente, verranno prodotti Rapporti con i dati di incidenza, sopravvivenza, prevalenza e mortalità nel Veneto per le seguenti sedi neoplastiche: polmone, colon - retto e mammella. Si prevede di pubblicare tali documenti sul sito del RTV (www.registrotumoriveneto.it).

Risultato atteso:

Pubblicazione sul sito RTV di Rapporti sui tumori del polmone, colon – retto e mammella.

Tempi: Dicembre 2013

ATTIVITÀ n. 8

Elaborazione di proiezioni dell'incidenza al 2015 per la popolazione veneta registrata

Le proiezioni dei tassi d'incidenza e del numero di casi incidenti al 2015 per le singole ULSS monitorate dal Registro verranno prodotte mediante modelli età-coorte-periodo o modelli età-periodo lineari limitatamente alle sedi principali.

L'attività si articola nelle seguenti fasi:

1. individuazione delle sedi da analizzare e dei relativi modelli statistici da applicare
2. produzione delle proiezioni
3. rilascio dei risultati

Risultato atteso:

rilascio proiezioni per le ASL 1-Belluno, 2-Feltre, 3-Bassano, 6-Vicenza, 8-Asolo, 9-Treviso, 12-Veneziana, 13-Mirano, 18-Rovigo, 19-Adria e 20-Verona

Tempi: Dicembre 2013

ATTIVITÀ n. 9

Studi collaborativi nazionali

9.a STUDIO ITALIANO SUI PROFILI DI TERAPIA E COSTO ASSOCIATI AI CASI PREVALENTI DI TUMORE

Centri partecipanti: Registro Tumori del Veneto (RTV); Istituto Superiore di Sanità (ISS), Roma; Istituto di Ricerche sulla Popolazione e le Politiche Sociali, CNR, Roma; Registro Tumori Toscana, Registro Tumori del Friuli Venezia Giulia; Registro Tumori di Napoli.

Lo studio si propone di sviluppare uno strumento per l'analisi e la pianificazione delle risorse sanitarie da destinare alla cura ed al trattamento dei pazienti di tumore, che sia generalizzabile a più sedi tumorali ed applicabile a diverse aree del paese e che possa servire, in ultimo, alle autorità sanitarie regionali per la valutazione della spesa corrente e a fini di previsione.

Risultato atteso:

record-linkage dei casi prevalenti di colon e retto e mammella al 1° gennaio 2006 con schede di dimissione ospedaliera relative al biennio 2005-2006.

Tempi: dicembre 2013

9.b STIMA DEI PAZIENTI GUARITI TRA LE PERSONE CHE VIVONO CON TUMORE

Centri partecipanti: Registro Tumori del Veneto (RTV); Istituto Superiore di Sanità (ISS), Roma; Registro Tumori del Friuli Venezia Giulia; Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica (ISPO); AIRTUM.

Lo studio si propone di stimare tre indicatori utili a definire il concetto di "paziente guarito" dopo una diagnosi di tumore:

- a) Gli anni dalla diagnosi necessari per la definizione di guarigione. Questo parametro verrà calcolato assumendo che i pazienti siano "guariti" quando la loro sopravvivenza relativa condizionata a 5 anni, calcolata per ogni successivo anno dalla diagnosi, supera il 95%;
- b) Il numero (e la percentuale sul totale) di pazienti prevalenti definiti "guariti". Questa stima si effettuerà contando i pazienti vivi dopo la soglia temporale stimata al punto precedente;
- c) Il numero (e la proporzione) dei casi totali "che non moriranno della malattia" tra tutti i pazienti che vivono con tumore.

Tali indicatori serviranno come base per stabilire delle priorità di sanità pubblica, distinguendo i pazienti con tumore che richiedono un follow-up attivo da quelli che si possono considerare guariti dal tumore. Potranno altresì fornire informazioni sulla valutazione a livello di popolazione dell'efficacia degli approcci diagnostici e terapeutici in Veneto.

Risultato atteso:

determinazione della stima degli anni dalla diagnosi per la definizione di guarigione, del numero e percentuale di pazienti prevalenti "guariti" e del numero e percentuale di casi che "non moriranno per tumore", per le principali sedi neoplastiche e per il totale neoplasie maligne

Tempi: dicembre 2013

ATTIVITA' n. 10

Sviluppo software gestionale per l'attività del Registro Tumori del Veneto

Si tratta principalmente di attività di adeguamento del software ad uso interno del Registro, connessa alle mutate esigenze del Registro e/o all'introduzione di strumenti tecnologici più efficienti e appropriati.

Si prevede di sviluppare i seguenti programmi:

RTV_UPDATE_CASE versione 2

Interfaccia per l'aggiornamento, inserimento e consultazione manuale delle informazioni relative ai casi registrati e soggetti trattati. Da sviluppare in linguaggio PHP e ambiente MYSQL.

RTV_ACR versione 2

Modulo per l'individuazione o la verifica nell'anagrafe sanitaria del comune di residenza di un soggetto in corrispondenza ad una data di evento. Da sviluppare in linguaggio e ambiente SAS 9.1.

Risultato atteso:

Rilascio dei programmi

Tempi: settembre 2013

ATTIVITÀ n. 11

Valutazione di strategie e strumenti per ridurre il carico di lavoro manuale nella registrazione dei casi di neoplasia

L'attività mira a valutare criteri ed eventualmente implementare strumenti software per aumentare il numero di casi definiti in modo automatico, al fine di accrescere l'efficienza e la tempestività del processo di registrazione.

Si prevede di effettuare le seguenti valutazioni:

11a. Utilizzo di classificatori probabilistici per definire automaticamente i casi da rivalutare per sospetto di secondo tumore.

L'analisi si articola nelle seguenti fasi:

1. determinazione delle variabili predittive e stima del classificatore per i casi con sospetto secondo tumore, valutati manualmente per il periodo d'incidenza 2000-2006;
2. determinazione delle curve di errore del classificatore mediante confronto tra l'esito della valutazione automatica rispetto a quella manuale.

Risultato atteso:

produzione delle curve di errore relative all'attribuzione della sede topografica, morfologia, base diagnostica, data d'incidenza

Tempi: Dicembre 2013

11b. Abbinamento delle diagnosi anatomo-patologiche negative per neoplasia ai soggetti segnalati come casi neoplastici in sede di dimissione ospedaliera, per l'esclusione automatica dei soggetti falsi positivi.

