
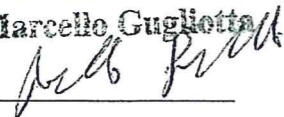
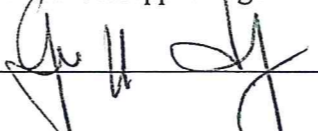

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott.ssa Elvira Amata



IL SEGRETARIO
Sig. Marcello Gugliotta



IL DIRETTORE SANITARIO
Dott. Giuseppe Drago



IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Maurizio Aricò



REGIONE SICILIA
Assessorato Regionale Sanità



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
RAGUSA

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N. 2956 del 15 DIC. 2016

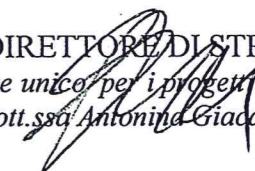
DIREZIONE AMMINISTRATIVA OSPEDALI RIUNITI VITTORIA COMISO

Esecutiva: _____
Atto sottoposto a controllo: _____

OGGETTO: Progetto obiettivo di PSN 2014 di cui al D.A. n. 1627/15- Linea 5- Cronicità/ Azione 5.14 "Implementazione dei percorsi di domiciliarizzazione e di modelli assistenziali di integrazione ospedale-territorio sviluppati mediante sistemi di telemedicina e teleassistenza-RG- € 380.000,00". Presa d'atto della approvazione da parte dell'Assessorato della Salute.

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

IL DIRETTORE DI STRUTTURA
Referente unico per i progetti vincolati
dott.ssa Antonina Giacalone



Il 15 DIC. 2016, nella sede dell'Azienda Sanitaria Provinciale, il Direttore Generale Dott. Maurizio Aricò, nominato con Decreto del Presidente della Regione Siciliana n. 201 del 24 giugno 2014, coadiuvato, ai sensi dell'art. 7 della L. R. 30/1993, dai Sigg.:

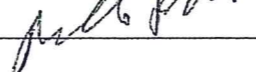
- Dott.ssa Elvira Amata - Direttore Amministrativo
- Dott. Giuseppe Drago - Direttore Sanitario

e con l'assistenza Sig. Marcello Gugliotta, quale Segretario verbalizzante, adotta la seguente deliberazione:

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

Si certifica che la presente copia di deliberazione, ai sensi dell'art. 53, comma n. 2 della L.R. 3/11/1993 n. 30, viene pubblicata nell'Albo dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Ragusa per 15 giorni consecutivi, dal 18 DIC. 2016

IL SEGRETARIO
Sig. Marcello Gugliotta



La presente copia è conforme
all'originale in atti

IL SEGRETARIO

Su proposta della Direzione Amministrativa degli Ospedali Riuniti "Vittoria/Comiso" che con la sottoscrizione del Direttore in qualità di Referente Unico per i progetti vincolati, ne attesta la regolarità formale e la legittimità:

PREMESSO che con delibere n. 2703 del 21 dicembre 2015 e succ. n.1033 del 5 maggio 2016, su proposta del referente dott. Antonio Nicosia, Direttore della U.O.C. di Cardiologia di Ragusa, è stata avviata la *linea progettuale PSN 2011/ 1.4 "Sperimentazione di un progetto di un programma di telemedicina e teleassistenza nella gestione dei pazienti cronici complessi"* dedicato alla gestione domiciliare dei pazienti affetti da scompenso cardiaco sintomatico- Classe NYHA-IV;

CHE con D.A. n. 1627/15 sono state adottate, in conformità alle previsioni dell'Intesa Stato-Regioni Rep. Atti n. 126/CSR- del 30 luglio 2015, le schede progettuali di indirizzo regionale per la realizzazione dei progetti di PSN 2014;

VISTA la nota assessoriale del Dipartimento Regionale per la Pianificazione Strategica -prot./Area Int.2/n. 37102 del 26.04.2016 con la quale sono state richieste alle Aziende sanitarie le proposte degli interventi delle azioni previste dal citato decreto con riferimento alle linee progettuali di competenza fra cui la linea 5- Cronicità/ Azione 5.14 "*Implementazione dei percorsi di domiciliarizzazione e di modelli assistenziali di integrazione ospedale-territorio sviluppati mediante sistemi di telemedicina e teleassistenza-*";

VISTA, altresì, la delibera n. 1109 del 17 maggio 2016 riguardante, fra l'altro, la proposta progettuale presentata dal referente aziendale della citata linea progettuale, dott. Antonio Nicosia, Direttore della U.O.C. di Cardiologia di Ragusa che si prefigge di estendere l'utilizzo della telemedicina e teleassistenza (già in fase di sperimentazione e utilizzo dei pazienti cronici) anche ai pazienti "post- acuti" ad "alto rischio" (cioè dimessi dall'ospedale dopo una sindrome coronarica acuta);

VISTA la nota dell'Assessorato della Salute -DPS/ prot./Area Int.2/n. 85771 del 2 novembre 2016 con la quale è stato approvato, fra gli altri, il progetto citato, allegato alla presente quale parte integrante e così denominato: Linea 5- - Cronicità/ Azione 5.14 "*Implementazione dei percorsi di domiciliarizzazione e di modelli assistenziali di integrazione ospedale-territorio sviluppati mediante sistemi di telemedicina e teleassistenza-*";

RILEVATO che il costo del progetto, ammontante a complessivi € 380.000,00 è così distinto:

- € 247.000,00 (pari al 65%) per attrezzature scientifiche (Kit paziente, saturimetro, bilancia, sfigmomanometro, etc..)
- € 19.000,00 per spese di formazione per attività progettuale
- € 57.000,00 (pari al 15 %) per assunzione di n. 2 tecnici di cardiologia
- € 57.000,00 per acquisto di software gestionale per la realizzazione di cartelle clinica/lettera di dimissione standard informatizzata;

RITENUTO, in attesa del previsto provvedimento di trasferimento delle somme assegnate del Servizio 5 "Economico Finanziario" del Dipartimento Pianificazione Strategica, di dover provvedere alla autorizzazione della spesa prevista per procedere, tramite il referente del progetto, alla attuazione degli interventi previsti secondo il cronoprogramma proposto;

ATTESO che la realizzazione del progetto non può essere affidata al personale dipendente giusta disposizioni assessoriali quali la Circ. n. 30169/DPS- Serv.1 del 31/03/2011 e la Circ. n. 42067/DASOE- Serv.2 del 21.05.2012 dalle quali si rileva l'autorizzazione a procedere a forme flessibili di assunzione per reperire il personale comunque indispensabile per l'attuazione delle azioni progettuali;

VISTA la nota U- 4328 del 25 novembre 2016 che, in considerazione del divieto per le Pubbliche amministrazioni di stipulare contratti di co.co.co. dall'1.01.2017 giusta art.2 comma 4 del D. lgs. n. 81/2015, fa salva la possibilità di ricorrere, ove sia necessario utilizzare collaboratori, ai contratti di lavoro autonomo previsti dall'art. 7 comma 6 del D. lgs. N. 165/2001, oltreché al cd. "terzo settore" (associazioni, cooperative, etc..);

EVIDENZIATO che, stante l'approssimarsi del 31.12.2016, la procedura di selezione per il reperimento dei 2 co.co.co. tecnici di cardiologia previsti nel progetto approvato non può ragionevolmente concludersi, per evidenti ragioni tecniche, entro il termine ultimo;

CHE, pertanto, può farsi ricorso a contratti di lavoro autonomo, secondo le modalità previste dalla normativa vigente;

VISTO il Regolamento interno dei Progetti vincolati approvato con delibera n. 2542 del 30.12.2014;

Sentiti i pareri favorevoli espressi dai Direttori Amministrativo e Sanitario per quanto di rispettiva competenza;

DELIBERA

Per i motivi di cui in premessa che qui s'intendono ripetuti e trascritti:

PRENDERE ATTO della nota assessoriale del Dipartimento Regionale per la Pianificazione Strategica -prot./Area Int.2/n. 37102 del 26.04.2016 con la quale è stata comunicata l'approvazione, fra gli altri, del progetto aziendale di PSN 2014 di cui al D.A. n. 1627/15- Linea 5- Cronicità/ Azione 5.14 "*Implementazione dei percorsi di domiciliarizzazione e di modelli assistenziali di integrazione ospedale-territorio sviluppati mediante sistemi di telemedicina e teleassistenza-RG-* € 380.000,00, in uno alla presente quale parte integrante;