L'analisi si articola nelle seguenti fasi:

1. selezione dei referti anatomo-patologici con diagnosi codificata negativa per tumore maligno e determinazione delle variabili predittive e/o di stratificazione, per i casi segnalati come maligni solo da SDO e valutati manualmente per il periodo d'incidenza 2004-2006;
2. individuazione di algoritmo o stima del classificatore per l'esclusione automatica dei casi falsi positivi;

3. determinazione del tasso di errore dell'algoritmo/classificatore, mediante confronto tra l'esito della valutazione automatica rispetto a quella manuale.

Risultato atteso:

calcolo del tasso di errore commesso dall'algoritmo di esclusione automatica dei falsi positivi

Tempi: Dicembre 2013

ATTIVITÀ n. 12

Coordinamento e supporto tecnico dei programmi di screening

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

Attività RTV per il 2013:

- Coordinamento dei programmi di screening cervicale, 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 particolar modo, sviluppo degli indicatori relativi agli approfondimenti
- Formazione e assistenza utenti nell'utilizzo del software regionale
- Invio all'Osservatorio Nazionale Screening dei dati relativi alle attività svolte nel 2012 dai programmi di screening del Veneto
- Realizzazione della survey nazionale della attività di screening coloretale

Risultati attesi:

- produzione del rapporto regionale dello screening mammografico, cervicale e coloretale relativo all'anno 2011-12
- produzione di documenti di consenso da parte dei gruppi di lavoro regionali
- produzione ed invio all'Osservatorio Nazionale Screening delle schede con i dati di attività del 2012 di tutti i programmi di screening delle 21 Aziende ULSS del Veneto
- produzione del rapporto della survey nazionale della attività di screening coloretale relativo alle attività del 2011.

Tempi: Dicembre 2013

ATTIVITÀ n. 13

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 2013:

- 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: Casistica cito-istologica al microscopio multi teste con videoproiezione simultanea: citologia e core-biopsy (5 edizioni)
- corso: La comunicazione tra operatori e utenti nel 1° livello degli screening oncologici
- corso: La comunicazione della diagnosi per medici specialisti

Risultati attesi:

formazione di almeno 400 operatori tramite i corsi in programma

Tempi: Dicembre 2013

ATTIVITÀ n. 14

Introduzione dello screening cervicale con test HPV primario in Veneto

Centri partecipanti: RTV, Direzione Prevenzione Regionale, CED Regionale del Veneto, Responsabili e operatori dei programmi di screening delle ULSS del Veneto

A gennaio 2013 il Ministero per la Salute ha emanato un documento di indirizzo sull'utilizzo del test HPV come test primario nello screening cervicale. La Direzione Prevenzione regionale intende esplorare la fattibilità dell'introduzione della strategia con HPV primario nel Veneto e predisporre quanto necessario per l'attivazione della stessa da parte delle Aziende ULSS.

Attività RTV per il 2013:

- produzione di documentazione relativa a evidenze scientifiche, protocolli operativi, carichi di lavoro, costi, adeguamento software gestionale, definizione di un prototipo di evento formativo per gli operatori di screening, documento di revisione del materiale informativo in uso nei programmi pilota.

Risultati attesi:

produzione della documentazione di cui sopra

Tempi: Dicembre 2013

ATTIVITÀ n. 15

Rilevazione dei tumori di intervallo dei programmi di screening mammografico

Centri partecipanti: RTV, programmi di screening mammografico delle Aziende ULSS del Veneto

Attività 2013: identificazione dei tumori di intervallo diagnosticati entro il 31/12/2009 nelle donne che hanno effettuato lo screening mammografico nel biennio 2006-07, tramite incrocio tra gli archivi di screening 2006/07 e archivi delle SDO 2006/09 e successiva conferma dei casi sospetti a livello locale. Calcolo dell'incidenza proporzionale. Revisione delle mammografie di screening precedenti la diagnosi di cancro di intervallo.

Risultati attesi:

calcolo dell'incidenza proporzionale dei tumori di intervallo per almeno la metà dei programmi di screening del Veneto.

Tempi: Dicembre 2013

ATTIVITÀ n. 16

Progetti specifici:

16a. Programmi pilota di 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,

Attività 2013: 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.

Risultati attesi:

- numero di donne screenate con il test HPV dalle cinque Aziende ULSS nel 2013;
- produzione di un rapporto sulla valutazione dell'impatto dello screening con HPV sulle donne.

Tempi: Dicembre 2013

16b. Collaborazione con il SER in analisi dei percorsi assistenziali e di impatto dei programmi di screening

Centri partecipanti: RTV, SER

Attività RTV per il 2013: collaborazione con il SER per la realizzazione delle seguenti linee di analisi:

- mortalità per neoplasie del grosso intestino, con particolare riferimento all'attivazione dei programmi di screening nelle diverse ULSS
- reinterventi dopo chirurgia conservativa nel K mammella
- reinterventi dopo mastectomia e ricostruzione mammaria nel K mammella

Risultato atteso:

pubblicazione dei risultati in newsletter: Dicembre 2013

Tempi: Dicembre 2013

16c. Progetto CCM sull'individuazione delle disuguaglianze di salute e la creazione di modelli di sorveglianza e contrasto

Centri partecipanti: ULSS n. 20 Verona, ASL Bologna, Lazio Sanità - Agenzia di Sanità Pubblica Lazio , Regione Piemonte, Regione Marche

Nel 2012 il CCM, Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie, ha approvato un progetto multicentrico presentato dal Dipartimento di Prevenzione dell'ULSS 20 di Verona. Il progetto si propone di definire dei modelli operativi per il monitoraggio e il contrasto alle crescenti disuguaglianze in salute, soprattutto nell'ambito degli screening oncologici femminili, e con particolare attenzione a sottogruppi "hard to reach": donne immigrate, popolazione carceraria e comunità nomadi, più altri gruppi eventualmente individuati dalle regioni partner. Questo particolare interesse a ridurre le disuguaglianze di salute nasce anche dall'analisi dei dati del programma di screening cervicale di Verona, che mostra una maggiore frequenza di lesioni nelle donne straniere rispetto alle italiane. Per questo motivo le azioni del progetto sono volte a garantire l'equità nell'accesso a interventi preventivi di provata efficacia previsti dai LEA, a partire dagli screening oncologici femminili benchmark per un intervento globale sulla salute delle popolazioni marginalizzate

Risultato atteso:

produzione di un rapporto con la descrizione dei principali risultati

Tempi: Ottobre 2014, con rapporto del 1° semestre di attività per il Ministero a maggio 2013

STRUTTURA: REGISTRO NORD EST ITALIA DELLE MALFORMAZIONI CONGENITE

PIANO DI ATTIVITÀ: ANNO 2013.

**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 – marzo 2014

**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 – marzo 2014

**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

PIANO DI ATTIVITÀ ANNO 2013

ATTIVITÀ n. 1

**RICHIESTA E RECEZIONE DATI INFORMATIZZATI D'INTERESSE (SDO, MORTALITÀ)
VALUTAZIONE E ASSEGNAZIONE DELL'EVIDENZA DIAGNOSTICA NEI CASI SEGNALATI
DI MESOTELIOMA**

- a) Richiesta semestrale alle strutture regionali competenti perché forniscano al Registro dati sui ricoveri ospedalieri per mesotelioma e sui 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 Registro Nazionale dei mesoteliomi (ReNaM)

Indicatore: % SDO definite/ casi inviati per approfondimenti

Risultato Atteso: 80%

Tempi: Entro dicembre

ATTIVITÀ n. 2

**SEGNALAZIONE NUOVI CASI DI MESOTELIOMA AGLI SPISAL DELLE AULSS DEL
VENETO, RACCOLTA E VALUTAZIONE DEGLI APPROFONDIMENTI ANAMNESTICI
VALUTAZIONE E ASSEGNAZIONE DELLA PROBABILITÀ DI ESPOSIZIONE AD AMIANTO
NEI CASI DI MESOTELIOMA**

- 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 definiti dalle Linee Guida ReNaM, in collaborazione con i diversi SPISAL, per probabilità, circostanza di esposizione; se esposizione lavorativa, per settore lavorativo; mansione, azienda.

Indicatore: casi di mesotelioma certo approfonditi/casi identificati

Risultato Atteso: 70%

Tempi: Entro Dicembre

ATTIVITÀ n. 3

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

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 2012

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

ATTIVITÀ n. 4

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

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

ATTIVITÀ n. 5

TRASMISSIONE DIREZIONE PREVENZIONE E SPISAL DELLE AULSS DEL VENETO DI INFORMAZIONI SULLE DITTE CHE HANNO USATO AMIANTO O DIPENDENTI CON MESOTELIOMA

Trasmissione alla Direzione Prevenzione della Regione Veneto di dati derivanti dall'archivio informatizzato delle aziende note al Registro regionale veneto dei casi di mesotelioma per avere usato amianto o prodotti a base di amianto o associate a casi certi di mesotelioma insorti in residenti del Veneto, e conseguente trasmissione a ciascuno SPISAL della Regione Veneto.

Risultato Atteso: favorire l'attuazione della legislazione sull'amianto, dialogo con Direzione Prevenzione e SPISAL del Veneto

Tempi: Entro marzo

ATTIVITÀ n. 6

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

Raccolta di informazioni attraverso SPISAL (Libri matricola, altro), INPS (memorizzazione dei dipendenti), INAIL (domande e riconoscimenti per benefici previdenziali), Patronati di un archivio informatizzato relativo ai dipendenti di aziende del Veneto ad elevato rischio di tumori amianto-correlati, in particolare mesotelioma e tumori del polmone, tra i dipendenti.

Risultato Atteso: aggiornamento dell'archivio informatizzato di ex esposti ad amianto residenti in Veneto.

Tempi: Entro dicembre

ATTIVITÀ n. 7

AGGIORNAMENTO DEL FOLLOW-UP DEI SOGGETTI EX-ESPOSTI AD AMIANTO RESIDENTI IN VENETO E STIMA DEL RISCHIO DI MESOTELIOMA E TUMORE POLMONARE

Incrocio tra archivio degli ex-esposti ad amianto e fonti sanitarie (anagrafe regionale degli assistiti; mortalità regionale, ricoveri ospedalieri regionali, incidenza di tumore, archivi presenti presso il Registro Tumori del Veneto) con l'obiettivo di aggiornare il precedente follow-up al 2007 e aggiornare le stime sul rischio di mesotelioma e tumore del polmone.

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

Risultato Atteso: 80%

ATTIVITÀ n. 8

INVIO AGLI SPISAL DELLE AULSS DEL VENETO DELL'ELENCO NOMINATIVO DEI SOGGETTI RITENUTI EX ESPOSTI AD AMIANTO RESIDENTI NEL TERRITORIO DI COMPETENZA

Invio ad ogni SPISAL delle AULSS del Veneto di un database informatizzato contenente le informazioni relative agli ex esposti ad amianto residenti nel territorio di competenza, con

informazioni aggiornate sullo stato in vita, la residenza, i periodi di lavoro, l'informazione su incidenza per mesotelioma e tumore del polmone nel periodo di follow-up disponibile, al fine di favorire la sorveglianza sanitaria e il riconoscimento di malattia professionale.

Risultato Atteso: trasmissione effettuata

Tempi: Entro maggio

ATTIVITA' n. 9**INDIVIDUAZIONE CASI DI MESOTELIOMA SOTTOPOSTI AD INTERVENTI CHIRURGICI, RACCOLTA CAMPIONI DI TESSUTO POLMONARE, ANALISI DEL CONTENUTO IN FIBRE**

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

Invio di campioni di tessuto polmonare 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. 10**STUDIO DI COORTE SULLA MORTALITA' E INCIDENZA DI TUMORI NEGLI ADDETTI DELLA COMPAGNIA PORTUALE DI VENEZIA**

Effettuazione di uno studio di coorte valutazione della mortalità osservata rispetto all'atteso nazionale per la mortalità generale e per causa degli addetti della Compagnia Lavoratori Portuale di Venezia che sono stati al lavoro dal 1950 al 1980, in collaborazione con SPISAL AULSS 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. 11**EFFETTUAZIONE DI UNO STUDIO CASO-CONTROLLO SUL MESOTELIOMA TRA I RESIDENTI DELLA PROVINCIA DI PADOVA E VENEZIA NELL'AMBITO DEL PROGETTO NAZIONALE APPROVATO DAL CCM**

Il Ministero della Salute ha finanziato, attraverso il Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie (CCM) un progetto nazionale di ricerca, con capofila la Regione Piemonte, che coinvolge anche il Registro regionale del Veneto, per l'effettuazione di uno studio caso-controllo sul mesotelioma. Per quanto riguarda il Veneto, lo studio prevede, tra l'altro, di procedere ad interviste dirette a domicilio di un campione casuale di residenti delle provincie di Padova e Venezia. I dati raccolti dovranno confluire in un data set nazionale che permetterà di esprimere stime del rischio di mesotelioma sull'esposizione ad amianto.

Lo studio è finanziato con fondi vincolati per progettualità.