CONFERMARE quale Referente aziendale della linea ed azione progettuali Linea/Azione 5.14 di cui al punto 1 del presente il dott. Antonio Nicosia, Direttore della U.O.C. di Cardiologia di Ragusa;

AUTORIZZARE la spesa prevista di complessivi € 380.000,00 a gravare sui conti di pertinenza come segue:

- € 247.000,00 sul conto di costo n. 101020501 "Attrezzature sanitarie e scientifiche ;
- € 19.000,00 sul conto di costo n. 50202040204 "Formazione attività progettuale";
- € 57.000,00 sul conto di costo n. relativo agli incarichi libero prof.li;
- € 57.000,00 sul conto n. 101010303 "Software diritti di brevetto" ;

TRASMETTERE il presente atto al Referente unico per i progetti vincolati, al Servizio Personale, al Servizio Provveditorato, al Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale al Controllo di Gestione e al Referente, dott. Antonio Nicosia (antonino.nicosia@asp.rg.it) il quale si attiverà per gli adempimenti necessari alla attuazione del progetto in raccordo con le strutture assessoriali competenti secondo il cronoprogramma previsto e nel rispetto del regolamento interno in premessa citato;

TRASMETTERE, altresì, il presente atto all'Assessorato Regionale della Salute- DPS Area Interdipartimentale 2- "Programmazione Sanitaria Regionale" -pianosalute@regione.sicilia.it ed al Servizio 4/DPS - lucialisacchi@regione.sicilia.it

MUNIRE il presente atto della clausola di immediata esecutività onde attuare tempestivamente le azioni previste per la realizzazione del progetto.

Data _____		Esercizio _____	
Importo	Autorizzato	Ordine	Conto
Visto: Il Direttore del Settore Economico - Finanziario		Il Contabile	
.....		



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

Progetto obiettivo di Piano Sanitario Nazionale 2014

Linea progettuale 5.14“ Implementazione dei percorsi di domiciliarizzazione e di modelli assistenziali di integrazione ospedale-territorio sviluppati mediante sistemi di telemedicina e teleassistenza” - Azione 5.5/ 2013 Referente : dott. Antonino Nicosia-Direttore U.O.C. Cardiologia Presidio Ospedaliero di Ragusa

Finanziamento: € 380.000,00

Titolo del progetto: Tele-monitoraggio per i pazienti post-acuti (alla dimissione dopo IMA acuto).

Durata del progetto: 1 Anno

Descrizione del progetto

Contesto: L'analisi dei dati da SDO, su di un campione di più di un milione di infarti miocardici, conferma l'andamento epidemiologico desumibile dalla letteratura citata: dal 2001 al 2011 infatti la mortalità intraospedaliera dell'IMA si è progressivamente ridotta dall'11.3% al 9.0% nell'intero gruppo degli infartuati, mentre nel contempo le nuove ospedalizzazioni fatali dalla dimissione a 60 giorni aumentavano dello 0.13% e quelle dalla dimissione ad 1 anno dello 0.53%. Questo andamento era più evidente nei pazienti che presentavano SC nel ricovero indice, nei quali la mortalità intraospedaliera si riduceva dal 26.5% al 23.2%, mentre le riospedalizzazioni fatali aumentavano dello 0.26% a 60 a giorni e dello 0.90% ad 1 anno, con una mortalità tra la dimissione ed il primo anno che nel 2011 era pari al 10%. L'incidenza dello SC durante il ricovero indice rimaneva inoltre sostanzialmente costante nel tempo (22.3% nel 2001 e 22.6% nel 2011) (1).