Indicatore: numero interviste/controlli

Risultato Atteso: 100% interviste effettuate

Tempi: Entro dicembre

ATTIVITA' n. 12

RISCHIO DI MESOTELIOMA E TUMORE DEL POLMONE DOPO LA CESSAZIONE DELL'ESPOSIZIONE AD AMIANTO

Sono in svolgimento due attività alle quali partecipa il Registro regionale veneto che hanno come obiettivo la valutazione dell'evoluzione del rischio neoplastico (per mesotelioma e tumore del polmone, principalmente) dopo la cessazione dell'esposizione ad amianto, essendo su questo aspetto le osservazioni epidemiologiche limitate.

Da un lato (parte A) è in completamento la valutazione degli effetti a lungo termine di un insieme di coorti messe in comune da ricercatori australiani ed italiani, valutazione che include diverse coorti del Veneto e le informazioni sui casi di mesotelioma.

Dall'altro (parte B) è stato avviato, nell'ambito dei progetti sollecitati dal Piano Nazionale Amianto, un progetto di studio italiano finanziato dal Ministero della Salute all'Istituto Superiore di Sanità, al qual si è aderito.

Lo studio è finanziato con fondi vincolati per progettualità.

Indicatore: testo finale (parte A). Firma dell'accordo di collaborazione (parte B)

Risultato Atteso: conclusione analisi (parte A). Procedure per follow-up avviate (parte B).

Tempi: Entro dicembre

STRUTTURA: COORDINAMENTO REGIONALE SUL FARMACO**PIANO DI ATTIVITA' – ANNO 2013**

Il Coordinamento Regionale Unico sul Farmaco è stato istituito con Delibera Regionale dell' 11 settembre 2012, n. 1820, come organismo essenziale per le attività programmatiche della Regione in materia di farmaci e più recentemente anche di dispositivi medici e ricopre un ruolo attivo all'interno del Servizio Farmaceutico Regionale della Direzione Attuazione Programmazione Sanitaria nell'espletamento di molte attività negli ambiti della farmaceutica, del dispositivo medico e dell'analisi dei flussi dati.

In particolare le aree di maggiore intervento sono:

- responsabilità e gestione della segreteria scientifica della Commissione Tecnica Regionale Farmaci e Commissione Tecnica Regionale dei Dispositivi Medici, dei gruppi di lavoro da esse attivati e coordinamento della rete regionale delle Commissioni Aziendali sui Dispositivi Medici;
- gestione e coordinamento di gruppi di lavoro attivati dalla Regione in materia di assistenza diabetica, assistenza integrativa regionale, celiachia e malattie rare; analisi epidemiologiche e gestione dei dati di spesa del sistema informatico Registro Malattie rare;
- supporto nella individuazione e rilascio delle autorizzazioni ai Centri autorizzati alla prescrizione di farmaci specialistici e/o per i quali la Regione ha attivato specifiche azioni di monitoraggio;
- monitoraggio degli utilizzi off label ai sensi della Legge n. 648/96 nelle ASL della Regione Veneto, monitoraggio e gestione dei dati di spesa derivante dall'utilizzo di farmaci fuori indicazione;
- gestione delle problematiche inerenti la farmaceutica territoriale, stesura di linee di indirizzo per applicazione della normativa statale e regionale in merito alle modalità di prescrizione di farmaci;
- monitoraggio del cruscotto flussi per farmaci, dispositivi medici e assistenza integrativa; analisi dei flussi per la corretta rendicontazione dei farmaci messi in mobilità sanitaria sia intra che extraregionale, monitoraggio degli adempimenti LEA (nazionali e regionali) e monitoraggio trimestrale degli obiettivi assegnati alle ASL del Veneto;
- attivazione di un monitoraggio dell'utilizzo e della conseguente spesa in materia di Assistenza Protetica;
- predisposizione amministrativa della fase istruttoria del Concorso pubblico regionale straordinario indetto per l'assegnazione delle sedi farmaceutiche (2012-2013) nella Regione.

Nell'ambito delle specifiche progettualità, finanziate con fondi AIFA per la farmacovigilanza 2008-2009 e di cui alla DGR del 6.09.2011 n. 1410, la Sezione di Venezia del Coordinamento Regionale Unico sul Farmaco coordina e monitora lo stato di avanzamento delle attività specifiche di progetto e ne gestisce la ripartizione dei fondi destinati in accordo con la Direzione Controlli e Governo SSR della Regione Veneto.

Si illustrano di seguito gli indicatori e i risultati attesi di tali progetti afferenti al Coordinamento Regionale Unico sul Farmaco per l'anno 2013.

PROGETTO REGIONALE (FONDI AIFA 2008-2009)	DURATA PROGETTO	INDICATORI	RISULTATI ATTESI
1. Centro Regionale di Farmacovigilanza	Pluriennale – attività continuativa	Superare le 300-400 segnalazioni per milione di abitanti sia complessivamente a livello regionale sia all'interno delle singole ASL	<ul style="list-style-type: none"> → Incremento del numero e della qualità delle segnalazioni spontanee, velocizzando anche la procedura di inserimento in Rete delle stesse; → Miglioramento della sorveglianza delle reazioni avverse da farmaci, aumentando la loro conoscenza e quindi il loro uso razionale.
2. Progetto Regionale per ridurre le reazioni avverse ai farmaci legate ad errori nei trattamenti farmacologici	Annuale	Riscontrare la percentuale di reazioni avverse considerate probabilmente evitabili, che si attestano circa intorno al 50%	<ul style="list-style-type: none"> → Riduzione delle patologie iatrogene, con conseguenti rilevanti diminuzioni dei costi sanitari; → Messa a punto di protocolli omogenei a livello regionale di rilevazione degli errori medici legati alle terapie farmacologiche; → Definizione di procedure operative standard da implementare nei diversi reparti per la corretta esecuzione delle terapie farmacologiche.
Interreg 1. Sorveglianza delle reazioni avverse da prodotti biologici e biosimilari	Biennale	Monitoraggio attivo sul numero di reazioni avverse associate a eritropoietina originator e biosimilare	<ul style="list-style-type: none"> → Valutazione del profilo di sicurezza dei farmaci ESA originator e ESA biosimilari in termini di incidenza cumulativa e di tasso di incidenza (casi/mesi - persona) di eventi avversi\ reazioni avverse in pazienti emodializzati; → Integrazione e completamento della piattaforma Vigiwork per la raccolta dati.
Interreg. 2. Sorveglianza sulle reazioni avverse da vaccino	Biennale	Incremento del numero di segnalazioni, espresso come numero di segnalazioni per pazienti vaccinati	<ul style="list-style-type: none"> → Aumento delle segnalazioni da vaccini; → Valutazione di altri indicatori relativi alla qualità delle segnalazioni: percentuale di reazioni gravi, la percentuale di reazioni non note, la percentuale di segnalazioni per nuovi vaccini e il grado di completezza delle schede.