Sembra ragionevole ipotizzare che l'assenza di un miglioramento nel tempo della prognosi post-ospedaliera dell'IMA sia almeno in parte attribuibile all'inadeguatezza e alla scarsa applicazione di appropriati percorsi assistenziali cardiologici dopo la dimissione. Negli stessi studi sull'importanza prognostica dello SC postinfartuale si riconosce che il secondo elemento più rilevante nel determinare la prognosi è rappresentato dalle recidive ischemiche (2). Dal punto di vista epidemiologico l'incidenza del reinfarto ad 1 anno è valutabile tra il 6% e il 10% con la cautela derivante dalla scarsità e dall'eterogeneità metodologica degli studi pubblicati. Il reinfarto spontaneo è gravato da un rischio di morte maggiore del primo IMA e nei sopravvissuti la mortalità a distanza è significativamente più alta che nei pazienti senza recidive infartuali, con un hazard ratio fino a 4.5. Poiché d'altra parte è ben nota l'esistenza di predittori clinici ed angiografici di reinfarto, il rischio trombotico va valutato attentamente in ogni paziente dopo una SCA (3-6). In considerazione della rilevante differenziazione prognostica dei diversi sottogruppi di pazienti dopo un IMA e della possibilità di una stratificazione prognostica a partire dai parametri clinici a disposizione, i pazienti dimessi dopo una SCA dovrebbero essere indirizzati a percorsi assistenziali adeguati al livello di rischio individuale e quindi appropriati. Per raggiungere questo obiettivo è però necessario stabilire una chiara gerarchia tra le variabili con valore prognostico riconosciuto dopo una SCA. È inoltre necessario, per un utilizzo ottimale delle informazioni disponibili, che una volta identificate le variabili con maggior peso prognostico

queste siano registrate in una check-list pre-dimissione, strumento già dimostratosi efficace per migliorare la performance delle strutture cardiologiche nel campo della prevenzione secondaria¹⁸.

La Regione Sicilia, sensibile alla problematica dell'adeguata gestione post-ospedaliera del paziente cardiologico, ha emanato un decreto pubblicato sulla GURS (n.1286/2014) con cui vengono dettate le linee guida per la corretta compilazione della lettera di dimissione ospedaliera. Un'adeguata compilazione della lettera e, di conseguenza, un'adeguata comunicazione con i MMG sono di cruciale importanza ai fini di migliorare l'aderenza alle prescrizioni terapeutiche e ridurre il numero di ri-ospedalizzazioni.

L'ASP di Ragusa ha già attivato un percorso di acquisizione di un sistema di telemedicina e teleassistenza nei pazienti con scompenso cardiaco cronico, all'interno dei progetti di PSN 2011, recentemente rimodulati (delibera n. 1033 del 5 Maggio 2016).

Fabbisogno: *Un approccio integrato al paziente dopo infarto miocardico acuto, imprescindibile per questa come per altre patologie croniche (1), deve garantire continuità assistenziale, cioè uniformità di criteri di valutazione e trattamento, e gestione condivisa del piano di cura, indipendentemente dalla struttura e dall'operatore con cui il paziente viene in contatto.*

Fra gli elementi indispensabili per un'efficace gestione integrata, oltre all'individuazione del case manager, in grado di coordinare un'assistenza longitudinale e prolungata nel tempo, e alla stratificazione del rischio, focalizzata sull'identificazione dei bisogni e sulla risposta tempestiva agli stessi, vi è la condivisione delle informazioni fra i diversi livelli assistenziali, utilizzando tutti i supporti tecnologici: telefono, e-mail, accesso alle banche dati, cartelle cliniche, refertazioni e lettere di dimissione, ecc..

All'inizio di questo secolo lo studio TEMISTOCLE (2) documentava che nel nostro paese il follow-up dei pazienti con SC non è sistematico, manca un programma che garantisca continuità assistenziale ed un percorso diagnostico-terapeutico integrato tra ospedale e territorio, il 40% dei fattori precipitanti lo SC cronico sarebbe rimovibile e la mortalità (16%) e la morbilità (45%) a 6 mesi dopo un ricovero ospedaliero continuano ad essere elevate.

La complessità dell'intervento integrato potrebbe essere semplificata dalla recente disponibilità di tecnologie per la gestione a distanza delle informazioni a costi relativamente contenuti, che rendono possibile misurare e trasmettere i parametri clinici anche da aree remote, eseguire visite "virtuali" senza che il paziente, spesso anziano, con problemi di mobilità si debba recare dal proprio curante o all'ospedale di riferimento. Poter attivare il monitoraggio telematico domiciliare per i malati più complessi apre nuove prospettive di deospedalizzazione in sicurezza per pazienti cronicamente gravi, e di monitoraggio intensivo domiciliare per i pazienti ad "alto rischio" con grandi vantaggi potenziali non solo per la riduzione dei costi, ma anche per la qualità di vita dei pazienti.