PROGETTO REGIONALE (FONDI AIFA 2008-2009)	DURATA PROGETTO	INDICATORI	RISULTATI ATTESI
Interreg. 3. Il farmacista nella segnalazione delle reazioni avverse da farmaci da parte del cittadino	Annuale	Raggiungere in Veneto e nelle altre regioni partecipanti il 50% di risposta dei cittadini rispetto alle schede consegnate dai farmacisti	<ul style="list-style-type: none"> → Sensibilizzazione in diverse regioni italiane alle segnalazioni di ADR da parte dei cittadini; → Validazione della nuova bozza di scheda per i cittadini predisposta dall'aifa; → Valutazione della capacità dei cittadini di individuare e segnalare sospette reazioni avverse da farmaci e della qualità delle segnalazioni dei cittadini; → Valutazione della persistenza nel tempo dell'intervento informativo/formativo.
3. Progetto ARPA	Pluriennale	<ul style="list-style-type: none"> → 12 report di monitoraggio (1 monitoraggio/mese) degli obiettivi di costo per l'assistenza farmaceutica convenzionata per le Aziende Sanitarie della Regione Veneto; → 12 report di monitoraggio (1 monitoraggio/mese) degli indirizzi di appropriatezza e razionalizzazione dell'assistenza per le Aziende Sanitarie; → 1 revisione annuale dei Centri autorizzati dalla Regione alla prescrizione e/o rilascio del Piano Terapeutico e delle aree specialistiche individuate alla prescrizione di farmaci di classe A con ricetta limitativa; → Almeno 1 invio/mese di note informative predisposte al fine di aggiornare le ASL sulla normativa riguardante la prescrizione e la dispensazione dei farmaci. 	<ul style="list-style-type: none"> → Maggior appropriatezza nell'uso dei farmaci; → Diminuzione della spesa farmaceutica territoriale e rispetto del tetto di spesa e degli obiettivi di risparmio posti a livello nazionale e regionale; → Miglioramento della continuità H-T di trattamenti cronici la cui presa in carico ricade sulla Medicina Generale.

PROGETTO REGIONALE (FONDI AIFA 2008-2009)	DURATA PROGETTO	INDICATORI	RISULTATI ATTESI
6. Introduzione di un'infrastruttura tecnologica per una vigilanza attiva sulle sperimentazioni cliniche in Regione Veneto	Annuale	<p>Attivazione di 1 infrastruttura tecnologica per tre CE della Regione e le Segreterie e i NRC ad essi afferenti;</p> <ul style="list-style-type: none"> – 1 report annuale sull'attività svolta nell'ambito della segreteria tecnico-scientifica del tavolo dei presidenti dei CESP; – 1 report annuale sull'attività di coordinamento dei NRC istituiti nell'ambito della Regione Veneto; – 1 report relativo ai primi risultati del progetto “A forecasting model for drug utilization and expenditure integrating a Cellular Automata model with the Budget Impact Analysis approach” sui nuovi farmaci antidiabetici; – 10 report di Horizon Scanning/anno di farmaci in valutazione da parte del CHMP dell'EMA, per i quali è previsto un elevato impatto sul SSR. 	<ul style="list-style-type: none"> – Individuazione di almeno tre CE del Veneto per l'avvio della fase di set-up dell'infrastruttura applicativa e sua attivazione per i tre CE della Regione individuati, le Segreterie, i NRC ad essi afferenti; – Formalizzazione dell'istituzione della segreteria tecnico-scientifica del tavolo dei presidenti dei CESP; – Formalizzazione dell'istituzione del coordinamento dei NRC istituiti nell'ambito della Regione Veneto.

PROGETTO REGIONALE (FONDI AIFA 2008-2009)	DURATA PROGETTO	INDICATORI	RISULTATI ATTESI
7. Progetto per la valutazione delle richieste di farmaci non distribuibili e non erogabili a carico del SSN tramite i normali cicli distributivi e di trattamenti essenziali extra LEA.	Annuale	<ul style="list-style-type: none"> → Attivazione di 1 indagine conoscitiva da diffondere a tutte le ASL della Regione, al fine di rilevare il grado di conoscenza ed applicazione della Legge Regionale 27 del 26.11.2004; → Idefinizione di 1 proposta uniforme che individui percorsi valutativi comuni su tutto il territorio regionale in merito alle richieste di medicinali o trattamenti essenziali per malati gravi, non concedibili dal SSN. 	<ul style="list-style-type: none"> → Individuazione e/o creazione di percorsi valutativi comuni per richieste di medicinali o trattamenti ritenuti essenziali per malati gravi, non erogabili a carico SSN, nell'ottica dell'equità su tutto il territorio della Regione del Veneto.
8. Prescrizioni di antibiotici in pediatria: un'opportunità di audit	Pluriennale	<ul style="list-style-type: none"> → Predisposizione di 4 protocolli diagnostico-terapeutici condivisi H-T su faringotonsillite acuta, otite media acuta, broncopolmonite acuta, infezione delle vie urinarie; → Organizzazione 1 convegno regionale. 	<ul style="list-style-type: none"> → Maggior appropriatezza nell'uso di antibiotici in pediatria in maniera condivisa tra ospedale e territorio, con particolare attenzione ai Pronto Soccorso pediatrici ospedalieri-universitari, misurata attraverso appositi indicatori; → Rafforzamento culturale della categoria dei PLS; → Empowerment dei genitori.