Negli ultimi anni sono stati intrapresi numerosi studi per dimostrare che l'applicazione dei nuovi sistemi di cura con l'ausilio della telemedicina sono non solo efficaci, ma anche economicamente vantaggiosi. Nelle ultime e più complete meta-analisi e revisioni della letteratura il beneficio appare indiscutibile: una riduzione del 30-35% della mortalità e del 15-20% delle ospedalizzazioni (3-6).

Obiettivi: *L'obiettivo di questo progetto è quello di estendere l'utilizzo della telemedicina e teleassistenza (già in fase di sperimentazione e utilizzo nei pazienti cronici) anche ai pazienti "post-acuti" ad "alto rischio" (cioè, dimessi dall'ospedale dopo una sindrome coronarica acuta).*

Questo progetto di innovazione promuove, da un lato, l'uso di nuove tecnologie di teleassistenza e telecontrollo sanitario ed è finalizzato al mantenimento a domicilio delle persone assistite e alla riduzione delle riospedalizzazioni e, dall'altro, la standardizzazione in formato elettronico di una lettera di dimissione e/o cartella clinica informatizzata che risponda ai criteri richiesti dal decreto assessoriale 1286/2014 (7).

L'obiettivo generale è il miglioramento delle cure, la promozione della salute, della qualità della vita e della vita indipendente nel proprio ambiente di vita per i cittadini assistiti dopo un evento cardiaco acuto, attraverso la definizione e l'implementazione di percorsi di cura domiciliare con supporto di nuove tecnologie (ICT-Information & Communication Technology) e la realizzazione di una cartella clinica/lettera di dimissione informatica standard (secondo le direttive assessoriali).

Le finalità del progetto sono le seguenti: migliorare l'efficacia e la sostenibilità dei servizi assistenziali (sanitari o socio-sanitari integrati) attraverso l'uso di strumentazioni e piattaforma ICT; favorire l'implementazione di modelli organizzativi innovativi; promuovere il miglioramento della continuità della cura ospedale-domicilio.

Il progetto si pone anche come obiettivo l'attivazione e la promozione di processi di empowerment della persona assistita, grazie al potenziamento personale dell'utente e dei suoi familiari con la valorizzazione della relazione tra persone e risorse tecnologiche e la presa in carico supportata da piattaforma tecnologica.

Descrizione: Il progetto prevede l'attivazione di un sistema di monitoraggio da remoto di pazienti scompensati attraverso l'utilizzo di soluzioni ICT, nel quadro del percorso di cure a domicilio nella fase post acuta.

Il disegno dell'intervento e la sperimentazione prevedono quindi l'attivazione di un percorso con pazienti in fase post-acuta (e quindi di post-dimissioni).

Si lavorerà pertanto in 2 direzioni contemporaneamente:

- Standardizzazione della cartella clinica/lettera di dimissione informatizzata;
- Arruolamento paziente da "alto rischio" post-sindrome coronarica acuta e attivazione del progetto di telemedicina.

L'impostazione del progetto include con un ruolo attivo tutte le componenti rilevanti del servizio di tele monitoraggio (operatori sanitari e assistiti), che devono potersi integrare nelle attività da svolgere e comunicare tra loro in tempo reale anche grazie alla centrale operativa ed alla piattaforma tecnologica.

Le principali attività di implementazione del progetto sono tre:

1. Arruolamento: il reparto di cardiologia individua i pazienti che presentano i criteri definiti per l'arruolamento e avvia la loro presa in carico nel progetto con la definizione dei percorsi di cura e dei modelli di servizi basati sul supporto tecnologico per il monitoraggio da remoto;
2. Preparazione per la sperimentazione con formazione ai pazienti (e ai loro familiari/care givers) sulla strumentazione tecnologica e l'organizzazione del servizio, e consegna del kit al paziente;
3. Attivazione del servizio di tele monitoraggio a domicilio e avvio della sperimentazione .

Gli strumenti ICT di supporto sono:

1. Hub con capacità di comunicazione bidirezionale con il paziente
 2. ECG 1 lead con monitoraggio per 24 ore ogni una o due settimane a seconda della gravità del paziente
 3. Sensore di movimento
 4. Misuratore di pressione
 5. Bilancia

6. Dispositivo per la gestione della compliance terapeutica

Piattaforma integrata per la raccolta dati;

Collettore dati (hub) domestico per il collegamento tra le apparecchiature di rilevamento e la piattaforma integrata e per le comunicazioni tra partecipanti e operatori.