PROGETTO REGIONALE (FONDI AIFA 2008-2009)	DURATA PROGETTO	INDICATORI	RISULTATI ATTESI
9. Attività regionale di Technology Assessment (TA) e valutazione dei consumi ospedalieri	Annuale	<p>ATTIVITÀ HTA</p> <ul style="list-style-type: none"> → Predisposizione di almeno 15 report di HTA su farmaci/dispositivi medici; → Predisposizione di almeno 10 documenti indirizzo/linee guida/percorsi diagnostico terapeutici assistenziali relativi a farmaci, dispositivi medici e patologie di particolare rilevanza (sulla base delle esigenze di programmazione della farmaceutica regionale); → Partecipazione ad almeno 2 progetti nell'ambito di reti nazionali ed europee di HTA (RIHTA e EUnetHTA). <p>CONSUMI OSPEDALIERI</p> <ul style="list-style-type: none"> → Predisposizione di 12 report mensili e 4 trimestrali (con maggiori dettagli) dei consumi e della spesa di farmaci e dispositivi medici in ospedale; → Organizzazione di 3 riunioni con i referenti per il monitoraggio dei consumi e qualità dei dati; → Predisposizione di 4 report trimestrali per il monitoraggio del budget assegnato per l'anno 2013 di supporto agli incontri periodici tra regione e aziende sanitarie; → Predisposizione di 1 previsione di budget per il 2014. 	<p>ATTIVITÀ HTA</p> <ul style="list-style-type: none"> → Maggior appropriatezza d'uso dei farmaci ad alto costo; → Contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera; → Laddove i documenti di indirizzo regionale lo prevedano, messa in atto misure e procedure che favoriscano la collaborazione tra i centri ospedalieri, responsabili della presa in carico del paziente nelle diverse fasi di approccio al trattamento. <p>CONSUMI OSPEDALIERI</p> <ul style="list-style-type: none"> → Migliorare la qualità dei flussi regionali della farmaceutica; → Contribuire al governo della spesa farmaceutica erogata dagli ospedali e fornire una reportistica alla regione e alle aziende sanitarie che consenta di individuare precocemente gli incrementi di spesa.
10. Monitoraggio farmaci sottoposti ai registri AIFA e registri regionali	Annuale	<ul style="list-style-type: none"> → Predisposizione di 4 report trimestrali sull'andamento degli obiettivi assegnati alle Direzioni Sanitarie; → Mantenimento di 1 registro 	<ul style="list-style-type: none"> → Aderenza e buona performance raggiunta delle Aziende Sanitarie agli obiettivi regionali assegnati alle aziende stesse; → Mantenimento della spesa secondo i

PROGETTO REGIONALE (FONDI AIFA 2008-2009)	DURATA PROGETTO	INDICATORI	RISULTATI ATTESI
		regionale su un dispositivo medico ad elevato costo e complessità tecnologica (secondo le indicazioni della CTRDM); → Attivazione di 1 programma informatizzato di raccolta degli incidenti da dispositivi medici.	tetti assegnati con DGR 2864/2012.
11. La gestione del rischio clinico nei reparti ospedalieri	Annual e	→ Stesura di 1 documento regionale che riporti i risultati ottenuti nell'ambito del Progetto, attivato in un campione di Reparti delle Aziende Sanitarie, Aziende Ospedaliere, Ospedali privati accreditati e RSA della Regione Veneto nel campo della sicurezza delle terapie farmacologiche; → Creazione di 1 Database informatico, utile alla registrazione dei dati emergenti dalle audit di reparto; → Organizzazione di 1 evento formativo rivolto al personale sanitario a conclusione del Progetto.	→ Aumentare il grado di implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali, sia in ambito ospedaliero sia soprattutto nell'ambito delle RSA; → Sensibilizzare e responsabilizzare maggiormente tutto il personale sanitario nel delicato ambito del rischio clinico per favorire il cambiamento di sistema e garantire la massima sicurezza ai pazienti nelle terapie farmacologiche.

STRUTTURA: CREU - COORDINAMENTO REGIONALE EMERGENZA E URGENZA

PIANO DI ATTIVITA' ANNO: 2013

ATTIVITA' n. 1

Attuazione programma regionale DAE

Prosecuzione attuazione del programma approvato con la DGR 2090/2011

Materiali e Costi: Costi di acquisto dei DAE interamente finanziati dal Ministero della Salute

Risultato Atteso: completamento processo acquisizione defibrillatori automatici

Tempi: gennaio-dicembre 2013

ATTIVITA' n. 2

Ridefinizione organizzazione Pronto Soccorso.

Studio di un nuovo assetto per la gestione delle attese in Pronto Soccorso.

Costi: organizzazione riunioni direttori UU.OO. di Pronto Soccorso (1 riunione ogni 2 mesi)

Risultato Atteso: predisposizione delibera

Tempi: gennaio-ottobre 2013

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.

Materiali e Costi: Spese di missione per trasferte a Roma e attivazione videoconferenze

Risultato Atteso: revisione DPR 27/3/1992 – Linee Guida assistenza manifestazioni – Istituzione profilo autista-soccorritore

Tempi: gennaio-dicembre 2013

ATTIVITA' n. 4

Attuazione Legge 26/2012

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.

Materiali e Costi: Spese di missione per trasferte a Roma

Risultato Atteso: nuova regolamentazione nazionale per la gestione delle elisuperfici

Tempi: gennaio-dicembre

ATTIVITA' n. 5

Collaborazione con la Protezione Civile

L'attività prevede la presa in carico della funzione 2 -Sanità per l'intervento in caso di grande emergenza sanitaria.

Materiali e Costi: Costi per partecipazione a Esercitazione Nazionale Longarone ottobre 2013.

Sperimentazione software su dispositivi mobili

Risultato Atteso: documenti operativi - esercitazione

Tempi: maggio-dicembre 2013

ATTIVITA' n. 6

Iniziative scientifiche e di studio

L'attività prevede la costituzione di gruppi di lavoro per l'approfondimento dei temi: ecografia preospedaliera; gestione scorta nazionale antidoti e dotazione antidoti grandi emergenze; dotazione antidoti emergenza ordinaria; recovery room; sistema di dispatch.

Materiali e Costi: organizzazione di incontri formativi e di gruppi di studio. Istituzione gruppi di lavoro.

Spese per le missioni del personale interessato e per l'organizzazione degli incontri.

Risultato Atteso: protocolli e documenti di indirizzo. Tempi: gennaio-dicembre 2013

STRUTTURA: CCMR - COORDINAMENTO REGIONALE PER LA PREVENZIONE ED IL CONTROLLO MALATTIE**PIANO DI ATTIVITA' ANNO: 2013****ATTIVITA' n. 1**

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.

Indicatore: 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.

Risultato conseguito: consolidamento a livello regionale del CCMR per tutti gli ambiti previsti alla sua istituzione.

Tempi : Attività pluriennale

ATTIVITA' n. 2**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. I lavori che si sono svolti il 14,15, 30 marzo e 7 aprile 2011 sono stati tenuti da esperti del Regolamento REACH con l'attiva partecipazione e collaborazione dei rappresentanti delle associazioni di categoria interessate dall'applicazione del REACH. Questo workshop ha permesso di porre le premesse per una migliore realizzazione del sistema di “help desk” regionale e degli archivi informatici REACH, e più in generale ha offerto importanti indicazioni sulla organizzazione del sistema regionale REACH e sulla costituzione di una rete di vigilanza regionale. L'evento è stato inoltre un'occasione importante di conoscenza e consolidamento del gruppo tecnico e dei referenti esperti della materia, nella prospettiva di implementazione del progetto complessivo alla cui realizzazione il Workshop ha posto solide basi.