Tutti i dispositivi comunicano con il sistema centrale attraverso un concentratore, evitando quindi di installare a domicilio altri dispositivi, tenendo quindi in debita considerazione l'impatto negativo, anche di carattere psicologico, che può comportare verso il paziente un elevato numero di dispositivi medicali e/o informatici installati e da utilizzare presso il proprio domicilio.

Complessivamente i soggetti che si prevede di arruolare sono circa 160

I criteri specifici per individuare gli assistiti partecipanti al progetto sono:

- Età >50;
- scompenso cardiaco sintomatico Classe NYHA II – IV;

Firma del consenso informato.

Arruolamento nel PDTA a breve termine - post-acuto e Arruolamento nel PDTA a lungo termine - cronico

L'arruolamento del paziente avviene alla dimissione (consegna di adeguata lettera di dimissione) e successivamente presso l'ambulatorio specialistico della Cardiologia presso cui sarà consegnato il Kit di rilevazione parametri da utilizzare a domicilio e saranno ricevute le necessarie istruzioni.

Il destinatario dell'intervento, ospedalizzato per un evento acuto, viene avviato dal medico o infermiere del reparto di dimissione.

Il destinatario dell'intervento può essere preso in carico o direttamente dal reparto di cardiologia o segnalato dal MMG, da un caregiver informale, un familiare.

Risultati attesi:

- Diminuzione generale dell'ospedalizzazione (degli accessi ospedalieri);
- Diminuzione delle riammissioni ospedaliere in fase post-acuta;
- Diminuzione della durata degli accessi ospedalieri;
- Diminuzione degli accessi a domicilio non programmati
- Miglioramento della relazione medico(operatore sanitario)/paziente
- Miglioramento della qualità della vita dei pazienti (soddisfazione)
- Miglioramento della compliance terapeutica del paziente
- Misura della compliance terapeutica

Tempi di attuazione:

1 anno per pazienti post-acuti

COSTO COMPLESSIVO : € 380.000,00

di cui

- Il 65% (€ 247.000,00) per Attrezzature scientifiche (KIT paziente, saturimetro, Bilancia, Sfigmomanometro, etc.);
- il 5% circa per Spese di formazione per attività progettuali;
- il 15% circa Assunzione di n. 2 Tecnici di Cardiologia **con incarichi libero professionali**;
- il 15% circa per acquisto di software gestionale per la realizzazione di cartella clinica/lettera di dimissione standard informatizzata.

Il Referente del progetto
dott. Antonino Nicosia

BIBLIOGRAFIA

- 1) Documento ANMCO, GICR-IAPCR, GISE. L'organizzazione dell'assistenza nella fase post-acuta delle sindromi coronariche acute. *G Ital Cardiol* 2014;15(1 Suppl 1):3S-27S;
- 2) Torabi A, Cleland JG, Khan NK, et al. The timing of development and subsequent clinical course of heart failure after a myocardial infarction. *Eur Heart J* 2008;29: 859-70;
- 3) Fox KA, Carruthers KF, Dunbar DR, et al. Underestimated and under-recognized: the late consequences of acute coronary syndrome (GRACE UK-Belgian Study). *Eur Heart J* 2010;22:2755-64.
- 4) Thune JJ, Signorovitch JE, Kober L, et al. Predictors and prognostic impact of recurrent myocardial infarction in patients with left ventricular dysfunction, heart failure, or both following a first myocardial infarction. *Eur J Heart Fail* 2011;13:148-53.
- 5) Kernis SJ, Harjai KJ, Stone GW, et al. The incidence, predictors, and outcomes of early reinfarction after primary angioplasty for acute myocardial infarction. *J Am Coll Cardiol* 2003;42:1173-7.
- 6) Damman P, Wallentin L, Fox KA, et al. Long-term cardiovascular mortality after procedure-related or spontaneous myocardial infarction in patients with non-ST-segment elevation acute coronary syndrome: a collaborative analysis of individual patient data from the FRISC II, ICTUS, and RITA-3 trials (FIR). *Circulation* 2012;125:568-76;
- 7) Raccomandazioni regionali per la dimissione e la comunicazione con il paziente dopo ricovero per un evento cardiologico. Decreto assessoriale 1286/2014. GURS 2014.