Indicatore di risultato: svolgimento del workshop

Risultato Atteso: partecipazione al workshop dei soggetti sensibilizzati e individuati tra i rappresentanti di tutti i soggetti coinvolti nell'attuazione del REACH.

Tempi: progetto pluriennale

ATTIVITA' n. 3**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 ha realizzato un piano di comunicazione per la divulgazione dei risultati.

Tempi: Progetto pluriennale

ATTIVITA' n. 4

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

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.

Hanno partecipato al Progetto 6 Aziende ULSS del Veneto; nel complesso tutti gli eleggibili sono stati inviati per un totale di 17.004 persone.

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 : non applicabile in quanto nella popolazione in esame sono stati rilevati dei valori che sono specifici. Tuttavia i risultati evidenziati sono:

% normotesi (con o senza trattamento) sul totale dei valutati: 89,3%

% normoglicemici (con o senza trattamento) sul totale dei valutati: 93,4%

% normocolesterolemici (con o senza trattamento) sul totale dei valutati: 69,6%

% donne con giro vita < 88 cm e uomini con < 102 cm: donne 62,7% e uomini 73%
% persone che consumano almeno tre razioni di frutta e verdura al giorno: 65,6%
% persone che consumano pesce almeno 2 volte alla settimana: 27,6%
% fumatori dopo 3 mesi sul totale iniziale fumatori aderenti: n.a.
n° medio sigarette nei fumatori: 12,1%
% che fanno attività fisica per almeno 30' al giorno per 6 giorni alla settimana: 66,6%

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%.

Risultato conseguito: adesione agli interventi del 61%.

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.

Risultato conseguito: 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)

Risultato conseguito: non applicabile in quanto la prescrizione farmacologica varia da medico a medico in base alle caratteristiche cliniche del paziente. Si evidenzia però che il 63% dei soggetti inviati al medico curante prima di iniziare la terapia farmacologica ha iniziato un cambiamento degli stili di vita.

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.

Risultato conseguito: realizzazione del Progetto in almeno 6 Aziende ULSS del Veneto. Miglioramento di più di 1/3 degli indicatori.

Tempi: Progetto pluriennale

ATTIVITA' n. 5

Attivazione di un programma organizzato di prevenzione delle recidive nei soggetti che hanno già avuto accidenti cardiovascolari

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. Inoltre è stato fatto un corso di formazione, in 2 edizioni, durante le quali si è parlato delle malattie cardiovascolari e loro trattamento, dei vari percorsi utili per la modificazione degli stili di vita. Una parte di queste giornate formative è stata dedicata alla presentazione del Progetto e relativo protocollo alle varie figure partecipanti, in modo tale da preparare il personale allo svolgimento dell’attività nelle proprie ULSS di appartenenza.

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.

Risultato conseguito: dato in elaborazione, non ancora disponibile in quanto il Progetto si è appena concluso.

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 esplicitate alla dimissione, a 90 gg, a 1 anno.

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

Risultato conseguito: dato in elaborazione, non ancora disponibile in quanto il Progetto si è appena concluso.

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.

Risultato conseguito: dato in elaborazione, non ancora disponibile in quanto il Progetto si è appena concluso.

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.

Risultato conseguito: dato in elaborazione, non ancora disponibile in quanto il Progetto si è appena concluso.

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.

Risultato conseguito: partecipazione di 8 cardiologie della Regione Veneto e 2 dell’Emilia-Romagna.

Tempi : Progetto pluriennale

ATTIVITA’ n. 6

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

Il progetto è stato approvato dal Comitato Strategico del CCM nazionale che contestualmente ha richiesto, in base alle direttive assunte in occasione della riunione del 27 ottobre u.s., al CCMR di rimodulare il piano finanziario.

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.

Risultato conseguito: costituzione di un modello unità di crisi – task force regionale con decreto n.14 del 5.06.2013 a firma della Dirigente Regionale della Direzione Prevenzione.

1. Assicurare l'integrazione delle reti di sorveglianza dedicate, sviluppando sistemi di intelligence raccordati con le regioni confinanti.

Indicatore di risultato: formalizzazione di un protocollo di interfaccia/comunicazione degli allerta sistematico.

Risultato atteso: il protocollo viene attivato almeno 1 volta, anche in forma di simulazione.

2. Raccogliere sintetizzare e diffondere le evidenze di buone pratiche con riferimento alle azioni improntate nelle diverse regioni e realtà locali in vari scenari emergenziali storicamente sperimentati.

Indicatore di risultato: realizzazione raccolta sistematica di tutto il materiale storico con produzione di un documento di analisi dei punti di forza e criticità della fase operativa.

Risultato atteso: creazione di un portale dedicato con area ad accesso riservato per la condivisione di linee guida operative, protocolli etc.

3. Con riferimento agli eventi epidemici, assicurare un approccio coordinato di investigazione, controllo e comunicazione, attraverso la rapida mobilitazione di una rete di esperti coordinata a livello regionale ed interregionale.

Indicatore di risultato: formazione di un gruppo ristretto di esperti e codifica di una procedura di attivazione e operatività.

Risultato atteso: almeno 2 professionisti per regione/provincia autonoma.

4. Supportare le aziende sanitarie nelle attività di preparazione, verificando sul campo l'applicabilità di piani e procedure operative.

Indicatori di risultato: redazione ed attuazione di un piano di formazione congiunta con esercitazioni, e a cascata per team (modello unità di crisi – task force aziendale) con implementazione iniziale nella regione del Veneto e in secondo momento anche nelle altre regioni partecipanti al Progetto.

Risultato atteso: almeno 1 esercitazione sul campo.

5. Sviluppare un modello organizzativo di coordinamento regionale ed interregionale applicabile ad altre realtà italiane.

Indicatore di risultato: check-list di replicabilità del Progetto.

Risultato atteso: compilazione della check-list da parte di almeno 2 regioni/PA non partecipanti al Progetto.

Tempi: progetto pluriennale

ATTIVITA' n. 7

Individuazione delle disuguaglianze in salute e creazione di conseguenti modelli di azioni di sorveglianza e contrasto.

E' capofila del Progetto L'Azienda ULSS 20 di Verona e il CCMR partecipa con ruolo di supporto al coordinamento complessivo del Progetto.

Obiettivo generale: individuare modelli appropriati di contrasto alle disuguaglianze in salute in sottogruppi di popolazione “hard to reach” (donne immigrate, popolazione carceraria e comunità nomadi, più altri gruppi eventualmente individuati dalle regioni partner) per garantire l’accesso ad interventi preventivi di provata efficacia previsti dai LEA, a partire dagli screening oncologici femminili (percorso dello screening citologico), benchmark per un intervento globale sulla salute delle popolazioni marginalizzate.

Indicatore di risultato: realizzato/i “modello/i-percorso/i” efficaci.

Risultato atteso: prodotto-report con evidenza del/i modello/i proposto/i nell’aumentare l’accesso a interventi preventivi di provata efficacia previsti LEA di sottogruppi specifici della popolazione target del Progetto.

Tempi: progetto pluriennale

ATTIVITA’ n. 8

Il CCMR ha partecipato al bando nazionale CCM 2013 con il Progetto “Programma organizzato di screening del rischio cardiovascolare finalizzato alla prevenzione attiva nei soggetti 50enni”.

In data 21.11.2013 il Ministero della Salute ha comunicato che tale Progetto è stato approvato. Al Progetto prenderanno parte 12 regioni e il CCMR sarà capofila progettuale.

Tempi : progetto pluriennale.

Inoltre il CCMR parteciperà come unità operativa ai seguenti Progetti: “Herpes Zoster: valutazione dell’impatto socio-sanitario e implementazione di un programma di vaccinazione nella popolazione adulta in Italia”, “Elaborazione di strategie e di interventi di comunicazione sanitaria multi-obiettivo sulle malattie infettive prevenibili e sulle vaccinazioni come mezzo per aumentare le coperture vaccinali nella popolazione”

Tempi: progetti pluriennali

STRUTTURA: CREMPE - COORDINAMENTO REGIONALE PER IL MANAGEMENT E LA PROGETTAZIONE EUROPEA**PIANO DI ATTIVITA' ANNO 2013**

Conformemente alle finalità indicate dalla DGRV n. 758 del 07 giugno 2011 di costituzione del CREMPE, le attività previste per il 2013 saranno inerenti a tre aree: 1) attività formativa, 2) assistenza alla Regione Veneto ed alle Aziende nella progettazione europea, 3) gestione diretta di progetti europei con precedenti contratti della Regione Veneto.

Rispetto all'anno 2012 che ha di fatto rappresentato il primo anno di piena operatività del CREMPE, il 2013 vedrà un maggiore impegno per l'attività formativa, sia per la conclusione dei percorsi iniziati nell'ultimo trimestre del 2012 che per l'attivazione di nuovi percorsi in linea con i bisogni formativi emersi in quest'anno di attività.

Se per le altre aree di attività (assistenza alla progettazione e gestione progetti) non si prevedono quindi incrementi significativi in termini di attività, risorse ed impatto, sicuramente l'attività formativa per il 2013 vedrà un significativo aumento sia nella formazione erogata che nelle risorse ad essa dedicate.

ATTIVITA' n. 1 – Attività Formativa

Il CREMPE continuerà l'attività formativa iniziata nel corso del 2012 con la realizzazione dei moduli di approfondimento a beneficio dei partecipanti alle due edizioni del corso realizzate fra Ottobre e Novembre 2012. In linea con le richieste dei partecipanti alle prime due edizioni del corso CREMPE in "Gestione dei Progetti Europei: attività, partnership e spese" saranno attivati i seguenti moduli di approfondimento:

- Gli strumenti di project management
- Organizzare i meeting e gestire i partner
- Il final report come risultato di un monitoraggio efficace

Oltre a completare i corsi iniziati nel 2012, sarà riproposta almeno un'ulteriore edizione completa del corso aperta a tutte le aziende e strutture regionali oltre ad una dedicata esclusivamente a personale dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona che ne ha fatto specifica richiesta al CREMPE. Non si esclude che, a fronte della richiesta da parte di altre aziende, vengano organizzate ulteriori edizioni del corso ad esse dedicate.

Inoltre, a completamento di quanto già realizzato dal progetto Mattone Internazionale nell'ambito del programma del Piano Nazionale di Formazione, potrà essere attivato un corso pilota per l'approfondimento delle tecniche di progettazione europea e quindi con un focus specifico su:

- Coinvolgimento degli stakeholders nella fase di preparazione della proposta
- Coerenza fra obiettivi, attività e risultati
- Stesura del budget: fattibilità, coerenza e negoziazione con i partner

Materiali e Costi: non è previsto l'acquisto di alcun materiale specifico per questa attività.

Indicatore: numero di percorsi di formazione organizzati

Risultato Atteso: 10-15 incontri

Tempi: Gennaio 2013 – Dicembre 2013

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, oltre a quelle già menzionate nella sezione "Attività Formativa" prevista per le ULSS:

- Corretta gestione amministrativo-procedurale dei rapporti contrattuali con la Commissione Europea e/o partner internazionali di progetto;
- 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.

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.

Materiali e Costi: non è previsto l'acquisto di alcun materiale specifico per questa attività.

Indicatore: numero di progetti monitorati e presentati

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

Tempi: Gennaio 2013 – Dicembre 2013

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)

3. European Regions Enforcing Actions against Suicide - EUREGENAS

Scheda di progetto

Programma di riferimento: Programma di Salute Pubblica 2008 – 2013

Grant Agreement: Contratto n. 2010 12 03

Durata: 01/01/2012 – 31/12/2014 (36 mesi)

Partner principale: Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona (Italia)

4. Joint Action on Health Inequalities – EQUITY ACTION

Scheda 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)

Inoltre il CREMPE darà un contributo diretto in supporto alla gestione dei seguenti progetti per i quali la Regione Veneto ha identificato l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona come partner.

1. Hospital Network for Care Across Borders – HoNCAB

Scheda di progetto

Programma di riferimento: Programma di Salute Pubblica 2008 – 2013

Grant Agreement: Contratto n. 2011 13 01

Durata: 01/09/2012 – 31/08/2015 (36 mesi)

Partner principale: Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona (Italia)

2. Joint Action on Mental Health – Mental health and well-being (MH-WB)

Scheda di progetto

Programma di riferimento: Programma di Salute Pubblica 2008 – 2013

Grant Agreement: Contratto n. 2012 22 02

Durata: 36 mesi dalla firma del contratto

Partner principale: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa (Portogallo)

Materiali e Costi: materiali specificamente dedicati alle attività di progetto saranno acquistati con i fondi dei progetti stessi, in conformità con i budget approvati dalla Commissione.

Indicatore: per i progetti SIALON II, EUREGENAS, EQUITY ACTION ed HoNCAB il riferimento è agli indicatori specifici di progetto per il monitoraggio delle attività. Per MH-WB 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 31/12/2013

Tempi: Gennaio 2013 – Dicembre 2013